

Angst- en depressieklachten onder Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens

Haza Rahim

**Onder supervisie van:
A.C.H. Schouten MSc.**

**Masterthesis Klinische Psychologie
Faculteit Sociale Wetenschappen
Universiteit Utrecht**

September 2010 – juli 2011

Abstract

The present study has been carried out to examine the level of anxiety and depression in Muslim women with a homosexual inclination. Based on earlier findings in foreign studies the following hypothesis is formulated: 'There is a higher prevalence of anxiety and depression symptoms in Muslim women with homosexual feelings than the average Dutch population'. Because of being in the minority twice this target group is very vulnerable for a high prevalence of anxiety and depression symptoms (being a Muslim foreigner and having homosexual feelings). This hypothesis is tested with a quantitative research method (three questionnaires) and has been supported by a qualitative research method (semi-structured interviews). From the statistic analyses of the quantitative measurement instruments it turned out that Muslim women with homosexual feelings have significantly more anxiety and depression symptoms than the average Dutch population. These findings are confirmed by the qualitative research. The majority of the participants reported in the interviews experiences of tension and confusion in daily life. They also reported the need for appropriate culture specific health care and sympathy from practitioners. In conclusion, the most important recommendation acquired from this study is to broaden the knowledge and give good advice about homosexuality to various cultural communities as well as the practitioners in healthcare.

Samenvatting

Huidig onderzoek is uitgevoerd naar angst-en depressieklachten bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Gebaseerd op eerder buitenlands onderzoek is de geformuleerde hypothese behorende bij huidig onderzoek dat er meer angst- en depressieklachten zullen zijn bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens dan bij de gemiddelde Nederlandse populatie. Deze hypothese is geformuleerd omdat de doelgroep zich in een dubbele minderheidspositie verkeert (allochtone afkomst met homoseksuele gevoelens). De hypothese is getest middels een kwantitatief onderzoeksmethode (vragenlijsten) en ter ondersteuning is een kwalitatief onderzoeksmethode toegepast (semi-gestructureerd interview). Uit de analyses van de kwantitatieve meetinstrumenten kwam naar voren dat bij de participantengroep sprake was van een hogere prevalentie angst- en depressieklachten dan bij de normgroep (afspiegeling van de Nederlandse populatie). Deze bevinding is bevestigd door de afgenomen interviews die op hetzelfde wezen. Zo gaven participanten aan veel spanning en verwarring te ervaren in het dagelijks leven en behoefte te hebben aan gepaste cultuurspecifieke zorg met veel begrip vanuit de betreffende behandelaar. Tot slot is de belangrijkste aanbeveling vanuit dit onderzoek het geven van voorlichting over homoseksualiteit aan zowel jongeren en ouderen met verschillende culturele achtergronden als behandelaren in de (geestelijke) gezondheidszorg.

Inleiding

Nederland bestaat uit een multiculturele samenleving. Dit vraagt om een gezondheidszorg die respect heeft en begrip toont voor verschillende culturen en religies. Een deel van de Nederlandse samenleving bestaat uit Islamitische allochtonen. Islamitische allochtonen lopen in het leven tegen verscheidene belemmeringen aan, doordat zij zich niet in het vaderland bevinden. Processen als emigratie, heimwee, aanpassing aan en acceptatie door de omgeving vragen een bepaalde inspanning en kunnen de gezondheid daardoor beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt dat door deze factoren vaker gezondheidsproblematiek aanwezig is bij hen dan bij de autochtone meerderheid (Vollebergh, Have ten, Dekovic, Oosterwegel, Pels, Veenstra, Winter de, Ormel & Verhulst, 2004). De immigratie op zich is een stressfactor geweest in het leven van deze mensen. Vervolgens komt de procedure van aanpassing in een ander land. Als men daarnaast ook een andere geloofsovertuiging heeft dat tot de minderheid van de samenleving behoort, zoals de Islam, heeft dit des te meer impact op het mentaal welzijn van deze groep (Vollebergh, Have ten, Dekovic, Oosterwegel, Pels, Veenstra, Winter de, Ormel & Verhulst, 2004).

Het hebben van een gewaardeerde religieuze identiteit speelt namelijk een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een gezond mentaal welzijn. Onderzoek naar Turkse moslims in Nederland wijst uit dat zij een afkeuring ervaren vanuit de maatschappij wegens het geloof (Verkuyten & Yildiz, 2010). Het hebben van een Islamitisch geloof maakt hen tot een minderheid in Nederland. Daardoor hebben zij het gevoel dat ze geen ruimte krijgen om uit te komen voor hun sociale identiteit (Verkuyten & Yildiz, 2010). Sociale identiteit komt mede door religie tot stand. Het horen bij een groep maakt het individu zich te gedragen naar wat deze groep naar buiten moet presenteren: *'social*

identity performance' (Verkuyten & Yildiz, 2010). Doordat de Islamitische gelovigen tot een minderheid behoren in Nederland en daarnaast een afkeuring ervaren door de maatschappij, ondervinden zij een belemmering bij het publiekelijk naar voren brengen van een eigen identiteit. Hierdoor ervaren zij meer psychische klachten dan de autochtone meerderheid (Meyer, 2010). Al deze factoren maken van de Islamitische allochtonen die in Nederland leven een zeer kwetsbare groep (Vollebergh, Have ten, Dekovic, Oosterwegel, Pels, Veenstra, Winter de, Ormel & Verhulst, 2004). De gezondheidszorg moet daarom rekening houden met de kwetsbaarheid van deze doelgroep en hier een passende zorg voor aanbieden.

Er spelen veel factoren een rol bij het ervaren van een gezond mentaal welzijn. De beleving van seksualiteit is daar een belangrijk onderdeel van. De maatschappij waarin men leeft voorziet seksualiteit van geboden en verboden en beïnvloedt daarmee de seksualiteit en het seksuele gedrag van mensen. Er bestaat een diversiteit in de seksuele voorkeur van mensen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004). Hierin kan onderscheid gemaakt worden tussen heteroseksuele mannen, heteroseksuele vrouwen, homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuele personen. Homoseksualiteit komt in alle culturen ongeveer evenveel voor en is nergens een dominante vorm van seksualiteit (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004).

Nederlandse en internationale onderzoeken tonen aan dat homoseksualiteit een belasting kan zijn voor de geestelijke gezondheid. Uit een Nederlands onderzoek van Sandfort et al. (2001) naar de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij mensen met homoseksuele gevoelens bleek dat deze stoornissen vaker voorkwamen bij homo- dan bij heteroseksuele personen. Daarnaast kwamen stemmingsstoornissen bij homoseksuele vrouwen twee keer zo vaak voor dan bij heteroseksuele vrouwen, namelijk 48,8% versus 24,3% (Sandfort et al. 2001). De resultaten van dit onderzoek worden bevestigd door een ander Nederlands onderzoek dat gedaan is door Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck (2006).

Deze Nederlandse onderzoeken worden gesteund door buitenlandse onderzoeken. Deze wijzen uit dat mensen met een seksuele geaardheid die in de minderheid is een hoger risico lopen op het ontwikkelen van psychische stoornissen vergeleken met een mensen met een seksuele geaardheid die in de meerderheid is. De stressfactor hierbij is dat de minderheid een negatieve lading over zich heeft gekregen door de maatschappij (Dane & MacDonald, 2009). Ook is de tolerantie door de buitenwereld bepalend voor de gezondheid. Dane en MacDonald (2009) vinden in een kwalitatief onderzoek bij 127 homoseksuele participanten dat de mate van tolerantie door een out-group (heteroseksuele personen) sterk het mentaal welzijn van de homoseksuele participanten beïnvloedt. Hoe meer de mensen met homoseksuele gevoelens ervaren dat zij geaccepteerd worden door de out-group, hoe gezonder het mentaal welzijn (Dane & MacDonald, 2009). Dit is eerder al gevonden in het onderzoek van Beals & Peplau (2005). Daarnaast hebben mensen met homoseksuele gevoelens wegens de vele barrières waar zij mee te maken hebben, een verhoogd risico op mentale problematiek als angst en depressie (Hoffman, Freeman & Swann, 2009). Naast deze psychische aspecten hebben zij

te maken met een gebrek aan sociale veiligheid door de maatschappij (Hoffman, Freeman & Swann, 2009). Deze bevindingen worden ondersteund door meerdere onderzoeken waaronder die van Coker, Austin & Schuster (2009) waaruit blijkt dat de gezondheidsrisico's bij homoseksuele mensen hoog zijn. Vooral suïcidegedrag speelt vaak op. De stress die voortkomt uit de minderheidspositie en de ervaring van discriminatie maakt deze groep extra kwetsbaar voor psychopathologie (Kelleher, 2009).

Naast onderzoeken naar homoseksualiteit in het algemeen zijn er ook enkele onderzoeken geweest naar het psychisch welzijn van homoseksuele vrouwen in het bijzonder. Uit een kwalitatieve studie naar het managen van de eigen identiteit bij vrouwen met homoseksuele gevoelens blijkt dat ook zij bij de 'coming-out' veel zaken met elkaar afwegen (Whitman, Cormier & Boyd, 2000). Voor de homoseksuele identiteit uitkomen heeft gevolgen zoals het verliezen van persoonlijke en economische veiligheid, steunende relaties, familie en vrienden. Dit weerhoudt vele homoseksuele vrouwen ervan om voor hun seksuele identiteit uit te komen (Whitman, Cormier & Boyd, 2000). Hierop aansluitend bleek uit een onderzoek van Meads, Buckley en Sanderson (2007) dat plaatsvond onder 423 homoseksuele vrouwen, dat er bij 35% van de participanten sprake was van ernstige mentale gezondheidsproblematiek en had 31% weleens aan suïcide gedacht. De bevindingen van dit onderzoek worden ondersteund door andere buitenlandse onderzoeken die gedaan zijn door McLaren (2003), Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009).

Veel onderzoeken naar homoseksualiteit zijn cultuuronafhankelijk verricht. Een belangrijke vraag is hoe het gesteld is met mensen met homoseksuele gevoelens uit een andere cultuur en religie zoals de Islam. Seksualiteit is binnen het Islamitische geloof namelijk een moeilijk bespreekbaar thema (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004). Als men als Islamitisch gelovige homoseksuele gevoelens heeft, maakt dit het des te moeilijker om als homoseksuele gelovige voor je eigen identiteit uit te komen. Uit onderzoek van Verkuyten & Yildiz (2010) blijkt dat veel Nederlandse moslims worstelen met het dilemma zich te gedragen als een eigen betekenis makende moslim of een moslim die de standaard regels volgt. De bijbehorende beslissing heeft namelijk grote gevolgen voor acceptatie door de gelovige groep vanwege de vele verplichtingen en de bijbehorende druk. Bij het volgen van het gedrag van de gelovige groep moet men zich ook naar de identiteit van de gehele groep gedragen (Verkuyten & Yildiz, 2010). De bevindingen van Verkuyten & Yildiz (2010) komen overeen met eerder gevonden resultaten uit een onderzoek van Hodge (2005).

De Islam is niet alleen een geloof maar een manier van leven (Verkuyten & Yildiz, 2010). Volgens Islamieten hoort een gelovige de weg van God te volgen en deze wil niet tegen te spreken. Pas dan zal men geen innerlijke conflicten ervaren en mentale rust vinden (Haque, 2004). Uit het onderzoek van Verkuyten & Yildiz (2010) komt naar voren dat homoseksuele islamieten het moeilijk vinden om een goede middenweg te vinden tussen homoseksualiteit en het geloof. Zij voelen zich gedwongen om het geloof te verlaten omdat zij niet zouden voldoen aan de normen en waarden van het geloof. Dit dilemma wordt ook gevonden door Omar Nahas (2001). Opmerkelijk is dat in de Islam niet wordt gesproken over een 'seksuele oriëntatie' maar over 'seksuele daden'. Hierdoor

heerst de opvatting dat homoseksualiteit een keus is, en daarom ook ongedaan gemaakt kan worden (Dialmy, 2010).

Omar Nahas (2005) geeft in zijn boek aan dat voor een Islamitisch homoseksueel persoon zowel een sociaal-culturele als een religieuze afkeuring heerst. Bij homoseksualiteit in de Islam wordt gerefereerd naar het volk van Loet in de stad Sodom. Het volk dat hier woonde gedroeg zich losbandig en hield zich niet aan de regels van God. De profeet Loet waarschuwde het volk dat zij zouden worden gestraft als ze zich niet verbeterden. De stad werd uiteindelijk vernietigd. Dit verhaal van de Profeet Loet en het losbandige volk is in zowel het Christelijke als in het Islamitische geloof geïnterpreteerd als een afwijzing van homoseksuele relaties en wordt gebruikt als referentie (Omar Nahas, 2001). Homoseksuele vrouwen komen niet voor in het verhaal over het volk van Loet maar komen in andere passages van de Koran terug waardoor de lesbische identiteit niet goed wordt gekeurd. Over vrouwen met homoseksuele gevoelens wordt gedacht dat het een vloek is waardoor het voor een homoseksuele vrouw moeilijker is om voor de eigen identiteit uit te komen dan voor een homoseksuele man (Omar Nahas, 2005). Vele moslims vinden dat mensen met homoseksuele gevoelens een zware straf verdienen waardoor velen vervolgd worden (Dialmy, 2010). De afkeer tegen homoseksualiteit is de laatste jaren steeds meer van een religieuze afkeer naar een culturele afkeer verschoven. De sociaal-culturele identiteit van het land waar men in verblijft en de cultuur waar men zich in bevindt heeft invloed op het erkennen van een homoseksuele identiteit. In vele Islamitische landen wordt hier dan ook verre van open mee omgegaan (Kendili, Berrada & Kadiri, 2010). In 2003 hebben bijvoorbeeld zes Islamitische landen het voorstel van de UN geweigerd om de rechten van homoseksuele mensen in acht te nemen (Predrag, 2003).

Homoseksuele mensen met een Islamitisch geloof behoren door hun geloof en seksuele oriëntatie tot een dubbele minderheidspositie (Meyer, 2010). Hierdoor ervaren zij meer stress en psychopathologische klachten dan homoseksuele mensen die tot de etniciteit behoren dat overheerst in de samenleving. Door deze dubbele minderheidspositie vormen zij een kwetsbare groep in de samenleving die veel baat heeft bij hulpverlening (Meyer, 2010).

De gezondheidszorg in Nederland krijgt door het multiculturele karakter van de samenleving te maken met verschillende doelgroepen. Het is daarom belangrijk dat er gegevens bekend zijn over hulpbehoevenden en kwetsbare groepen. Er is veel buitenlands onderzoek gedaan naar homoseksualiteit (McLaren (2003); Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009); Meyer (2010); Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009), echter schort het nog aan onderzoek naar homoseksualiteit in de Nederlandse samenleving. Omtrent Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens in de Nederlandse samenleving zijn nog minder empirische gegevens bekend, terwijl uit allerlei buitenlandse onderzoeken blijkt dat zij een zeer kwetsbare groep vormen door de dubbele minderheidspositie waarin zij zich bevinden. Deze doelgroep staat dan ook centraal in dit onderzoek. De centrale vraag hierbij is hoe het gesteld is met de mentale gezondheid van deze Islamitische homoseksuele vrouwen. Gebaseerd op eerder buitenlands onderzoek is de geformuleerde hypothese van huidig onderzoek: Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens

hebben meer angst- en depressie klachten dan de gemiddelde Nederlandse populatie. Deze hypothese zal onderzocht worden middels een kwantitatief onderzoek door de angst- en depressieschaal van verschillende testen te gebruiken. Daarnaast wordt ter ondersteuning het belang van religie uitgediept en zullen individuele verhalen en gegevens verzameld worden door middel van een kwalitatief onderzoek. Door deze verschillende onderzoeksmethoden wordt het Islamitische geloof en homoseksualiteit met elkaar in verband gebracht.

Methode

Design

Voor het toetsen van de hypothese 'Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens scoren hoger op de angst- en depressieschalen dan de normgroep (representatie van de Nederlandse bevolking)' is gebruik gemaakt van de volgende vragenlijsten: Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 2002), de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI) (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1979) en de Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) (Bouma, Tanchor, Sanderman, & Sonderen, 1995). Dit onderzoek is een survey-onderzoek dat verricht is volgens een between-subject design, de onderzoeksgroepen worden vergeleken met de normgroep van de betreffende afgenomen vragenlijst. De normgroep is een representatie van de Nederlandse populatie en bestaat uit een a-selecte steekproef uit de bevolking.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende afhankelijke variabelen: angst en depressieklachten. De variabele angst is gemeten middels de STAI en de angstschaal van de SCL-90. De variabele depressie is gemeten met behulp van de CES-D en de depressieschaal van de SCL-90. De onafhankelijke variabelen zijn religie, geslacht en geaardheid. Daarnaast is ter ondersteuning van de bevindingen een semi-gestructureerd interview afgenomen.

Procedure

Ter ondersteuning van het onderzoek is gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen die gevonden zijn via zoekmachines (Psychinfo, Omega en Google Scholar) door middel van de volgende zoektermen: *Gay, muslim, islam, homoseksualiteit, lesbian, sexuality, anxiety, depression en mental health*.

Om respondenten te werven is er voor gekozen om zoveel mogelijk organisaties en verenigingen te benaderen die ten doel stellen de kwaliteit van leven van Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens te verbeteren. Dit is gedaan door middel van het versturen van een e-mail naar de contactpersoon van de betreffende organisaties. Ondanks dat er meerdere organisaties zowel telefonisch als per mail zijn benaderd, hebben maar enkele van hen een positief bericht laten horen. De contactpersonen die wel gehoor gaven aan onze oproep hebben een goede bijdrage geleverd bij het werven van respondenten voor dit onderzoek. Nadat er via deze organisaties respondenten benaderd zijn, is de 'sneeuwbal methode' (Baarda & de Goede, 2006) voor zo ver mogelijk toegepast. Na elk interview is gevraagd of de geïnterviewde

nog andere vrouwen met homoseksuele gevoelens kende die benaderd zouden kunnen worden voor deelname aan het onderzoek. Wanneer de participant eenmaal had toegezegd is contact opgenomen met deze persoon om een afspraak te maken voor een locatiebepaling. Aangezien het een doelgroep betreft die zeer kwetsbare groep is, zijn de participanten vrij gelaten in het bepalen van de locatie voor afname van het onderzoek.

Informed consent en ethische regels

Het onderzoek is begonnen met een korte uitleg over het doel van het onderzoek. Vervolgens zijn de participanten ingelicht over de procedure. Na deze mondelinge toelichting zijn de proefpersonen ook in de gelegenheid gesteld om alles na te lezen in het vooraf opgestelde 'informed consent' (zie bijlage 1). Zowel mondeling als schriftelijk is benadrukt dat vertrouwelijkheid en anonimiteit in dit onderzoek hoog in het vaandel staat. Dit is van groot belang omdat het een zeer kwetsbare doelgroep betreft die gevoelige informatie vrijgeeft. Nadat de proefpersonen schriftelijk toestemming hadden gegeven vrijwillig mee te willen doen aan het onderzoek is deze in gang gezet.

Steekproef

Tijdens het werven van participanten is getracht om een a-selecte steekproef te nemen uit de Islamitische populatie in Nederland met een homoseksuele geartheid. Naast de gegevens van de participanten die tijdens dit onderzoek zijn verkregen, zijn ook gegevens gebruikt van participanten die eerder hebben deelgenomen aan een ander onderzoek over dit onderwerp. Huidig onderzoek is uitgevoerd onder 24 moslima's met homoseksuele gevoelens, waaronder 14 afkomstig uit eerder onderzoek. De participanten zijn afkomstig uit een niet-klinische populatie.

De gemiddelde leeftijd van deze vrouwen was 27.71 jaar ($SD = 7.96$). Naast de leeftijd is ook gekeken naar de hoogst genoten opleiding van de deelnemers. Ze varieerden van Lager onderwijs tot WO (zie tabel 1). De tien zelf geworven participanten zijn woonachtig in verschillende delen van Nederland en oorspronkelijk afkomstig uit diverse landen (zie tabel 2).

Tabel 1

Opleidingsniveau van participanten

Aantal	Opleiding
2	Lager onderwijs
5	MBO
12	HBO
5	WO
Gemiddelde opleiding	
HBO	

Tabel 2

Woonplaatsen van participanten

Participant	Woonachtig in	Land van herkomst
1	Amsterdam	Afghanistan
2	Zwolle	Marokko
3	Nieuwegein	Marokko
4	Utrecht	Afghanistan
5	Hilversum	Irak
6	Amsterdam	Iran
7	Amsterdam	Somalië
8	Rotterdam	Suriname
9	Den Haag	Marokko
10	Amsterdam	Turkije

*Meetinstrumenten**Interviewprocedure*

Het interview heeft face-to-face plaatsgevonden op een locatie dat zelf uitgezocht is door de participant, welke meestal een horecagelegenheid betrof. Aan het begin van het interview is kort het doel en opzet van het interview en de vragenlijsten uitgelegd. Daarnaast is benadrukt dat alle verkregen onderzoeksgegevens anoniem en veilig verwerkt zullen worden. Dit is vervolgens schriftelijk bevestigd (bijlage 1).

De gebruikte interviewvragen zijn overgenomen uit een reeds bestaand interview dat gebruikt is in een voorgaande studie naar Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Allereerst wordt algemene informatie als leeftijd, geslacht, land van herkomst, woonplaats, opleiding/werk en seksuele voorkeur uitgevraagd. Vervolgens bestaat het interview uit vijf thema's, namelijk *homoseksualiteit, familie, omgeving, Islam* en *problematiek en hulpverlening* (zie bijlage 2). Na het interview zijn alle antwoorden van de deelnemer verwerkt tot een verslag.

Vragenlijsten

In het onderzoek zijn naast het interview verschillende vragenlijsten gebruikt voor een indicatie van het angst- en depressieniveau van de participanten (zie bijlage 3). Een van

deze vragenlijsten is de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV, Nederlandse versie van de STAI) (Van der Ploeg et al., 2000). Daarnaast is gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) (Bouma et al., 1995). Tot slot werden de angstschaal (10 vragen) en depressieschaal (16 vragen) van de Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 2002) gebruikt om angst- en depressieklachten op het betreffende moment te meten.

SCL-90

De SCL-90 is een zelfbeoordelingvragenlijst die lichamelijke en psychische klachten meet. De vragenlijst bestaat uit 90 vragen die opgedeeld zijn in 8 schalen. In de vragenlijst van dit onderzoek zijn alleen de schalen Angst en Depressie gebruikt. De participanten werden gevraagd op een vijfpuntsschaal de mate te beoordelen waarin zij, helemaal niet (1), een beetje (2), nogal (3), tamelijk veel (4) of heel erg (5), last hebben gehad van een klacht gedurende afgelopen week met vandaag erbij. De gemeten scores op angst en depressie bij de participanten worden vergeleken met de scores van de normgroep (Algemene bevolking, N = 2368). De interne consistentie van de Angst-schaal wordt volgens de betrouwbaarheidsnormen van de COTAN als hoog beoordeeld ($\alpha = .88$). De interne consistentie van de Depressie-schaal wordt eveneens hoog beoordeeld ($\alpha = .90$).

State-Trait Anxiety Inventory/ Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI/ZBV)

De ZBV is de Nederlandse vertaling van de State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Deze 40-items tellende vragenlijst meet de mate van angst bij volwassenen. Er worden twee aspecten van angst onderscheiden. De state-anxiety meet het tijdelijk/huidig angstniveau, en de trait-anxiety meet langdurig/algemeen angstniveau. In dit onderzoek zijn de 20 vragen van de trait-anxiety schaal gebruikt. Deze vragen zijn in de vorm van stellingen gesteld en vragen de algemene gevoelens van de participant uit. De participant kan op een vierpunts-schaal aangeven of hij/zij (1) bijna nooit, (2) soms, (3) vaak of (4) bijna altijd het gevoel dat beschreven staat in de stelling ervaart. De interne consistentie van deze vragenlijst wordt volgens de betrouwbaarheidsnormen van de COTAN als hoog beoordeeld ($\alpha = .93$).

CES-D

De CES-D (Bouma et al., 1995) is ontwikkeld om depressieve symptomen vast te stellen bij grote populaties. De test bestaat uit 20 items die elk 4 antwoordmogelijkheden hebben. De vragenlijst meet de mate van depressie in de week voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. De belangrijkste componenten van depressieve klachten worden uitgevraagd. Deze zijn een depressieve stemming, schuldgevoelens en gevoelens van inferioriteit, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop, verlies van eetlust, slaapstoornissen en psychomotorische retardatie. De interne consistentie van de CES-D totaalschaal wordt volgens de betrouwbaarheidsnormen van de COTAN als hoog beoordeeld ($\alpha = .88$).

Analyse

Om de geformuleerde hypothese in huidig onderzoek te kunnen testen zal onderzocht worden of er een significant verschil is tussen de gemiddelde scores van de participanten en de gemiddelde scores van de normgroepen van het betreffende meetinstrument. Voor de SCL-90 en de STAI zal dit middels een eenzijdige t-toets gebeuren. De CES-D hanteert een cutoff-point bij de scoring en zal daarom getoetst worden door middel van een binomiaaltoets.

Resultaten (kwantitatief)

Symptom Checklist (SCL-90)

De scores van de participanten (N = 24) op de angst- en depressieschaal van de SCL-90 zijn middels een eenzijdige t-toets vergeleken met de normgroep (Algemene bevolking, N=2368). De scores van de participanten op de SCL-90 angst-schaal zijn normaal verdeeld (zie bijlage 4, figuur 1). Uit de scores blijkt dat de gemiddelde score van de Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens (M = 18.75, SD = 6.873) significant hoger ligt dan de gemiddelde score van de normgroep (M = 13.5, SD = 3.8) op de items behorende bij de angstschaal van de SCL-90: $T(23) = 3.742, p < .001$ (zie tabel 3). Eveneens zijn de scores van de participanten op de SCL-90 depressie-schaal normaal verdeeld (zie bijlage 4, figuur 2). Uit deze scoring op de items blijkt dat deze doelgroep significant een hoger gemiddelde (M = 33.50, SD = 12.995) heeft dan de normgroep (M = 22.4, SD = 5.7): $T(23) = 4.185, p < .001$ (zie tabel 4). De hypothese 'Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens scoren hoger op angst en depressie dan de normgroep' kan aangenomen worden.

Tabel 3

One-sample T-Test van de SCL-90, angst-schaal

Test value = 13.5						
					95% Confidence Interval of the Difference	
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
SCL-90 Angst	3.742	23	.001*	5.250	2.35	8.15

Note. * $p < .01$, ** $p < .001$

Tabel 4

One-sample T-Test van de SCL-90, depressie-schaal

Test value = 22.4						
					95% Confidence Interval of the Difference	
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
SCL-90 depressie	4.185	23	.000**	11.100	5.61	16.59

Note. * $p < .01$, ** $p < .001$

State-Trait Anxiety Inventory/ Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI/ZBV)

De scores van de participanten op de STAI/ZBV zijn normaal verdeeld (zie bijlage 4, figuur 3). Uit de resultaten van deze vragenlijst blijkt dat de gemiddelde score van Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens ($M = 45.13$, $SD = 9.2$) significant hoger ligt dan de gemiddelde score van de normgroep ($M = 39.4$, $SD = 11.2$): $T(23) = 3.049$, $p < .01$ (zie tabel 5). De aanname dat er een hogere prevalentie angstklachten is bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens dan bij de normgroep kan daarom aangenomen worden.

Tabel 5

One-sample T-Test van de STAI/ZBV

Test value = 39.4						
					95% Confidence Interval of the Difference	
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
ZBV Totaal	3.049	23	.006*	5.725	1.84	9.61

Note. * $p < .01$, ** $p < .001$

Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)

Deze test hanteert een cut-off point van 16 of hoger. De resultaten van de binomiaaltoets over de CES-D scores geven weer dat de gemiddelde score van de participanten significant afwijkt van de gemiddelde scores van de normgroep: $p < .01$. Van de participanten scoort 62.5 % boven deze cut-off point en bij de normgroep is dit een percentage van 15.7 %. De scores van de participanten op deze vragenlijst zijn normaal verdeeld (zie bijlage 4, figuur 4). Ook deze bevindingen ondersteunen de aanname dat Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens significant hogere scores op depressie dan de normgroep.

Tabel 6

Non-parametric test bij CES-D

		Category	N	Test prop.	Exact Sig. (1-tailed)
CES-D	Groep 1	≤ 15	9	.157	.008*
	Groep 2	> 15	15		
	Totaal		24		

Note. * $p < .01$, ** $p < .001$

Resultaten interviews (kwalitatief)

Familie & Omgeving

In dit deel van het interview werd uitgevraagd wie in de (naaste) omgeving van de vrouwen wat afwist van de homoseksuele gevoelens van hen en wat voor reacties zij daarop gaven. Opvallend was dat maar weinig familieleden van de vrouwen die meededen

aan het onderzoek iets van die gevoelens afwisten. Vele participanten gaven aan dat de ouders er geen kennis van hadden en het ook niet mochten weten. Soms was er een familielid buiten het gezin, zoals een zus of tante die volgens hen 'openminded' genoeg was om met hen hierover te kunnen praten. Een vrouw gaf tijdens het interview aan dat haar vader er een keer achterkwam en schreeuwde dat het een ziekte was en dat het over zou gaan. Zo gaven de meeste participanten aan dat homoseksualiteit zowel binnen het gezin als binnen de familie beschouwd wordt als een ernstige ziekte. In een van de gesprekken vertelde een vrouw dat haar vader zelfs zo fel tegen homoseksualiteit was dat hij mensen met homoseksuele gevoelens 'vieze mensen' noemde. Deze negatieve reacties zorgen voor veel stress en neerslachtigheid bij de vrouwen.

Vrienden daarentegen leverden weinig tot geen problemen op bij de participanten. Vrienden van hen begrepen wat zij voelden en accepteerden dat ook. Het verschil tussen de mate van acceptatie door familie en de mate van acceptatie door vrienden kwam volgens velen door het gebrek aan kennis over homoseksualiteit bij familieleden.

De vrouwen die meededen aan het onderzoek vertelden dat zij tot noch toe weinig discriminatie hebben ervaren in hun leven. Zij gaven aan dat dit zou kunnen komen omdat zij de uiting van de homoseksuele gevoelens temperen en deze niet snel openlijk laten zien. Vrijwel alle vrouwen die participeerden aan het onderzoek vertellen niet snel aan iemand iets over hun homoseksuele gevoelens, vooral niet op professioneel vlak.

Problematiek & Hulpverlening

Uit dit deel van de interview bleek dat een merendeel van de vrouwen spanningsklachten en gevoelens van neerslachtigheid rapporteerde. Dit komt volgens hen door een weinig tolerante omgeving en schuldgevoelens naar zichzelf en het geloof toe. Dit zet hen in een moeilijke positie met psychische problematiek als gevolg.

Vrijwel alle participanten gaven aan behoefte te hebben aan een gesprek of lichte hulpverlening maar misten dit in de Nederlandse hulpverlening. Zij misten het begrip voor de dubbele minderheidspositie en de culturele aspecten. Een van de participanten is wel eens onder behandeling van een psycholoog geweest, echter zonder enig resultaat. Deze participant vond dat de behandelaar geen rekening hield met haar geloof en cultuur, waardoor zij zich niet begrepen voelde. Het merendeel van de vrouwen gaat naar een vereniging waar homoseksualiteit centraal staat (zoals COC en Stichting Rainbow). Een enkeling heeft zich aangemeld bij Veilige Haven maar eveneens missen ze hier de goede hulpverlening. De deelnemers gaven aan dat huidige hulpverlening gericht is op het doen van activiteiten, waardoor de problematiek en de klachten (de hevige angst en depressieve gevoelens die zij ervaren) vergeten wordt. Deze vrouwen gaven aan behoefte te hebben aan een gesprek van tijd tot tijd waar rekening gehouden wordt met het individu en diens situatie en behoeften.

Homoseksualiteit

Bij de vraag om een definitie van de term 'homoseksualiteit' te geven, vertelden veel participanten dat zij homoseksualiteit zien als liefde voor hetzelfde geslacht met alle

bijbehorende gevoelens zoals aantrekkingskracht. Meer dan de helft van de vrouwen die participeerden aan het onderzoek gaf aan dat zij homoseksualiteit al op een zeer jonge leeftijd ervoeren. Zo gaf een vrouw aan dat zij op 5-jarige leeftijd alleen maar oog had voor meisjes en dat dit gevoel naarmate de tijd vorderde alleen maar versterkt werd. Velen wisten niet wat ze met die gevoelens aan moesten en probeerden het te onderdrukken, echter zonder succes. Het merendeel van de participanten dacht dat er iets niet juist was, en voelde zich daardoor vaak minderwaardig anders en dan de omgeving. Overeenkomstig voor al deze vrouwen was dat zij allemaal niet tevreden waren met zichzelf.

Islam

Ten aanzien van de Islam, gaven alle participanten aan dat homoseksualiteit sterk afgekeurd wordt en in de Islamitische gemeenschap nooit geaccepteerd wordt of zal worden. Een vrouw was zelfs gevlucht uit haar vaderland omdat zij daar absoluut niet geaccepteerd werd. Participanten gaven allen aan dat ze van kleins af aan islamitisch opgevoed zijn. De manier en de mate van geloven varieerde tussen de participanten. Enerzijds gaven een paar vrouwen aan dat ze homoseksualiteit als een zonde ervoeren en op serieuze wijze geprobeerd hebben en nog steeds proberen om over de homoseksuele gevoelens te 'groeien'. Anderzijds waren er vrouwen die aangaven dat de Islam een barmhartig geloof is en dat iedereen geaccepteerd wordt, ongeacht de geaardheid. Wat overeenkomstig was tussen alle vrouwen was dat het geloof enigszins afgezwakt is in de tijd.

Conclusie

Uit de zeer beperkte literatuur welke bekend is over de psychische klachten van Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens kan geconcludeerd worden dat deze vrouwen, in vergelijking tot heteroseksuele vrouwen, erg kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische klachten (McLaren (2003); Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009); Meyer (2010); Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009). Vanwege een beperkte bekendheid van empirische gegevens omtrent deze doelgroep werd met dit onderzoek getracht een indicatie te geven van de psychische gezondheid van Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Er is nagegaan of het angst- en depressieniveau bij deze vrouwen hoger ligt dan de gemiddelde Nederlandse bevolking. Met voorgaande onderzoeken in ogenschouw nemende werd verwacht dat Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens meer angst- en depressieklachten zouden rapporteren dan de gemiddelde Nederlandse bevolking. Om deze hypothese te toetsen is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Uit de analyses van de kwantitatieve meetinstrumenten is gebleken dat Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens inderdaad significant hoger scoren op zowel angst- als depressieklachten, in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse populatie. Deze bevindingen uit kwantitatief onderzoek worden ondersteund door de

bevindingen uit kwalitatief onderzoek. Een merendeel van de participanten rapporteerde spanningsklachten, gevoelens van neerslachtigheid en schuldgevoelens. Zij ervaren weinig tolerantie door de familie en het geloof. Dit komt grotendeels door kennisgebrek binnen de moslimgemeenschap hebben zij aangegeven. Daardoor is de mate van toegankelijkheid naar steunbronnen zeer laag. Zij zouden graag hulp willen krijgen bij de psychische klachten die zij ervaren maar hebben het gevoel dat het hulpaanbod niet aansluit op de hulpvraag. Er is behoefte aan cultuurspecifieke hulpverleners die begrip tonen en kennis hebben van de kwetsbaarheid van deze doelgroep.

Discussie

Naast de behaalde successen in dit onderzoek zijn er ook een aantal aanmerkingen. Allereerst zijn voor het huidige onderzoek 10 participanten zelf geworven en gegevens van 14 andere vrouwelijke participanten zijn samengevoegd om de resultaten van de analyses meer betrouwbaar te maken. Door deze samenvoeging zijn de onderzoeksresultaten significant gebleken. Deze resultaten zouden meer representatief kunnen zijn als de omvang van de participantengroep groter was dan $N = 24$.

Ondanks getracht is op verscheidene manieren de doelgroep te bereiken, is de N beperkt gebleven. Hiervoor kunnen verschillende redenen de oorzaak zijn geweest. Het onderzoek is gedaan naar een zeer gevoelige en kwetsbare groep. Mogelijkerwijs is het voor deze doelgroep nog erg moeilijk om hun klachten en problemen waar ze tegen aanlopen bespreekbaar te maken. Een andere reden wat mogelijk ook een rol kan spelen is de angst die ze ervaren. De meeste Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens houden de geaardheid verborgen. De angst dat de geaardheid bekend wordt, kan hen weerhouden mee te doen aan het onderzoek. Ook het feit dat onder alle oproepen de namen van de onderzoeksters (twee vrouwelijke allochtonen) stonden, heeft ervoor kunnen zorgen dat de Islamitische vrouwen prefereerden niet mee te doen aan het onderzoek. Dit, uit angst voor de heersende roddelcultuur.

Het merendeel van de participanten scoorde hoog en een enkeling zelfs zeer hoog op de kwantitatieve meetinstrumenten. Dit kan mogelijk komen door de selecte groep participanten die voor een groot deel zijn geworven bij instellingen en organisaties. Het angst- en depressieniveau van deze groep zou mogelijk dan al hoger kunnen liggen doordat zij contact hebben gezocht met een instantie wegens de behoefte aan hulp en advies. Hierop aansluitend kan aangemerkt worden dat de geplande 'sneeuwbalmethode' voor de eigen geworven participanten niet geheel toegepast kon worden doordat participanten niet bereid waren om andere vrouwen voor het onderzoek te benaderen.

Vervolgonderzoek zou de invloed van persoonlijkheid, leeftijd en opleiding kunnen meenemen in het analyseren van de data. De mogelijkheid bestaat dat de mate van stress, angst en depressie verschillend is voor leeftijds- en opleidingscategorieën. Persoonlijkheid kan daarnaast ook een grote rol spelen in het ervaren van angst en depressie. Een hoge mate van neuroticisme kan de score op de angstdispositie beïnvloeden. Deze variabele is in huidig onderzoek niet meegenomen, maar kan in vervolgonderzoek een toegevoegde waarde leveren.

Er kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij de gebruikte meetinstrumenten. Allereerst hanteert de CES-D een cutoff-point bij de scoring van de items. Dit kan als limitatief beschouwd kunnen worden omdat veel waardevolle informatie over de variantie van de scores verloren gaat. Daarnaast zouden de scores van de SCL-90 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Deze vragenlijst meet namelijk psychische klachten van de week voorafgaand aan afname van de vragenlijst. Dit is mogelijk niet representatief voor de algemene gevoelens van de vrouwen. Tot slot zou de vraag gesteld kunnen in hoeverre de vragenlijsten valide zijn voor niet-westerse allochtonen. De gebruikte vragenlijsten zijn namelijk westers georiënteerd.

Aanbeveling

Dit onderzoek heeft een indicatie kunnen geven van de psychische problematiek bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Hierdoor kunnen een paar aanbevelingen gedaan worden naar de Nederlandse maatschappij. Uit dit onderzoek bleek dat de steunbronnen voor deze vrouwen onder de maat is. De toegankelijkheid naar hulpverlenende instanties zou daarom verbeterd moeten worden. Vele vrouwen weten namelijk niet waar zij terecht kunnen. Door middel van effectieve informatieverspreiding over deze instanties en organisaties zou de kennis over deze steunbronnen vergroot kunnen worden en zouden deze instanties een groter bereik hebben.

Daarnaast bestaat onder de doelgroep een grote behoefte aan interculturele en passende hulpverlening. Het is daarom belangrijk dat er meer hulpverleners komen die kennis hebben over verschillende culturen en de mogelijke valkuilen kunnen herkennen in relatie tot de zorg. Dit kan bewerkstelligd worden door interculturele cursussen aan te bieden tijdens de opleiding van toekomstige behandelaren.

Tot slot is gebleken dat er een gebrek aan kennis bestaat over homoseksualiteit in de moslimgemeenschap. Er zou meer voorlichting moeten komen op plaatsen waar Islamitisch gelovigen deze informatie kunnen ontvangen, zoals culturele centra, buurthuizen en moskees. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan de kennisverbreding en tolerantie binnen de moslimgemeenschap.

Literatuurlijst

- Baarda, D.P. & de Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Houten, The Netherlands: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Beals, K.P. & Peplau, L.A. (2005). Identity support, identity devaluation, and well-being among lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 140-148.
- Coker, T.R., Austin, B. S. & Schuster, M.A. (2009). Health and healthcare for lesbians, gay, bisexual and transgender youth: reducing disparities through research, education, and practice. *Journal of Adolescent Health*, 45, 213-215.
- Dane, S.K. & MacDonald, G. (2009). Heterosexual's acceptance predicts the well-being of same-sex attracted young adults beyond ingroup support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (5), 659-677.
- Dialmy, A. (2010). Sexuality and Islam. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 160-168.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haque, A. (2004). Religion and mental health: The case of American muslims. *Journal of Religion and Health*, 43 (1).
- Hodge, D.R. (2005). Epistemological frameworks, homosexuality, and religion: How people of faith understand the intersection between homosexuality and religion. *Social Work*, 50 (3).
- Hoffman, N.D., Freeman, K. & Swann, S. (2009). Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *Journal of Adolescent Health*, 45, 222-229.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: implications for lesbians, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBT) young people. *Counseling Psychology Quarterly*, 12 (4), 373-379.
- Kendili, I., Berrada, S. & Kadiri, N. (2010). Homosexuality in Morocco: between cultural influences and life experience. *Sexuologies*, 19, 153-156.
- McLaren, S. (2003). Lesbians living in Australia: sense of belonging and mental health. *Australian Journal of Psychology*.
- Meads, C., Buckley, E. & Sanderson, P. (2007). Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands. *BMC Public Health*, 7.
- Meyer, I.H. (2010). Identity, Stress, and Resilience in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals of Color. *The Counseling Psychologist*, 38 (3), 442-454.
- Nahas, O. (2001). *Islam en homoseksualiteit*. Amsterdam, The Netherlands: Bulaaq.
- Nahas, O. (2005). *Homo en Moslim: hoe gaat dat samen? 1001 vragen over Islam en homoseksualiteit*. Utrecht, The Netherlands: Forum.
- Predrag, S. (2003). Muslim countries block UN resolution in LGBT human rights. *Lesbian News*, 28 (11), 18-19.

- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R.M. & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123, 346-352.
- Sandfort, TH.G.M., Bakker, F., Schellevis, F.G. & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings From a Dutch Population Survey. *American Journal of Public Health*, 96 (6), 1119-1125.
- Sandfort, TH.G.M., Graaf de, R., Bijl, R.V. & Schnabel, P. (2001). Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Verkuyten, M. & Yildiz, A.A. (2010). Religious identity consolidation and mobilization among Turkish Dutch muslims. *European Journal of Social Psychology*, 40, 436-447.
- Vollebergh, W.A.M., Have ten, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., Winter de, A., Ormel, H. & Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 489-496.
- Whitman, J.S., Cormier, S. & Boyd, J.C. (2000). Lesbian identity management at various stages of coming out process: A qualitative study. *International Journal of Sexuality And Gender Studies*, 5 (1).

Bijlage 1: Informed consent

Informatie voorafgaand aan onderzoek

Titel onderzoek: " Relatie van de Islam tot lesbische Moslima's "

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek duurt ongeveer 60 minuten en zal bestaan uit twee onderdelen:

- 1) In het eerste deel word je gevraagd om een paar vragenlijsten in te vullen. Dit zal ongeveer een kwartier in beslag nemen.
- 2) Het tweede deel heeft de vorm van een interview en zal ongeveer 45 minuten duren. Tijdens dit interview zullen er vragen aan je gesteld worden over je belevingen als lesbische Moslim.

Vrijwilligheid van deelname

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Je hoeft niet deel te nemen. Als je besluit deel te nemen, kun je op elk moment van gedachten veranderen en je deelname beëindigen zonder nadelige gevolgen voor jezelf.

Vertrouwelijkheid en anonimiteit

Informatie die van je verkregen wordt in dit onderzoek wordt bewaard in het onderzoeksarchief van de hoofdonderzoeker drs. A.C.H. Schouten bij de Universiteit Utrecht en wordt slechts geïdentificeerd met een code-nummer dat aan je wordt toegekend. Er worden nergens namen vermeld en er worden geen individuele resultaten berekend.

Wat van je gevraagd wordt (belasting)

Het beantwoorden van vragen vereist concentratie, maar dit duurt niet lang. Tijdens het interview kan het mogelijk zijn dat je de vragen te belastend vindt. Er kan niet voor je besist worden of de vragen te belastend zijn, dus houd hierbij je eigen grenzen in de gaten.

De risico's van het onderzoek

Het vertellen van je ervaringen over je lesbische gevoelens in relatie tot de Islam kan voor jou ongemakkelijk aanvoelen. In het geval van onaangename emotionele reacties zijn de onderzoeker of onderzoeksassistent beschikbaar om hulp te verlenen. Als je spanningen of angst ervaart door deelname aan dit onderzoek en daarover wilt praten, kun je contact opnemen met de hoofdonderzoeker drs. A.C.H. Schouten via A.C.H.Schouten@fss.uu.nl of via 030-2539079.

Mogelijke voordelen

Er zijn geen directe voordelen voor jou verbonden aan deelname aan dit onderzoek. Een mogelijk voordeel voor de maatschappij is een meer en verbeterde wetenschappelijke kennis over homoseksualiteit in relatie tot de Islam.

Vragen

Je hebt het recht om op ieder moment voor, tijdens en na het onderzoek vragen te stellen. Als je na het onderzoek vragen hebt, kun je contact opnemen met drs. A.C.H. Schouten via A.C.H.Schouten@fss.uu.nl of via 030-2539079

Onderzoeker

Drs. A.C.H. Schouten, Klinische en Gezondheidspsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht

TOESTEMMINSVERKLARING

Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek: "Relatie van de Islam tot lesbische Moslima's"

Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven.

Ik stem toe met deelname aan dit onderzoek.

Codenummer:

Handtekening:

Datum:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. [Zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt].

Naam:

Functie: onderzoeker

Handtekening:

Bijlage 2: Interview

1. Korte uitleg over het onderzoek.

1. Doel onderzoek
2. Procedure
 - a. Topics:
 - Algemene informatie
 - Homoseksualiteit
 - Familie
 - Omgeving
 - Islam
 - Problematiek & Hulpverlening
 - Afronding
 - b. Vragenlijsten
3. Anonimiteit & vrijwilligheid
4. Heeft u nog vragen?
5. Dank voor deelname. Inzage resultaten?

2. Algemene informatie.

1. Hoe oud bent u?
2. Studeert u/ heeft u een baan?
3. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft afgerond?
4. Waar woont u?
5.
 - a. Met wie woont u?
 - b. Heeft u momenteel een vaste relatie?
 - c. Wat is uw burgerlijke staat?

3. Homoseksualiteit.

1. Wat verstaat u onder **homoseksualiteit**?
2. Beschouwt u zichzelf als homoseksueel?
3.
 - a. Kunt u omschrijven hoe de homoseksuele gevoelens zich bij u hebben ontwikkeld? Eventueel:
 - b. Wanneer kwam u erachter?
 - c. Wat waren uw gedachten/ gevoelens daarbij?
 - d. Hoe ging u om met uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe was het voor u om als moslim en met homoseksuele gevoelens op te groeien?

4. Familie.

1. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw familie op homoseksualiteit in het algemeen?
2. Weet uw familie van uw homoseksuele gevoelens?
3. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw familie op uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe is het contact met uw familie? Hoe was het contact met uw familie vroeger?

5. Omgeving.

1. Wie uit uw omgeving weten van uw homoseksuele gevoelens? Bij coming-out: hoe zijn ze daarachter gekomen?
2. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw omgeving (familie, vrienden, gemeenschap, collega's, medestudenten etc.) op homoseksualiteit in het algemeen?

3. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw omgeving (familie, vrienden, gemeenschap, collega's, medestudenten etc.) op uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe denkt de Nederlandse samenleving volgens u over homoseksualiteit?
5. Hoe denkt de islamitische gemeenschap volgens u over homoseksualiteit?
6. Hoe denkt de homogemeenschap volgens u over moslims?
7. Bent u ooit belachelijk gemaakt of uitgescholden vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
8. Bent u ooit geslagen of mishandeld vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
9. Bent u ooit lastig gevallen vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
10. Bent u ooit geweigerd voor een baan vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?

6. **Islam.**

1. a. Welke rol speelt de islam in uw leven?
Eventueel:
 - b. Welke rol speelt de islam in de opvoeding die u heeft gehad?
 - c. Beschouwt u zichzelf als een moslim?
 - d. Wat verstaat u onder moslim zijn?
2. Wat zegt de islam volgens u over homoseksualiteit?
3. Zijn er positieve aspecten binnen uw geloof, met betrekking tot uw homoseksuele gevoelens?
4. Zijn er negatieve aspecten binnen uw geloof, met betrekking tot uw homoseksuele gevoelens?
5. Is er een verschil in de houding van de islam ten aanzien van mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens?
6. Hoe open bent u over uw religie tegenover anderen? Naar wie wel en wie niet?
7. Wat zijn de reacties in uw omgeving op uw geloofsovertuiging?

7. **Problematiek & Hulpverlening.**

1. Zijn er problemen waar u tegenaan loopt?
2. Bent u ooit voor hulp naar iemand gestapt (officiële instelling of anders)?
3. Op welke manier bent u geholpen?
4. In welke vorm werd de hulp verleend?
5. Was u tevreden met de geboden hulp? Zo nee, hoe had u de hulpverlening liever gezien? Zo ja, waar was u tevreden over?
6. Wat is volgens u nodig om de hulpverlening te bevorderen? Wat ontbreekt er nog in de huidige hulpverlening?

8. **Afronding.**

1. Hoe ziet u uw toekomst voor zich?
2. Wat zijn uw dromen, wensen en ambities?
3. Zijn er nog zaken die we niet besproken hebben, maar die u wel graag nog wilt noemen of die u belangrijk vindt voor dit onderzoek?
4. Heeft u nog opmerkingen, vragen, klachten, tips etc?
5. Kent u islamitische vrouwen die dezelfde gevoelens hebben als u en die mogelijk mee zouden willen werken aan dit onderzoek? Of heeft u nog tips hoe ik mogelijk met deze mensen in contact zou kunnen komen?

9. Checklist demografische gegevens.

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw woonplaats/regio?
3. Wat is uw nationaliteit?
4. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft afgerond?
5. Wat is uw geboorteland?
6. Sinds wanneer verblijft u in Nederland?
7. Wat is het geboorteland van uw ouders?
8. Wat is uw burgerlijke staat?
9. Wat is uw leefsituatie?

Bijlage 3: Vragenlijsten

Toelichting: hieronder ziet u zich een korte vragenlijst. Naar schatting zal het invullen ongeveer een kwartier duren. Deze vragenlijst gaat over **hoe u zich in het algemeen voelt**. Lees iedere uitspraak en zet een kringetje om het bolletje wat het best bij past. Denk niet al te lang na en geef uw eerste indruk. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Antwoordmogelijkheden: *bijna nooit – soms – vaak – bijna altijd*

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ik voel me prettig | • | • | • | • |
| 2. Ik voel me nerveus | • | • | • | • |
| 3. Ik voel me tevreden | • | • | • | • |
| 4. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken | • | • | • | • |
| 5. Ik voel me in vrijwel alles tekort schieten | • | • | • | • |
| 6. Ik voel me uitgerust | • | • | • | • |
| 7. Ik voel me rustig en beheerst | • | • | • | • |
| 8. Ik voel dat de moeilijkheden zich opstapelen, zodat ik er niet meer tegenop kan | • | • | • | • |
| 9. Ik pieker te veel over dingen die niet zo belangrijk zijn | • | • | • | • |
| 10. Ik ben gelukkig | • | • | • | • |
| 11. Ik word geplaagd door storende gedachten | • | • | • | • |
| 12. Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen | • | • | • | • |
| 13. Ik voel me veilig | • | • | • | • |
| 14. Ik voel me op mijn gemak | • | • | • | • |
| 15. Ik ben gelijkmatig van stemming | • | • | • | • |
| 16. Ik ben tevreden | • | • | • | • |
| 17. Er zijn gedachten die ik heel moeilijk los kan laten | • | • | • | • |
| 18. Ik neem teleurstellingen zo zwaar op dat ik ze niet van me af kan zetten | • | • | • | • |
| 19. Ik ben een rustig iemand | • | • | • | • |
| 20. Ik raak helemaal gespannen en in beroering als ik denk aan mijn zorgen van de laatste tijd | • | • | • | • |

Antwoordmogelijkheden: *helemaal niet – een beetje – nogal – tamelijk veel – heel erg*

De volgende vragen gaan over hoe u zich gedurende **de afgelopen week, met vandaag erbij**, voelde.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Zenuwachtigheid of van binnen trillen | • | • | • | • | • |
| 2. Je eenzaam voelen | • | • | • | • | • |
| 3. Het gevoel in de put te zitten | • | • | • | • | • |
| 4. Te veel over de dingen piekeren | • | • | • | • | • |
| 5. Denken aan dood of sterven | • | • | • | • | • |
| 6. Nergens meer belangstelling in hebben | • | • | • | • | • |
| 7. Trillen | • | • | • | • | • |
| 8. Zomaar plotseling schrikken of bang worden | • | • | • | • | • |
| 9. Je bang voelen | • | • | • | • | • |
| 10. Een gevoel van leegte | • | • | • | • | • |
| 11. Je wanhopig over de toekomst voelen | • | • | • | • | • |
| 12. Gevoelens dat je niets waard bent | • | • | • | • | • |
| 13. Hartkloppingen | • | • | • | • | • |
| 14. Je gespannen voelen | • | • | • | • | • |
| 15. Nare gedachten of ideeën niet meer kwijt kunnen raken | • | • | • | • | • |
| 16. Aanvallen van angst of paniek | • | • | • | • | • |
| 17. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten | • | • | • | • | • |
| 18. Weinig puf (energie) hebben | • | • | • | • | • |
| 19. Geen seksuele interesse meer hebben of | • | • | • | • | • |

er geen plezier aan beleven	•	•	•	•	•
20. Denken om er maar een eind aan te maken	•	•	•	•	•
21. Weinig eetlust hebben	•	•	•	•	•
22. Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	•	•	•	•	•
23. Gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	•	•	•	•	•
24. Gauw huilen	•	•	•	•	•
25. Verstrikt zijn of gevangen voelen	•	•	•	•	•
26. Jezelf van allerlei dingen de schuld geven	•	•	•	•	•

Antwoordmogelijkheden: <i>zelden/nooit</i> – <i>soms/weinig</i> – <i>regelmatig</i> – <i>meestal/altijd</i>

Tijdens de afgelopen week:

1. Stoor ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen	•	•	•	•
2. Had ik geen zin eten, was mijn eetlust slecht	•	•	•	•
3. Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen	•	•	•	•
4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander	•	•	•	•
5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden	•	•	•	•
6. Voelde ik me gedeprimeerd	•	•	•	•
7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte	•	•	•	•
8. Had ik goede hoop voor de toekomst	•	•	•	•
9. Vond ik mijn leven een mislukking	•	•	•	•
10. Voelde ik me bang	•	•	•	•
11. Sliep ik onrustig	•	•	•	•
12. Was ik gelukkig	•	•	•	•
13. Praatte ik minder dan gewoonlijk	•	•	•	•
14. Voelde ik me eenzaam	•	•	•	•
15. Waren de mensen onaardig	•	•	•	•
16. Had ik plezier in het leven	•	•	•	•
17. Had ik huilbuien	•	•	•	•
18. Was ik treurig	•	•	•	•
19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden	•	•	•	•
20. Kon ik maar niet op gang komen	•	•	•	•

Bijlage 4: Analyses SPSS (output)

SCL-90 Angst-schaal

Statistics

One-Sample Statistics

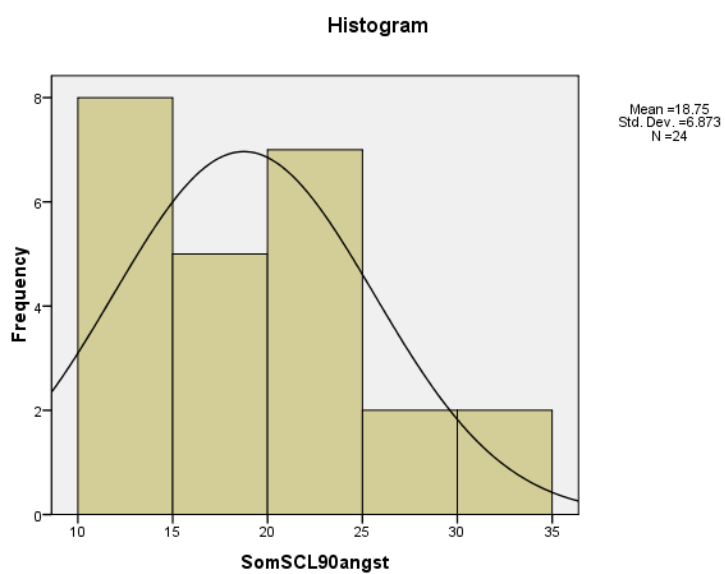
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSCL90angst	24	18.75	6.873	1.403

One-Sample T-test

One-Sample Test

	Test Value = 13.5					
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SomSCL90angst	3.742	23	.001	5.250	2.35	8.15

Figuur 1: Gecategoriseerde frequenties van de scores op de SCL-90 Angst-schaal



SCL-90 Depressie-schaal

Statistics

One-Sample Statistics

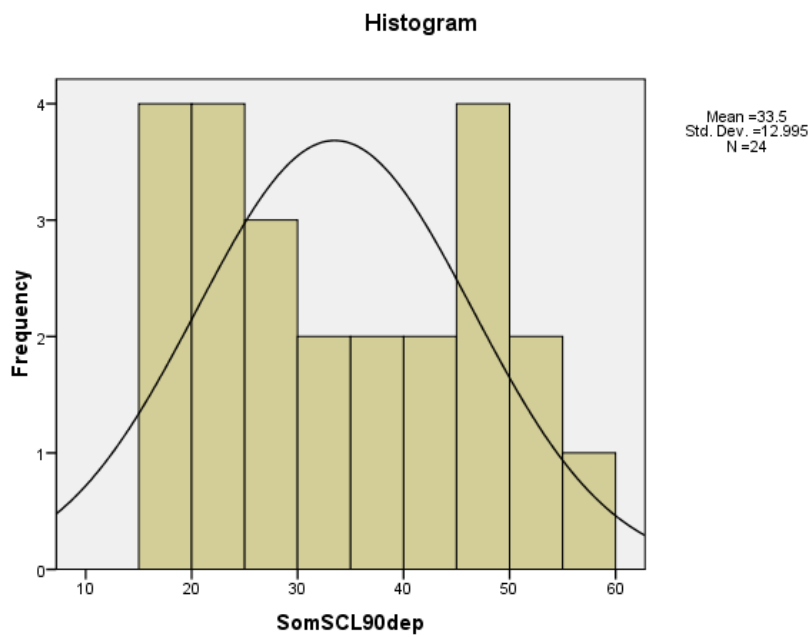
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSCL90dep	24	33.50	12.995	2.653

One-Sample T-test

One-Sample Test

	Test Value = 22.4					
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SomSCL90dep	4.185	23	.000	11.100	5.61	16.59

Figuur 2: Gecategoriseerde frequenties van de scores op de SCL-90 Depressie-schaal



State-Trait Anxiety Inventory/ Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI/ZBV)

Statistics

One-Sample Statistics

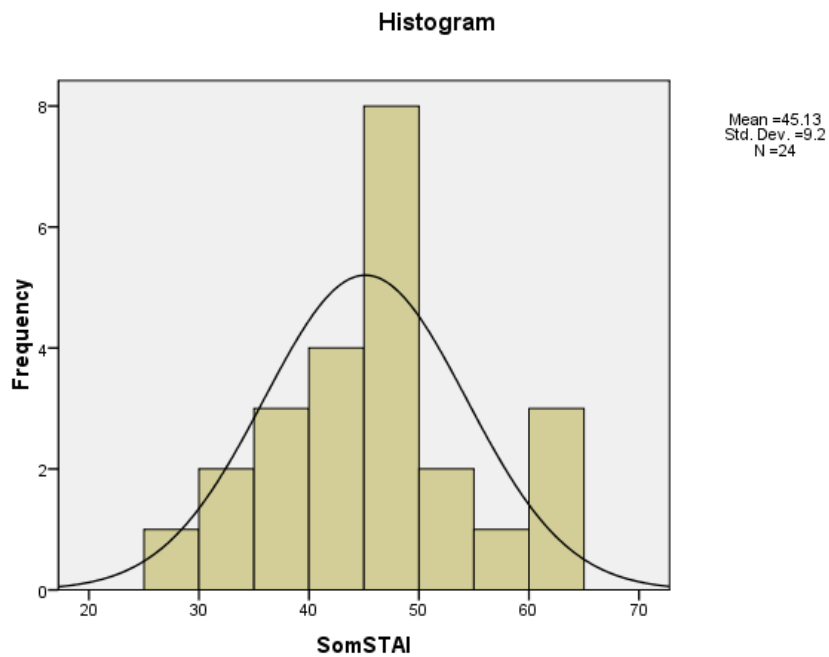
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSTAI	24	45.13	9.200	1.878

One-Sample T-test

One-Sample Test

	Test Value = 39.4					
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SomSTAI	3.049	23	.006	5.725	1.84	9.61

Figuur 3: Gecategoriseerde frequenties van de scores op de STAI/ZBV



Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)

Statistics

Descriptive Statistics

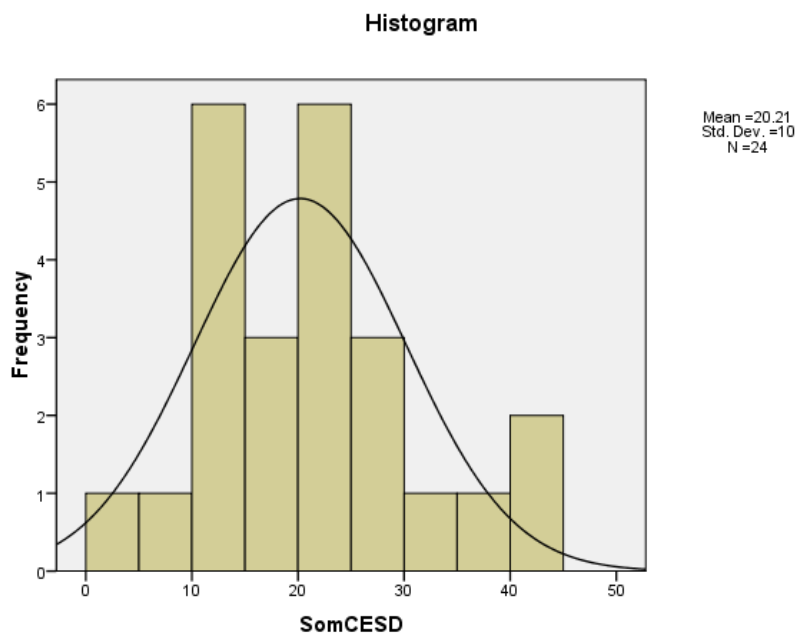
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SomCESD	24	20.21	10.000	3	41

Binomiaaltoets

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (1-tailed)
SomCESD	Group 1	<= 15	9	.375	.157	.008
	Group 2	> 15	15	.625		
	Total		24	1.000		

Figuur 4: Gecategoriseerde frequenties van de scores op de CES-D



Leeftijd

Statistics

Statistics

leeftijd		Proefpersoon	Leeftijd
N	Valid	24	24
	Missing	0	0
	Mean	12.50	27.71
	Std. Deviation	7.071	7.959
	Variance	50.000	63.346
	Minimum	1	19
	Maximum	24	54

Opleiding

Statistics

Statistics

N	Valid	24
	Missing	0
	Mean	2.83
	Std. Deviation	.868
	Variance	.754
	Minimum	1
	Maximum	4

Opleiding

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lager onderwijs	2	8.3	8.3	8.3
	mbo	5	20.8	20.8	29.2
	hbo	12	50.0	50.0	79.2
	wo	5	20.8	20.8	100.0
	Total	24	100.0	100.0	