

Master Thesis Klinische Psychologie

Religie en geestelijke gezondheid

De invloed van religie op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring onder drie etnische groepen



'Religie in het menselijk brein'

Marieke Winkel

Master Thesis Klinische Psychologie

Religie en geestelijke gezondheid

De invloed van religie op het psychisch welbevinden na
een schokkende gebeurtenis onder drie etnische groepen

Instituut | voor
Psycho | trauma



Auteur: M.H. Winkel
Studentnummer: 0441139

Supervisor: Prof. dr. R.J. Kleber
Masterprogramma Klinische- en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht

Begeleider: Mw. drs. A.N. Drogendijk
Instituut voor Psychotrauma, Diemen

Maart 2009

Voorwoord

Voor het schrijven van mijn Master thesis kreeg ik een tijdelijke werkplek bij het Instituut voor Psychotrauma, waar ik het erg naar mijn zin heb gehad. Mijn collega's bij het IvP wil ik dan ook graag bedanken voor de gezelligheid en morele ondersteuning. In het bijzonder wil ik mevr. drs. Annelieke Drogendijk bedanken voor haar begeleiding en hulp. Ook dank ik Slachtofferhulp Nederland voor het verstrekken van de cliëntgegevens voor het onderzoek en wil ik mijn thesisbegeleider prof. dr. Rolf Kleber bedanken voor zijn advies, feedback en tijd.

Utrecht, april 2009

Abstract

To date, the relationship between religion and mental health remains unclear. This study examines the influence of religion and religiosity on mental health, and the degree of acculturation of Victim Support Netherlands clients who have experienced a traumatic event. Socio-demographic variables as well as the nature of the traumatic event have been taken into account. A sample of 42 Antillean/Aruban, 118 Turkish and 77 indigenous Dutch clients of Victim Support Netherlands were interviewed and the results analysed. The mental health of the sample has been assessed with the Symptom Checklist-90 (SCL-90) and the Dutch version of the Impact of Events Scale (SVL). The degree of acculturation has been assessed by making use of the Lowlands Acculturation Scale (LAS). Results suggest that practicing a religion is not of any significant influence on the mental health of people after they have experienced a traumatic event. Also, the degree of religiosity, socio-demographic factors and the nature of the traumatic event have an insignificant influence. Finally, the results suggest that practicing a religion and the degree of religiosity is not of any significant influence on the degree of acculturation. However, due to the limited scope of this study and the complexity of the relation between the variables, one should interpret the results of this study with care. Further research on this topic is therefore necessary.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Theoretische achtergrond	8
2.1 <i>Migranten in Nederland</i>	8
2.2 <i>Acculturatie</i>	9
2.3 <i>Religie en religiositeit</i>	10
2.4 <i>Etniciteit, geestelijke gezondheid en religie</i>	12
2.5 <i>Implicaties voor huidig onderzoek</i>	16
3. Probleemstelling	17
3.1 <i>Onderzoeksvragen</i>	17
4. Methode	19
4.1 <i>Steekproef</i>	19
4.2 <i>Beschrijving van de steekproef</i>	19
4.3 <i>Procedure</i>	21
4.4 <i>Onderzoeksinstrument</i>	22
4.5 <i>Afhankelijke variabelen</i>	22
4.6 <i>Onafhankelijke variabelen</i>	23
4.7 <i>Statistische analyse</i>	24
5. Resultaten	25
6. Discussie	32
6.1 <i>Hypothesen</i>	32
6.2 <i>Beperkingen</i>	35
6.3 <i>Aanbevelingen</i>	35
7. Literatuur	37

1. Inleiding:

De relatie tussen religie en (geestelijke) gezondheid is een onderwerp dat de mensheid al decennia lang bezighoudt. Tientallen jaren geleden kwam de teneur dat religie ziekmakend is het sterkst naar voren. Er werd gedacht dat religieuze overtuigingen misleidend en schadelijk waren en schuld, angst en depressie tot gevolg hadden (Meissner, 1991 in Fiselier et al., 2006). De afgelopen twintig jaar is er een enorme hoeveelheid empirisch onderzoek verricht naar deze relatie (Koenig, 1998) en tegenwoordig wordt er vanuit gegaan dat de relatie tussen religie en (psychische) gezondheid eerder positief is (Moreira-almeida et al., 2006).

In een land als Nederland, waar ongeveer de helft van de bevolking gelovig is (SCP, 2006), speelt religie nog steeds een grote rol in het dagelijkse leven van veel mensen. Door migratie is de Nederlandse samenleving multicultureel geworden en is er sprake van culturele diversiteit. Deze diversiteit uit zich niet alleen in bijvoorbeeld culturele achtergrond en taal, maar ook in een groot verschil in religie. Met 27 procent heeft het Rooms-katholicisme de meeste aanhangers, de Protestanten volgen met 17 procent en 5,7 procent van de Nederlandse bevolking is Moslim (Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, 2006). Over de totale bevolking genomen rekent 60 procent van de autochtonen zichzelf tot een religie (CBS, 2008). Dit is minder dan onder de allochtone bevolking waar 99 procent van de Turken en Marokkanen religieus is en 90 tot 95 procent van de Antilliaanse en Surinaamse allochtone bevolking religieus zegt te zijn (Tubergen, 2003).

Deze culturele diversiteit brengt implicaties met zich mee; vraagstukken omtrent de geestelijke gezondheidszorg aan migranten steken in toenemende mate de kop op (Knipscheer & Kleber, 2005). Doordat migranten vaak te maken hebben met een lagere sociaal-economische positie en kwetsbaarder zijn door de '*condición migrante*' waarin ze zich bevinden, lopen ze meer risico om psychische problemen te ontwikkelen na een schokkende gebeurtenis dan autochtonen. Zo hadden de Turks-Nederlandse getroffen van de vuurwerkramp in Enschede na vier jaar significant meer last van depressieve- en angstklachten in vergelijking met de autochtone getroffen (Drogendijk et al., 2003; Drogendijk & Netten, 2008). Ook religie en culturele overtuigingen kunnen hierop van invloed zijn (Knipscheer & Kleber, 2004).

Hoewel onderzoek naar de relatie tussen religie en (geestelijke) gezondheid veelvuldig verricht wordt, blijft de aandacht voor de invloed van religie op de psychische gezondheid na een traumatische gebeurtenis achter. Chen en Koenig (2006) vonden in een grootschalige meta-analyse over 38 jaar (1966-2004) maar 11 onderzoeken die op deze relatie ingingen en de resultaten waren verre van eenduidig.

Het huidige onderzoek bekijkt of religie en religiositeit van invloed zijn op de mate van psychisch welbevinden en de mate van acculturatie onder cliënten van Slachtofferhulp Nederland (een laagdrempelige, actieve en gratis nuldelijns-zorgsysteem) die een schokkende ervaring hebben meegemaakt. Dit wordt gedaan door gebruik te maken van de onderzoeksgegevens uit het onderzoek onder de noemer 'Slachtofferhulp in een Kleurrijke Samenleving', uitgevoerd door het Instituut voor Psychotrauma in samenwerking met Slachtofferhulp Nederland (Drogendijk, Van der Velden & Kleber, 2009).

De volgende onderzoeksvragen worden geformuleerd:

- Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van psychisch welbevinden? Zijn de socio-demografische variabelen hier ook op van invloed?
- Is er een verband tussen generatie, religie en religiositeit op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring?
- Is er een verband tussen de aard van de schokkende gebeurtenis, religie, religiositeit en het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring? Is afkomst hierop van invloed?
- Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van acculturatie? Zijn socio-demografische variabelen hier op van invloed?

Allereerst zullen de begrippen migrant, religie, psychisch welbevinden en acculturatie uitgewerkt worden. Aansluitend zullen deze begrippen geoperationaliseerd worden, waarna de resultaten van de uitgevoerde analyses uitgewerkt worden. Vervolgens zullen de resultaten in de discussie besproken worden en zal er een conclusie gegeven worden. Afsluitend volgen de beperkingen van dit onderzoek samen met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2. Theoretische achtergrond

Dit onderzoek is geplaatst in een theoretisch referentiekader gebaseerd op zowel nationale als internationale literatuur en wordt hieronder beschreven. Om de leesbaarheid te bevorderen worden mensen afkomstig van Aruba geschaard onder de Antilliaanse groep. Tevens worden de begrippen allochtonen en etnische minderheden door elkaar gebruikt.

2.1 Migranten in Nederland

De etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking is de afgelopen jaren flink veranderd. Door de toenemende globalisering en de hiermee gepaarde migratie telt Nederland op 1 januari 2008 3,2 miljoen allochtonen, bijna 20 procent van de gehele bevolking (CBS, 2008; Foets et al., 2007). Deze groep is heterogeen en bestaat voor iets minder dan de helft uit personen van niet-westerse afkomst. Onder een niet-westerse allochtoon wordt het volgende verstaan: een persoon met als herkomstgroepering een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Op grond van hun sociaal-economische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend. Personen die in het buitenland zijn geboren en van wie tenminste één ouder ook in het buitenland is geboren worden gerekend tot de 1^e generatie, personen die in Nederland zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren of voor hun zesde levensjaar zijn geëmigreerd behoren tot de 2^e generatie allochtoon (CBS, 2008). De toename in etnische diversiteit is het meest zichtbaar in de grote steden. In Amsterdam is bijna de helft van de inwoners van allochtone afkomst. In Den Haag en Rotterdam ligt het percentage op bijna 40 procent en in Utrecht is ongeveer 20 procent van de inwoners van allochtone afkomst (CBS, 2008).

In dit onderzoek zijn twee etnische minderheden, Antillianen/Arubanen en Turken, opgenomen die onder andere in cultuur, achtergrond en religie van elkaar verschillen. Nederland telt in 2008 131 841 Antilliaanse en Arubaanse inwoners, die door de slechte economie op de eilanden eind jaren tachtig naar Nederland zijn gekomen om te werken of te studeren (Foets et al., 2007). Van deze groep behoren 78 968 personen tot de 1^e generatie allochtoon en 52 873 personen tot de 2^e generatie. De Turkse gemeenschap in Nederland is bijna drie keer zo groot en vormt hiermee de grootste niet-westerse migrantengroep. De migrantenstroom vanuit Turkije kwam vanaf de jaren vijftig op gang. De veelal mannelijke migranten kwamen naar Nederland als gastarbeider, nu arbeidsmigrant genoemd. Hoewel de meeste van deze gastarbeiders op tijdelijke basis kwamen, besloot een aanzienlijk deel tot een

permanent verblijf. In het kader van gezinshereniging kwamen vanaf het midden van de jaren zeventig ook hun vrouwen en kinderen naar Nederland (Foets et al., 2007).

2.2 *Acculturatie*

Aangekomen in het gastland stuit men vaak op een aantal moeilijkheden. Zo zijn gebruiken en taal vaak onbekend, is de sociaal-economische positie vaak lager dan die van de autochtone bevolking wat kan leiden tot discriminatie, kan de maatschappelijke status uit het land van herkomst niet gehandhaafd worden en is de behuizing van laag niveau. Tevens is er vaak sprake van verlieservaringen doordat bijvoorbeeld familie achtergelaten moest worden en kan de status van allochtoon op zich al een probleem zijn (Knipscheer & Kleber, 2005). Deze situatie wordt de '*condición migrante*' genoemd en staat voor de gecombineerde problemen van de gevolgen van migratie en de lage sociaal-economische status.

Onder invloed van de cultuur van het gastland komt er een proces op gang dat acculturatie wordt genoemd en beschreven kan worden als de veranderingen die optreden als gevolg van langdurig contact met andere culturen (Knipscheer & Kleber, 2005). Dit proces is onder te verdelen in vier *identiteitsstadia*, te noemen: integratie, assimilatie, separatie en marginalisatie. Van integratie wordt gesproken wanneer men streeft naar het behoud van de eigen cultuur, maar men wil ook deel uitmaken van de cultuur van het gastland. Van assimilatie wordt vooral gesproken wanneer men zich voornamelijk identificeert met de meerderheidscultuur, van separatie wanneer vastgehouden wordt aan de eigen cultuur en er geen contact is met de meerderheidscultuur. Als laatste kan marginalisatie beschreven worden als het ontbreken van identificatie met beide culturen. In de praktijk kenmerkt dit onderscheid zich door een gradueel verloop (Berry in Knipscheer & Kleber, 2005; Foets et al., 2007; Arends-Tóth, 2003). In welke categorie een persoon zich bevindt is afhankelijk van de mate waarin een groep contact aangaat met personen uit de dominante cultuur en de mate waarin men vasthoudt aan de eigen culturele identiteit, maar hangt ook af van zowel de minderheidsstrategie als de positie van de dominante groep. Berry (in Knipscheer & Kleber, 2005) beschouwt integratie als de meest succesvolle strategie om met culturele veranderingen om te gaan.

Het acculturatieproces kan een bron van stress zijn dat zich bijvoorbeeld uit door een verminderde eigenwaarde, gevoelens van angst en depressie (Foets, 2007), maar studies naar deze relatie zijn niet eenduidig. Uit onderzoek van Drogendijk et al. (2005) komt naar voren dat een geringe culturele aanpassing alsmede een negatieve houding ten opzichte van de dominante cultuur psychische klachten met zich meebrengt. Uit een onderzoek van Arends-

Tóth, (2003) komt naar voren dat 76,2 procent van Turkse mensen die in Nederland wonen geloven dat ze in Nederland meer kansen hebben in vergelijking met Turkije. Echter, wanneer gevraagd wordt of ze het hun landgenoten in Turkije zouden aanraden om in Nederland te komen wonen antwoord 63,2 procent 'nee'.

2.3 Religie en religiositeit

Voordat verder wordt ingegaan op de relatie geestelijke gezondheid en religie, zullen eerst de begrippen religie en religiositeit nader verklaard worden.

Religie kan als volgt beschreven worden: *'Religion is an organized system of beliefs, practices, rituals, and symbols designed to facilitate closeness to the sacred or transcendent (God, higher power, or ultimate truth/reality) and to foster an understanding of one's relationship and responsibility to others in living together in a community'* (Koenig, McCullough & Larson, 2001, p. 32). Doormiddel van symbolische ideeën en ceremonieën kan religie mensen beschermen tegen gevoelens van waardeloosheid en helpt het hun de wereld te begrijpen (Van der Lans in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996). Deze betekenisgeving wordt geregeld aangehaald door auteurs die de toename van vervreemding en demoralisatie wijten aan secularisatie en privatisering van religie.

Als men wil beschrijven hoe religie werkt is een meer functionele definitie nodig, waarin geloofsovertuigingen, emoties, praktijken en ervaringen wel onderzocht worden, maar waar de nadruk ligt op het gebruik ervan in het omgaan met problemen zoals betekenisgeving, de dood, eenzaamheid en onrechtvaardigheid. Het doel dat religie dient staat centraal (Kenis, 2005). Batson, Schoenrade en Ventis (1993, p. 36) geven de volgende definitie: *'whatever we as individuals do to come to grips personally with the questions that confront us because we are aware that we and others like us are alive and that we will die'*. Bellah (1970) beschrijft religie als: *'a set of symbolic forms and acts that relate man to the ultimate conditions of his existence'* (in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996, p. 107).

Wanneer religie wordt bestudeerd, wordt vaak de religiositeit bestudeerd, namelijk de manier hoe een persoon met religie omgaat. Hier zijn vier dimensies in te onderscheiden: de cognitieve dimensie, waar het gaat om de religieuze overtuigingen die algemeen passend zijn binnen de religieuze traditie waarin iemand is opgegroeid. De affectieve dimensie richt zich op de gevoelsmatige en intuïtieve betekenis van het geloof. De gedragsmatige dimensie gaat over het volgen van persoonlijke of gezamenlijke rituelen. Tot slot gaat de motivationele dimensie over de relevantie van het geloof voor iemands persoonlijke leven (Braam et al., 2003).

De etnische minderheden opgenomen in dit onderzoek verschillen naast hun taal, cultuur en gebruiken ook in hun religie en religiositeit. In Turkije, waar 99 procent van de bevolking Moslim is, neemt religie een belangrijke plaats in; cultuur en samenleving worden er in grote mate door beïnvloed. Op de Nederlandse Antillen is de bevolking overwegend Katholiek (80 procent) of in mindere mate Protestants (8 procent) en alhoewel ook hier religie een grote rol speelt is de religiositeit onder de Turkse bevolking groter (Tubergen, 2003). Tubergen (2003) denkt dat de religiositeit van migranten niet veel verschilt van de personen in het land van herkomst. Zoals hierboven beschreven is 99 procent van de Turkse bevolking Moslim, tegenover 88 procent van de Antillianen die overwegend Katholiek zijn. In Nederland kunnen we er dus vanuit gaan dat Turkse mensen meer gelovig zijn dan Antillianen (Tubergen, 2003).

De leeftijd waarop gemigreerd wordt, speelt ook mee in de mate van religiositeit. De religieuze context van een land bepaalt voor een aanzienlijk deel de religieuze socialisatie en dus zijn mensen die op latere leeftijd hun herkomstland hebben verlaten sterker gevormd door de heersende normen en waarden in het herkomstland. Doordat Nederland sterker is gesecculeerd dan Turkije en de Nederlandse Antillen zal een hogere leeftijd op het moment van migratie positief samenhangen met een sterkere religiositeit, een lagere leeftijd op het moment van migratie met lagere religiositeit (Tubergen, 2003). Hieruit valt af te leiden dat 2^e generatie migranten een minder sterkere religiositeit hebben dan 1^e generatie migranten omdat ze onder de leeftijd van zes jaar waren op het moment van migratie, of omdat ze in Nederland zijn geboren. Tevens is de religiositeit over het algemeen lager, naarmate men meer geïntegreerd is (Tubergen, 2003).

Ook het behaalde opleidingsniveau speelt een rol in de mate van religiositeit. Onderzoek toont aan dat een hoger opleiding de sterkte van geloofsopvattingen vermindert (Te Grotenhuis, 1998 in Tubergen, 2003). Tubergen (2003) neemt aan dat hoger opgeleide migranten meer geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving dan lager opgeleiden.

Tevens wordt er vaak aangenomen dat de religiositeit van vrouwen vaak groter is dan die van mannen. Hierbij kan echter opgemerkt worden dat deze bevinding vaak gebaseerd wordt op onderzoek onder autochtone populaties met christelijke geloofsrichtingen. Voor Islamieten geldt namelijk dat door bepaalde gedragsregels mannen vaak meer betrokken zijn bij het geloof. Of dit voor Nederland ook geldt is echter nog niet duidelijk (Tubergen, 2003).

2.4 *Etniciteit, geestelijke gezondheid en religie*

Uit onderzoek blijkt dat allochtonen meer risico lopen psychische problemen te ontwikkelen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis dan autochtonen. Zo had bijvoorbeeld driekwart van de Turks-Nederlandse getroffen en van de vuurwerkcramp in Enschede na vier jaar significant meer last van depressieve- en angstklachten in vergelijking met de autochtone getroffen en (Drogendijk et al., 2003; Drogendijk & Netten, 2008). Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag. Bijvoorbeeld de sociaal-economische positie, de '*condición migrante*' en een culturele diversiteit in ziektegedrag en besef (Knipscheer & Kleber, 2004; Knipscheer, 2000). Ook minorisering en maatschappelijke uitsluiting spelen een rol, omdat door deze omstandigheden zij een groter risico lopen chronische stressklachten en psychopathologie te ontwikkelen (Drogendijk & Netten, 2008). Tevens is de prevalentie van sommige ziekten hoger onder allochtone groepen wanneer zij vergeleken worden met de autochtone groep. Deze verschillen moeten volgens Foets et al. (2007) primair gezocht worden in een scheve verdeling van specifieke risico factoren. Hier wordt mee bedoeld dat gezondheidsproblemen van diverse etnische groepen verschillen, omdat factoren die het ontstaan van gezondheidsproblemen beïnvloeden, in bepaalde groepen meer of juist minder voorkomen (Foets et al., 2007). Bovendien kunnen taal- en cultuurverschillen tussen hulpverleners en hulpzoekenden een beperkende rol spelen in nazorg en de effectiviteit van de geboden hulp (Drogendijk & Netten, 2008). Echter, allochtonen kunnen ook factoren meenemen uit hun migratie die juist bescherming kunnen bieden wanneer ze te maken krijgen met een schokkende gebeurtenis. Zo kunnen eerdere ervaringen met schokkende gebeurtenissen succesvolle strategieën opleveren en migratie biedt vaak toegang tot meerdere culturen zodat oplossingsstrategieën divers kunnen zijn. Acculturatiekarakteristieken zoals sociale integratie, het hebben van praktische kennis over verschillende zaken uit de Nederlandse samenleving en het gedeeltelijk vasthouden aan culturele tradities uit het herkomstland zijn tevens beschermende factoren voor psychosociaal welbevinden. Zo zijn migranten soms beter uitgerust wanneer ze een schokkende ervaring meemaken. Onderzoek hiernaar is echter nog niet coherent (Drogendijk & Netten, 2008).

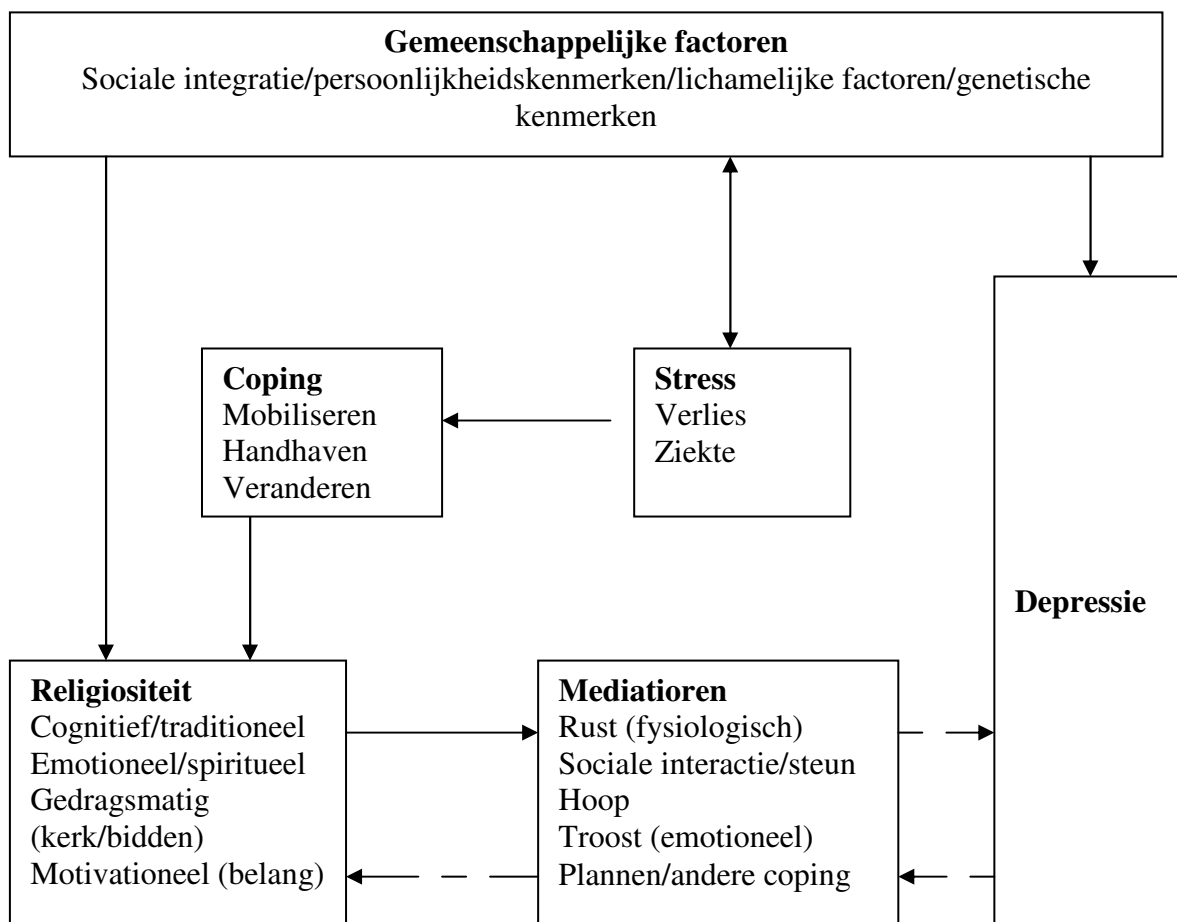
Geestelijke gezondheid wordt in dit onderzoek onderzocht door de mate van psychisch welbevinden. Het begrip psychisch welbevinden kan op verschillende manieren omschreven worden. Zo geeft Fortmann (in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996, p. 133) de volgende definitie: '*the ability (freedom!) to realize oneself (e.g. in work) and to lose oneself*'. De World Health Organisation stelt psychisch welbevinden als: '*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of*

life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community'. Psychisch welbevinden kan dus gezien worden als de basis voor welzijn en het effectief functioneren van een individu en de gemeenschap (World Health Organisation, 2007). Religie en psychisch welbevinden kunnen in verschillende relaties tot elkaar staan. Argyle en Beit-Hallahmi (in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996) zien religie als een factor die het individu geluk en voorspoed kan brengen. Maar religie kan tevens gezien worden als een vorm van psychopathologie, in ieder geval als een factor die tot onaangepast gedrag leidt. Ook kan religie begrepen worden als een factor die emotioneel onstabiele mensen kan helpen uit hun problemen te komen. Paloutzin (in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996) geeft vier mogelijkheden: 1. mensen met psychische stoornissen wenden zich tot een religie in de hoop hun problemen een halt toe te roepen. 2. religie maakt gezonde mensen ongezond. 3. sommige vormen van religie zijn pathologisch, andere vormen zijn juist goed voor het welbevinden. 4. er is geen relatie tussen religie en het psychisch welbevinden. Koenig et al. (2001 in Kenis, 2006) voerden een analyse uit over 100 studies die de relatie tussen religie, spiritualiteit en psychisch welbevinden. Zij vonden in 79 procent van deze studies ten minste één positieve correlatie tussen deze variabelen.

Ellis, Freud en Skinner waren van mening dat religie een negatieve invloed heeft op de gezondheid. Freud noemde religie *'the universal obsessional neurosis of humanity'*. Hij meende dat religie voortkwam uit het Oedipus complex (Koenig et al., 2001). Hij noemde religie een illusie, voortkomend uit een vorm van wensvervulling in plaats van redengeving. Skinner had de overtuiging dat religie gezien moest worden als elke andere vorm van gedrag en dat het alleen maar voortkwam uit een vorm van bekrachtiging (Haque, 2001). Ook Ellis was overtuigd van de negatieve invloed van religie op gezondheid. Volgens hem was religie significant gecorreleerd aan emotionele onrust. Religie zou zelfacceptatie en zelfinteresse ontmoedigen, intolerantie in de hand werken en gezonde verhoudingen tussen mensen moeilijk maken (Koenig et al., 2001). Tegenwoordig wordt vooral uitgegaan van de positieve invloed die religie op (geestelijke) gezondheid heeft. Prominente personen uit de wetenschap zoals Seligman, hoofd van de American Psychological Association en Harvard professor Benson ondersteunen dit. Witters et al. (in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996) publiceerden een kwantitatieve meta-analyse van 28 studies, uitgevoerd over vijftig jaar. Hieruit bleek dat religie 2 tot 6 % van de variatie in de geestelijke gezondheid van volwassen verklaarde. Door Braam (Uit Braam, 2003) is aangetoond dat onkerkelijke Nederlandse ouderen meer depressieve klachten ondervinden dan kerkelijke. Amerikaans onderzoek toonde aan dat positieve religieuze gevoelens samengingen met minder depressieve

symptomen (Fry, 2000 in Braam, 2003). In een Australisch en Nederlands onderzoek werd echter het tegendeel gevonden (Braam, 2002). Schnittker (2001, in Braam, 2003) stelde vast dat religie en religiositeit samen hangt met depressiviteit en dat dit gold voor mensen die bij het belang van geloof rond het gemiddelde scoorden. Wanneer mensen juist weinig of heel veel belang aan hun religie hechten, dan werd er bij hun meer depressiviteit geconstateerd. Kerkbezoek hangt over het algemeen samen met een lagere mate van depressiviteit.

Braam (2003) onderzocht de relatie tussen depressie en religiositeit en vond gemeenschappelijke factoren en mediators. Deze zijn opgenomen in figuur 1. De gemeenschappelijke factoren worden verondersteld depressie en religiositeit beide te beïnvloeden en zijn bijvoorbeeld lichamelijke factoren, sociale integratie en persoonlijkheidskenmerken. Mediators worden door religiositeit teweeggebracht en beïnvloeden op hun beurt het optreden van depressie. Onder mediators vallen de fysiologische beïnvloeding van het stresssysteem (doormiddel van rust of inspanning), cognities zoals hoop, sociale interactie in de vorm van een steunsysteem en emoties. Met name de mediërende mechanismen kunnen worden aangesproken voor religieuze coping stijlen (Braam, 2003).



Figuur 1. Plaatsbepaling van religiositeit in het stress-kwetsbaarheidmodel van depressie (Uit Braam, 2003).

Over het algemeen genomen is religie een minder goede voorspeller voor psychisch welbevinden dan inkomen, gezondheid, familie, beroepsstatus en neuroticisme, maar een betere voorspeller dan leeftijd, geslacht en ras (Van der Lans in Grzymala-Moszczyńska & Beit-Hallahmi, 1996). Wel is het belangrijk deze resultaten met enige terughoudendheid te interpreteren. De gevonden positieve correlaties sluiten niet uit dat religie het psychisch welbevinden ook negatief kunnen beïnvloeden. In veel van de studies meegenomen in de meta-analyse werd namelijk gebruik gemaakt van open vragen. Mensen werden direct gevraagd of religie hen hielp. Bij dit soort vragen bestaat het gevaar dat mensen sociaal-wenselijke antwoorden. Ook kan het zijn dat mensen positief antwoorden met als achterliggende gedachte hun geloof te behouden, het zogenoemde ‘keep the faith’ (Pargament, 1997).

2.5 Implicaties voor huidig onderzoek

In dit onderzoek zijn twee etnische minderheden opgenomen die in een aantal aspecten van elkaar verschillen. Zo verschillen ze in taal en cultuur, maar ook in gebruiken, religie en religiositeit. Turkse mensen zijn overwegend Moslim en vinden religie belangrijk. De Antilliaanse bevolking is vooral Katholiek en zijn minder religieus dan Turken. In navolging van Tubergen (2003) gaan we er in dit onderzoek vanuit dat Turkse mensen meer gelovig zijn in vergelijking met Antilliaanse mensen. Tevens baseert dit onderzoek zich op de theorie dat 1^e generatie migranten religieuzer zijn dan 2^e generatie migranten. Ook blijkt uit voorafgaande dat allochtonen meer risico lopen psychische problemen te ontwikkelen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis dan autochtonen. Religie en psychisch welbevinden kunnen in verschillende relaties tot elkaar staan, echter in dit onderzoek gaan we uit van de positieve invloed van religie op de (geestelijke) gezondheid.

3. Probleemstelling

Het huidige onderzoek richt zich op de relatie tussen religie, acculturatie en psychisch welbevinden. Onderzoek naar de relatie tussen religie en (geestelijke) gezondheid is veelvuldig aanwezig, onderzoek tussen deze relatie na het meemaken van een schokkende gebeurtenis blijft echter achter (Chen & Koenig, 2006).

Het onderzoek is uitgevoerd onder Turkse en Antilliaanse/Arubaanse mensen die, na het meemaken van een schokkende gebeurtenis, in contact zijn gekomen met Slachtofferhulp Nederland. Een autochtone groep cliënten is opgenomen als vergelijkingsgroep. De Turkse groep is opgenomen omdat zij de grootste groep niet-westerse migranten in Nederland vormen en onder de Antilliaanse/Arubaanse gemeenschap is nog weinig onderzoek verricht naar slachtofferschap.

Uit de literatuur valt op te maken dat religie over het algemeen een positieve invloed heeft op het psychisch welbevinden. Hierom wordt er in dit onderzoek veronderstelt dat slachtoffers met een religie en een hogere mate van religiositeit een hoger psychisch welbevinden rapporteren. De mate van religiositeit, of het geloofsbelang, hangt samen met een aantal factoren, eerder beschreven in de theoretische achtergrond. Zo hangen leeftijd en opleiding positief samen met religiositeit en bezitten Turkse migranten en vrouwen vaker een religie en hebben een hogere mate van religiositeit. Tevens kan gesteld worden dat 1^e generatie migranten een sterkere religiositeit hebben dan 2^e generatie migranten.

3.1 Onderzoeksvragen:

Onderstaand worden de onderzoeksvragen weergegeven met daaronder schuin gedrukt de te toetsen hypothesen:

- Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van psychisch welbevinden?
Zijn de socio-demografische variabelen hier ook op van invloed?
- *Slachtoffers met religie en een hoge mate van religiositeit zullen een hoger psychisch welbevinden rapporteren dan slachtoffers die geen religie hebben. Bij een hogere leeftijd en een vrouwelijk geslacht zal de invloed groter zijn.*
- Is er een verband tussen generatie, religie en religiositeit op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring?
- *1e generatie migranten zullen meer steun ondervinden van hun religie en religiositeit in vergelijking met 2e generatie migranten.*

- Is er een verband tussen de aard van de schokkende gebeurtenis, religie, religiositeit en het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring? Is afkomst hierop van invloed?
- *Wanneer het delict van ernstigere aard is zal de invloed van religie groter zijn. Turken en Antillianen/Arubanen somatiseren meer en rapporteren meer posttraumatische klachten.*
- Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van acculturatie? Zijn socio-demografische variabelen hierop van invloed?
- *De mate van acculturatie zal lager zijn wanneer er meer belang aan het geloof wordt gehecht.*

4. Methode

4.1 Steekproef

De respondenten zijn in 2006 (8 %), 2007 (67,1 %) of 2008 (12,7 %) in aanraking geweest met Slachtofferhulp Nederland, na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. De respons was 45 procent onder Antilliaanse/Arubaanse cliënten en 58 procent onder cliënten van Slachtofferhulp Nederland met een Turkse achtergrond.

4.2 Beschrijving van de steekproef

In de analyses is gebruik gemaakt van de gegevens van 42 Antilliaanse/Arubaanse cliënten, 118 Turkse cliënten en 77 autochtone cliënten. Wanneer gekeken wordt naar sekse zijn de Antilliaanse/Arubaanse cliënten ongeveer gelijk verdeeld, namelijk 47,6% mannen, tegenover 52,4 % vrouwen. De Turkse groep bestond uit 61 % mannen, tegenover 39 % vrouwen en de autochtone groep uit 39 % mannen, tegenover 61 % vrouwen. Bij de autochtone groep ligt de gemiddelde leeftijd beduidend hoger, namelijk 48,45 % (SD 15,70) tegenover 38,93 % (SD 11,58) bij de Antilliaanse/Arubaanse groep en 34,87 % (SD 18,79) bij de Turkse groep. Met 29,9 % heeft de autochtone groep het hoogste percentage cliënten met een hogere opleiding. Bij de Turkse en Antilliaanse/Arubaanse cliënten is dit respectievelijk 10,2% (34,11% van de autochtone groep) en 4,8 % (16,05% van de autochtone groep) (zie tabel 1). Deze percentages komen aardig overeen met de algehele bevolking (allochtonen 24,82 % van de autochtonen) (CBS, 2008). De verdeling qua generaties tussen de Antilliaanse/Arubaanse en Turkse groep komt tevens aardig overeen (zie tabel 1).

Tabel 1. Demografische gegevens cliënten

	Antilliaanse/Arubaanse cliënten (N=42)		Turkse cliënten (N=118)		Autochtone cliënten (N=77)	
	%		%		%	
Sekse						
Man	47,6		61		39	
Vrouw	52,4		39		61	
Opleiding						
Geen	4,8		0,8		3,9	
Basis	19		26,3		3,9	
Middelbaar	71,4		62,7		59,8	
Hoger	4,8		10,2		29,9	
Generatie	(N=24)		(N=64)			
1e	54,2		57,8			
2e	45,8		42,2			
Leeftijd	M	SD	M	SD	M	SD
	38,93	15,702	34,87	11,579	48,45	18,79

Onder de Antilliaanse/Arubaanse cliënten heeft 71,4 % wel een religie en 23,8 % niet. De verdeling onder de Turkse cliënten is respectievelijk 99, 2 % en 0,8 %. Het hebben van wel of geen religie ligt onder de autochtone cliënten beduidend lager, namelijk respectievelijk 50,6 % en 44,2 % (zie tabel 2). Van de cliënten die wel een religie hebben vindt de Turkse groep (58,8%), in vergelijking met de Antilliaanse/Arubaanse cliënten en de autochtonen, hun religie het belangrijkste, maar geven ze tegelijkertijd ook het meest aan hun religie niet belangrijk te vinden (52%) (zie tabel 2).

Tabel 2 Religie en religiositeit

	Antilliaanse/Arubaanse cliënten (N=42)	Turkse cliënten (N=118)	Autochtone cliënten (N=77)
	%	%	%
Religie			
Protestants	0	0	22,1
Rooms Katholiek	61,9	0,8	24,7
Moslim Soennitisch	9,5	94,1	1,3
Moslim Alevetisch	0	4,2	0
Joods	0	0	2,6
Geen geloof	23,8	0,8	44,2
Anders	4,8	0	5,2
Belang	(N=41)	(N=118)	(N=44)
Niet belangrijk	24,4	17,8	22,7
Belangrijk	75,6	82,2	71,3

De cliënten zijn in aanraking gekomen met Slachtofferhulp na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Deze gebeurtenissen variëren sterk. Onder de Antilliaanse/Arubaanse cliënten was het meemaken van een overval de meest genoemde schokkende gebeurtenis (16,7 %). De Turkse en autochtone cliënten rapporteerde het meemaken van een ernstige bedreiging het meest als schokkende gebeurtenis (26,3 %) en (20 %) (zie tabel 3).

Tabel 3 Schokkende gebeurtenissen

	Antilliaanse/Arubaanse cliënten (N=42) %	Turkse cliënten (N=118) %	Autochtone cliënten (N=75) %
Schokkende gebeurtenis			
<i>Ernstige bedreiging</i>	19	26,3	20
<i>Overval</i>	16,7	11,9	8
<i>Beroving</i>	11,9	5,9	8
<i>Aanranding</i>	0	1,7	1,3
<i>Verkrachting</i>	2,4	1,7	4
<i>Inbraak in eigen huis</i>	4,8	10,2	17,3
<i>Verkeersongeval</i>	19	10,2	20
<i>Arbeidsongeval</i>	0	0	4
<i>Oplichting</i>	2,4	0,8	0
<i>Geweld</i>	9,5	15,3	0
<i>Zelfdoding</i>	0	0	1,3
<i>Anders</i>	14,3	16,1	16

4.3 Procedure

De onderzoeksgegevens werden verkregen door een steekproef op basis van achternaam te nemen uit het cliëntenbestand van Slachtofferhulp Nederland. Dit is uitgevoerd door het Instituut voor Psychotrauma. De respondenten uit de steekproef hadden in 2007 contact gehad met Slachtofferhulp Nederland nadat zij slachtoffer waren geworden van een delict of verkeersongeval en zijn benaderd volgens een opting-out methode. Deze methode houdt in dat respondenten via verschillende wegen kunnen aangeven wel of niet mee te willen werken aan het onderzoek. Het merendeel van de respondenten is woonachtig in de Randstad, te noemen Rotterdam (34 %), Amsterdam (24,4 %) en Utrecht (14,7 %). Aan de respondenten werd vooraf gevraagd of zij voorkeur hadden voor een allochtone interviewer. Alle interviews zijn mondeling afgenomen door een Turks-Nederlands- of een Papiamentto sprekende interviewer. De autochtone vergelijkingsgroep is benaderd doormiddel van een brief met bijgevoegd een vragenlijst. Wanneer deze vragenlijst werd ingevuld en teruggestuurd kregen de participanten voor deelname aan het onderzoek een waardebon ter waarde van 10 euro thuis gestuurd.

4.4 Onderzoeksinstrument

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksgegevens verkregen uit het onderzoeksproject onder de noemer 'Slachtofferhulp in een Kleurrijke Samenleving'. Dat onderzoek wil inzicht krijgen in de verwachtingen en ervaringen die allochtonen hebben omtrent de hulp geboden door Slachtofferhulp Nederland, alsmede de ervaringen en problemen van de medewerkers. Het onderzoek wordt uitgevoerd middels een explorerend kwalitatief onderzoek onder focusgroepen en een vergelijkend kwantitatief onderzoek onder slachtoffers die gebruik maken van slachtofferhulp. Het kwantitatieve onderzoek kent twee meetmomenten (voor en na slachtofferhulp) uitgevoerd onder een steekproef over drie verschillende etnische groepen (Antilliaans/Arubaans, Turks en autochtoon). Huidig onderzoek maakt gebruik van de gegevens verkregen uit het kwantitatieve onderzoek.

4.5 Afhankelijke variabelen

Psychisch welbevinden

De mate van psychisch welbevinden is gemeten door het inventariseren van de gezondheidsklachten. Dit is gedaan doormiddel van afname van de Nederlandse versie van de Symptom Check List (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). Deze lijst bestaat uit acht subschalen (agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen). In het onderzoek zijn vier subschalen opgenomen, namelijk: angst, depressie, somatische klachten en hostiliteit. Een 5-punts Likert schaal is gebruikt om aan te geven in welke mate de participant het eens was met de stelling. De vijf items liepen van 1=helemaal niet, tot 5=heel erg. Normtabellen behorend bij de SCL-90 voor de normale populatie zijn gebruikt voor de berekening van percentages. Een totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (psychoneurotisme). Scores op de dimensies geven een beeld van de aard van de klachten waaraan een patiënt lijdt. De totaalscore op het instrument geeft een indicatie van de ernst van de psychopathologie. Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed. De Cronbach's alfa is 0,92 (Arrindell and Ettema, 1986).

Tevens zijn de scores op de Schokverwerkingslijst (SVL) meegenomen. De SVL inventariseert in hoeverre mensen op dit moment bezig zijn met het verwerken van de ingrijpende gebeurtenis. Door middel van 15 items wordt nagegaan in hoeverre slachtoffers overweldigd worden door herinneringen aan de schokkende ervaring of juist deze herinneringen uit de weg gaan. Dit zijn respectievelijk de subschaal herbeleving en de

subschaal vermijding. Als maat voor interne consistentie is Cronbach's alfa berekend. De alfa voor de totale schaal was .71, de subschaal herbeleving gaf een subschaal van .72 en de subschaal vermijding een alfa van .66 (Brom & Kleber, 1985).

Acculturatie

De mate van acculturatie is gemeten met behulp van de Lowlands Acculturation Schale (LAS) (Mooren et al., 2001). In de LAS zijn 27 stellingen opgenomen, die onder verdeeld kunnen worden in vijf subschalen, achtereenvolgens: Tradities', Normen en waarden, Verlies, Vaardigheden en Sociale integratie. De schaal Traditie richt zich op het behoud van eigen cultuur en gewoonten en bestaat uit vier items. De schaal Normen en waarden bestaat uit zes items en richt zich op de normen en waarden van de participant. De schaal Verlies gaat over gevoelens van heimwee of gemis en omvat zeven items. De schaal Vaardigheden richt zich op de praktische vaardigheden die toepasbaar zijn in de Nederlandse samenleving en bestaat uit zes items. Tenslotte richt de schaal Sociale integratie zich op het sociale contact met autochtone Nederlanders. Met behulp van een 6-punts Likertschaal kan de participant aangeven in hoeverre hij het eens is met de stellingen. De 6 items lopen van 1= helemaal niet van toepassing, tot 6= heel erg van toepassing. De totaalscores zijn ingedeeld in drie categorieën: laag-, middel- en hoog geaccultureerd (Knipscheer & Kleber, 2007).

4.6 Onafhankelijke variabelen

Religie

De variabele religie is geoperationaliseerd door de vraag: *'Wat is uw geloof?'* Participanten kunnen hun religie kenbaar maken door het aankruisen van een van de volgende mogelijkheden: Protestant (Gereformeerd/Hervormd of Reformatorisch), Katholiek, Moslim (Soenitisch), Moslim (Alevitisch), Joods, geen geloof of anders, namelijk:...

Religiositeit

De religiositeit of de mate van geloof is gemeten met de vraag: *'Hoe belangrijk is het geloof voor u?'* Gekozen kan worden uit: Heel belangrijk, belangrijk, een beetje belangrijk, niet belangrijk of anders, namelijk:..Wanneer bij de vraag *'Wat is uw geloof'* gekozen was voor de optie 'geen geloof' konden de participanten de vraag *'Hoe belangrijk is het geloof voor u?'* overslaan.

Aard van de schokkende gebeurtenis

De aard van de schokkende gebeurtenis is onderzocht door middel van dertien mogelijkheden die de participanten konden aankruisen. Deze mogelijkheden zijn: bedreiging, overval, beroving, gijzeling, aanranding, verkrachting, inbraak, verkeersongeval, arbeidsongeval, brand, zelfdoding, geweld of anders. Voor de beantwoording van de derde hypothese is een indeling gemaakt in vier categorieën, te noemen: lichamelijk geweld, seksueel geweld, ongeval en anders.

Demografische variabelen

De demografische variabelen meegenomen in dit onderzoek zijn geslacht, leeftijd, afkomst en opleiding.

4.7 Statistische analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma *Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS 16.00 for Windows). De eerste hypothese is onderzocht doormiddel van een onafhankelijke t-toets en een Pearsons Product-Moment correlatie. De invloed van de socio-demografische variabelen zijn onderzocht middels een hiërarchische multiële regressieanalyse. Om de tweede en derde hypothese te toetsen is een twee-weg variantie analyse uitgevoerd. De vierde hypothese is getoetst middels een onafhankelijke t-toets, de socio-demografische variabelen zijn meegenomen in een hiërarchische multiële regressieanalyse.

5. Resultaten

- *Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van psychisch welbevinden? Zijn de socio-demografische variabelen hier ook op van invloed?*

In tabel 4 zijn de psychische problemen per etnische groep opgenomen. Hieruit blijkt dat voor alle groepen de percentages angstklachten, depressieve klachten, somatische klachten en posttraumatische klachten bij de personen met geloof hoger liggen dan bij de personen zonder geloof. Alleen voor hostiliteitklachten geldt dat bij de Antilliaanse/Arubaanse groep de mensen met geloof een hoger percentage rapporteren. Geen van deze percentages zijn echter significant.

Tabel 4 Psychische problemen per etnische groep

	Antilliaanse/Arubaanse cliënten (N=36) %	Turkse cliënten (N=115) %	Autochtone cliënten (N=77) %
Psychische problemen*			
<i>Angst klachten</i>			
Wel geloof	20,5	35,2	32,5
Geen geloof	16,7	0	28,5
Totaal	37,5	35,2	61
<i>Depressieve klachten</i>			
Wel geloof	29,1	39	37,3
Geen geloof	16,7	0	25,7
Totaal	44,8	39	63
<i>Somatische klachten</i>			
Wel geloof	16,6	23,8	34,9
Geen geloof	0	0	20
Totaal	16,6	23,8	54,9
<i>Hostiliteitklachten</i>			
Wel geloof	20,8	27	30,2
Geen geloof	33,4	0	20
Totaal	53,8	27	50,2
Posttraumatische klachten**			
Wel geloof	28,7	31,1	34,6
Geen geloof	25,3	0	22,3
Totaal	54	31,1	56,9

* Er is geen significant verschil

** Voor de score van de SCL-90 en de score op de SVL zijn de normgroepen Hoog en Zeer hoog samengevoegd.

Om de somscores op de subschalen van de SCL-90 en de somscore van de SVL te vergelijken voor de groep met en de groep zonder religie is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd. Voor de subschaal depressie is geen significant verschil gevonden voor het hebben van een religie (M=2.04, SD=1.25) of het hebben van geen religie (M=1.74, SD=1,13; $t(212)=1.45$, $p=.15$). Voor de subschaal angst is er tevens geen significant verschil gevonden voor het hebben van een religie (M=2.03, SD=1.16) geen religie (M=1.86, SD=1.16; $t(212)=.88$, $p=.38$). De subschaal hostiliteit geeft eenzelfde beeld weer, namelijk wel een religie (M=1.90, SD=1.45) en geen religie (M=1.83, SD=1.08; $t(212)=.35$, $p=.73$). Ook voor de subschaal somatisatie is geen significant verschil gevonden tussen het hebben van een religie (M=1.67, SD=1.11) en de groep zonder religie (M=1.52, SD=.94; $t(212)=.86$, $p=.40$). Ook de somscore van de SVL laat geen significant verschil zien voor de groep met een religie (M=1.35, SD=.48) en de groep zonder religie (M=1.31, SD=.47; $t(206)=.49$, $p=.63$).

De samenhang van religiositeit met het psychisch welbevinden is onderzocht door te kijken naar de subschalen van de SCL-90 en de totaalscore op de SVL, gebruikmakend van Pearsons Product-Moment correlatiecoëfficiënt. Er is geen significante relatie tussen alle subschalen van de SCL-90 en religiositeit. Ook de relatie tussen de totaalscore op de SVL en de religiositeit is niet significant (zie tabel 5).

Tabel 5 Samenhang tussen religiositeit de subschalen van de SCL-90 en de somscore op de SVL.

	Depressie (N=236)	Angst (N=236)	Somatisatie (N=236)	Hostiliteit (N=236)	Posttraumatische stress (N=196)
Religiositeit	-.056	.021	.010	-.074	-.031

Om de invloed van leeftijd op het psychisch welbevinden voor de groepen met en zonder religie te bepalen is een een-weg co-variantieanalyse uitgevoerd. De subschalen depressie, hostiliteit, angst en somatisatie geven geen significante verschillen weer ($F(1)=2.7$, $p=.10$, partial eta squared=.01) ($F(1)=.20$, $p=.66$, partial eta squared=.001; $F(1)=.97$, $p=.33$, partial eta squared=.004; $F(1)=1.3$, $p=.26$, partial eta squared=.006). Ook de somscore van de SVL laat geen significant verschil zien ($F(1)=.54$, $p=.45$, partial eta squared=.003). De variabele leeftijd heeft dus op alle subschalen van de SCL-90 en de somscore van de SVL geen significante invloed voor de groep met of zonder religie. Om de invloed van de variabele geslacht op het psychisch welbevinden te onderzoeken is een multi-pele regressieanalyse uitgevoerd. De variabele geslacht heeft op geen van de subschalen van de SCL-90 en de somscore van de SVL een significante invloed.

- *Is er een effect van generatie en religie op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring? Is religiositeit hier ook op van invloed?*

Om te bepalen wat het effect is van generatie en religie op het psychisch welbevinden, gemeten door de subscores van de SCL-90 en de somscore van de SVL, is een twee-weg tussen groepen variantieanalyse uitgevoerd.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele generatie ($F(1, 88)=.33$, $p=.57$), de variabele religie ($F(1,88)=1.9$, $p=.17$) alsmede het interactie-effect ($F(1, 88)=.71$, $p=.40$) op de subschaal depressie.

Er is tevens geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele generatie ($F(21, 88) =.07$, $p=.79$), de variabele religie ($F=1, 88)=3.15$, $p=.08$) alsook het interactie-effect ($F(1, 88)=.74$, $p=.39$) op de subschaal angst.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele generatie ($F(1, 88)=.53$, $p=.47$), de variabele religie ($F=1, 88)=.92$, $p=.34$) alsmede het interactie-effect ($F(1, 88)=.53$, $p=.47$) op de subschaal somatisatie.

Ook de subschaal hostiliteit geeft geen significante resultaten weer: voor het hoofdeffect van de variabele generatie ($F(1, 88)=1.77$, $p=.19$) voor het hoofdeffect van de variabele religie ($F(1, 88)=.05$, $p=.82$) en het interactie-effect ($F(1, 88)=.05$, $p=.83$).

Wanneer de somscore van de SVL als afhankelijke variabele opgenomen wordt, is er geen significant hoofdeffect voor de variabele generatie ($F(1, 85)=.22$, $p=.64$), de variabele religie ($F(1, 85)=1.79$, $p=.18$) en het interactie-effect ($F(1, 85)=.22$, $p=.64$) gevonden.

De invloed van religiositeit is ook onderzocht middels een twee-weg tussen groepen variantieanalyse. De subschaal depressie laat een significant hoofdeffect zien voor de variabele generaties ($F(1, 49)=12.66$, $p=.00$). Dit geldt voor alle subschalen van de SCL-90, te noemen angst ($F(1, 49)=4.51$, $p=.04$), somatisatie ($F(1, 49)=12.53$, $p=.00$) en hostiliteit ($F(1, 49)=11.82$, $p=.00$). Voor de somscore van de SVL geldt het volgende: ($F(1, 46)=10.20$, $p=.00$) en is dus tevens significant.

- *Is er een verband tussen de aard van de schokkende gebeurtenis, religie, religiositeit en het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring? Is afkomst hierop van invloed?*

Om te bepalen wat de is tussen de aard van de schokkende gebeurtenis, religie en het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring is een twee-weg tussen groepen variatieanalyse uitgevoerd.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele religie ($F(1, 198)=1.94$, $p=.17$) op de subschaal depressie. Het hoofdeffect voor de aard van de schokkende gebeurtenis ($F(1, 198)=1.84$, $p=.05$) is wel significant. Het interactie-effect ($F(1, 198)=1.94$, $p=.065$) op de subschaal depressie is niet statistisch significant.

Tevens is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele religie ($F(1, 198)=.76$, $p=.39$) op de subschaal angst. Het hoofdeffect voor de aard van de schokkende gebeurtenis ($F(1, 198)=2.00$, $p=.03$) is wel significant. Het interactie-effect ($F(1, 198)=.1,94$ $p=.065$) op de subschaal angst is niet statistisch significant.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele religie ($F(1, 198)=1.30$, $p=.26$) op de subschaal somatisatie. Het hoofdeffect voor de aard van de schokkende gebeurtenis ($F(1, 198)=.73$, $p=.71$) is tevens niet significant. Het interactie-effect ($F(1, 198)=1.01$, $p=.39$) op de subschaal somatisatie is ook niet statistisch significant.

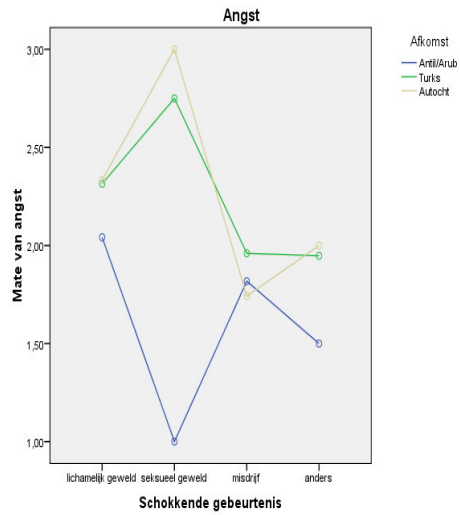
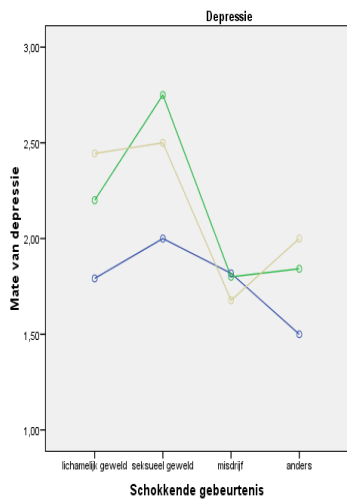
Ook is er geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele religie ($F(1, 198)=1.22$, $p=.73$) op de subschaal hostiliteit. Het hoofdeffect voor de aard van de schokkende gebeurtenis ($F(1, 198)=1.94$, $p=.04$) is wel significant. Het interactie-effect ($F(1, 198)=1.55$, $p=.15$) op de subschaal hostiliteit is niet statistisch significant.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de variabele religie ($F(1, 193)=.47$, $p=.50$) op de somscore van de SVL. Het hoofdeffect voor de aard van de schokkende gebeurtenis ($F(1, 193)=1.76$, $p=.064$) is tevens niet significant. Ook het interactie-effect ($F(1, 193)=1.50$, $p=.17$) op de somscore van de SVL is niet statistisch significant.

Er is tevens een twee-weg tussen groepen variatieanalyse uitgevoerd om te bepalen of er een verband is tussen de aard van de schokkende gebeurtenis, religiositeit en het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring. Bij geen van de subschalen van de SCL-90 kwamen significante resultaten naar voren, alleen bij de somscore van de SVL werd er een significant hoofdeffect gevonden voor de aard van de gebeurtenis ($F(2, 94)=.68$, $p=.04$).

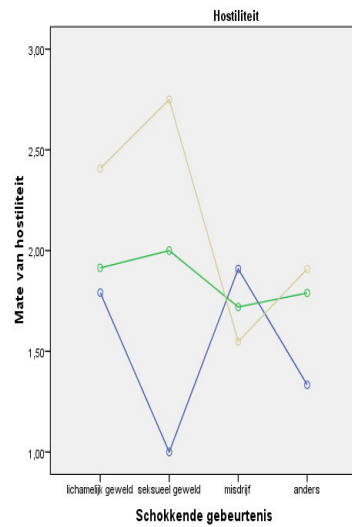
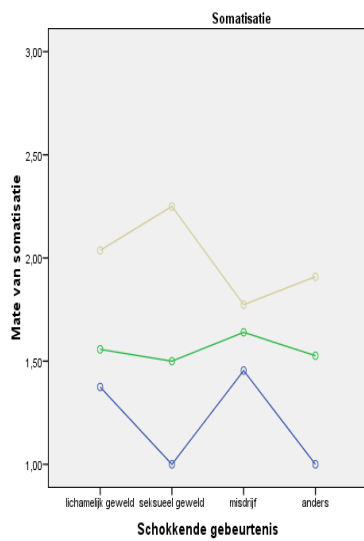
Om te bepalen wat het verband is tussen de aard van de schokkende gebeurtenis en afkomst op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring is wederom een twee-weg tussen groepen variatieanalyse uitgevoerd. Hieruit kwamen geen significante interactie-effecten uit naar voren. Alleen voor de subschaal somatisatie is een significant hoofdeffect aanwezig voor de variabele afkomst ($F(6, 221)=3.62$, $p=.04$) en voor de somscore van de SVL

is er tevens een significant hoofdeffect aanwezig voor de variabele afkomst ($F(6, 216)=4.78$, $p=.00$) (zie grafiek 1 t/m 5).



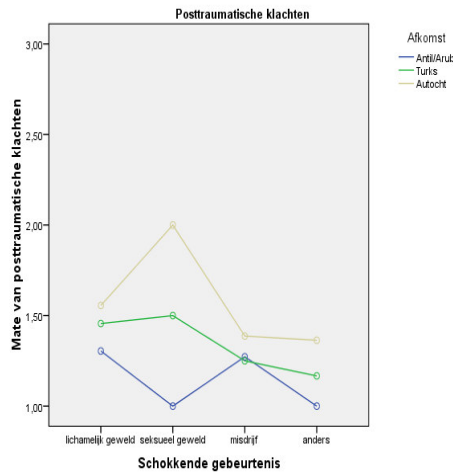
1.

2.



3.

4.



Grafiek 1 t/m 5 Aard van schokkende gebeurtenis per subschaal SCL-90 en somscore SVL uitgesplitst naar afkomst

- *Is er een verband tussen religie, religiositeit en de mate van acculturatie? Zijn socio-demografische variabelen hier op van invloed?*

Om de subschalen van de LAS te vergelijken tussen de groepen met religie en zonder religie is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd. Voor de subschaal vaardigheden is geen significant verschil gevonden tussen de groep met een religie ($M=11.36$, $SD=5.74$) en de groep zonder religie ($M=9.31$, $SD=9.50$; $t(128)=.93$, $p=.35$). Voor de subschaal tradities is wel een significant verschil gevonden tussen de groep met een religie ($M=19.06$, $SD=4.22$) en de groep zonder religie ($M=13.87$, $SD=3.04$; $t(131)=3.42$, $p=.00$). Voor de subschaal verlies is tevens een significant verschil gevonden tussen de groep met religie ($M=26.21$, $SD=9.45$) en zonder religie ($M=15.89$, $SD=3.82$; $t(15.68)=6.83$, $p=.00$). De subschaal sociale integratie laat geen significant verschil zien tussen de twee groepen ($M=16.15$, $SD=4.72$) en ($M=13.89$, $SD=6.82$; $t(138)=1.35$, $p=.18$). Tenslotte laat de subschaal normen en waarden wel een significant verschil zien tussen de groep met een religie ($M=24.35$, $SD=6.14$) en de groep zonder religie ($M=20.00$, $SD=4.70$; $t(141)=4.35$, $p=.04$).

Wanneer gekeken wordt naar de invloed van religiositeit op de subschalen van de LAS, komen er geen significante resultaten naar voren.

Om te onderzoeken of de gevonden significante resultaten voor de subschalen traditie, verlies en normen en waarden nog steeds significant zijn wanneer gecontroleerd wordt voor de socio-demografische variabelen is een multivariate hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7 Multivariate regressieanalyse voor controle van verschillende socio-demografische variabelen op religie en religiositeit met betrekking op de acculturatie.

	Sociale integratie		Vaardigheden		Tradities		Normen & waarden		Verlies	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Stap 1	.04		.36		.13		.11		.29	
Afkomst		.05		.41**		.03		.18*		.40**
Leeftijd		.18*		-.33**		-.38**		-.24**		-.30**
Opleiding		.11		-.18*		.21*		-.13		-.18*
Geslacht		-.35**		.08		.12		.04		.22**
Stap 2	.03		.31		.14		.01		.29	
Afkomst		.05		.41**		.02		.18*		.39**
Leeftijd		.18*		-.35**		-.35**		-.25**		-.28**
Opleiding		.16		-.20*		.24**		-.14		-.15*
Geslacht		-.35**		.08		.13		.05		.22**
Religie		.02-		.08		-.17		.04		-.12
Religiositeit		.01		.01		.00		-.02		-.01

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Na controle van de socio-demografische variabelen afkomst, leeftijd, opleiding en geslacht blijken de eerder gevonden significante resultaten voor religie en religiositeit op de subschalen traditie, verlies en normen en waarden niet meer significant.

6. Discussie

Dit onderzoek toetst een viertal hypothesen omtrent de invloed van religie en religiositeit op de mate van psychisch welbevinden en de mate van acculturatie. Tevens zijn een aantal socio-demografische variabelen meegenomen, samen met de invloed van generatie en de aard van de schokkende gebeurtenis. De resultaten zijn niet eenduidig.

6.1 Hypothesen

Hypothese 1

Slachtoffers met religie en een hoge mate van religiositeit zullen een hoger psychisch welbevinden rapporteren dan slachtoffers die geen religie hebben. Bij een hogere leeftijd en een vrouwelijk geslacht zal de invloed groter zijn.

De eerste hypothese aangaande het verband tussen religie, religiositeit en de mate van psychisch welbevinden na een schokkende gebeurtenis laat geen significante resultaten zien. Geconcludeerd kan worden dat het hebben van wel of geen religie geen invloed heeft op de mate van psychisch welbevinden na een schokkende gebeurtenis.

Ook de mate van religiositeit, leeftijd en geslacht spelen hier geen rol in. Oudere vrouwen ondervinden geen grotere invloed van religie en religiositeit en rapporteren geen hogere mate van psychisch welbevinden na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Deze uitkomst is in strijd met de onderzoeksresultaten vermeld in Kenis (2005). In 1965 rapporteerde Moberg & Travis (uit Kenis, 2005) een sterk effect van religie bij ouderen. Ook Witters et al. (1976 in Kenis, 2005) vonden in een meta-analyse van de effecten van religie op psychisch welbevinden een veel sterker effect voor oudere personen.

Dit onderzoek ondersteunt de grote rol die religie vaak krijgt toebedeeld, wanneer gesproken wordt over allochtonen, niet. De hypothese kan worden verworpen.

Hypothese 2

1^e generatie migranten zullen meer steun ondervinden van hun religie en religiositeit in vergelijking met 2^e generatie migranten.

De tweede hypothese onderzoekt het effect van generatie en religie op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring. De variabelen generatie en religie hebben geen invloed op het psychisch welbevinden. Dit is in strijd met de verwachting. Uit de literatuur blijkt namelijk dat 1^e generatie migranten een hogere mate van religiositeit bezitten en de

verwachting was dat 1^e generatie migranten meer profijt van hun religie hebben. Dit bleek in dit onderzoek niet het geval. Tot welke generatie iemand behoort samen met het hebben van wel of geen religie heeft dus geen invloed op het psychisch welbevinden na een schokkende ervaring. Echter, wanneer de variabele religiositeit wordt meegenomen zijn er wel significante verschillen gevonden voor de variabele generatie. Geconcludeerd kan worden dat de mate van religiositeit geen verschil maakt voor de mate van psychisch welbevinden, maar dat de mate van psychisch welbevinden wel verschilt tussen generaties. Het effect van religiositeit valt weg bij 2^e generatie migranten. De gestelde hypothese wordt verworpen.

Opvallend is dat het hebben van een religie dus geen invloed uitoefent, maar dat wanneer mensen aangeven dat ze religie belangrijk vinden, dit wel invloed heeft. Hoe belangrijk religie gevonden wordt verschilt tussen generaties. In de theoretische achtergrond wordt dit verschil beschreven. 2^e generatie migranten hebben namelijk een minder sterkere religiositeit dan 1^e generatie migranten omdat ze onder de leeftijd van zes jaar waren op het moment van migratie, of omdat ze in Nederland zijn geboren. Tevens is de religiositeit over het algemeen lager, naarmate men meer geïntegreerd is (Tubergen, 2003).

Hypothese 3

Wanneer het delict van ernstigere aard is zal de invloed van religie groter zijn. Turken en Antillianen/Arubanen somatiseren meer en rapporteren meer posttraumatische klachten.

De derde hypothese onderzoekt het verband tussen de aard van de schokkende ervaring, religie en religiositeit op de mate van psychisch welbevinden. Op alle subschalen van de SCL-90 en de somscore van de SVL is geen hoofdeffect gevonden voor de variabele religie. Het hebben van een religie maakt dus geen verschil in de mate van psychisch welbevinden wanneer gekeken wordt naar de aard van de gebeurtenis. Het eerste deel van de gestelde hypothese kan verworpen worden.

Wel is er een hoofdeffect gevonden voor de variabele aard van de schokkende gebeurtenis op de subschaal angst, de subschaal hostiliteit en de somscore van de SVL. De interactie-effecten laten geen significanties zien. De aard van de schokkende gebeurtenis is dus van invloed op de score van de subschalen angst en hostiliteit en de somscore van de SVL. Wat opvalt uit de grafieken 2, 3 en 5 is dat bij de subschaal angst Antilliaanse/Arubaanse respondenten beduidend lager scoren dan de Turkse en autochtone respondenten wanneer de schokkende gebeurtenis seksueel geweld betreft. De subschaal hostiliteit en de somscore op de SVL, welke de mate van posttraumatische klachten

weergeeft, geeft eenzelfde beeld weer voor de Antilliaanse/Arubaanse en autochtone groep. Turken scoren hier gemiddeld. Waardoor dit verschil komt is met de huidige onderzoeksgegevens niet duidelijk te stellen.

De variabele afkomst is van invloed op de subschaal somatisatie en de somscore van de SVL. Uit grafiek 3 valt af te leiden dat autochtonen het meest somatiseren, gevolgd door de Turkse groep. Antillianen somatiseren het minst. Uit grafiek 5 blijkt dat eenzelfde beeld geldt voor de mate van posttraumatische klachten. Antillianen tonen de minste klachten, autochtonen de meeste. Tevens het tweede deel van de gestelde hypothese kan verworpen worden.

Bovenstaande bevindingen zijn in strijd met de verwachtingen, namelijk dat allochtonen over het algemeen meer zouden somatiseren dan autochtonen en meer psychische problemen zouden rapporteren dan autochtonen (Knipscheer & Kleber, 2005b). Voor de overige subschalen van de SCL-90 zijn geen significante verschillen aanwezig. De diversiteit tussen de groepen is dus niet zodanig aanwezig als vaak aangenomen wordt. Wellicht is de intraculturele variëteit binnen de migrantengroepen meer uitgesproken dan het verschil tussen migranten en autochtonen (Knipscheer & Kleber, 2005b).

Hypothese 4

De mate van acculturatie zal lager zijn wanneer er meer belang aan het geloof wordt gehecht.

Of er een verband is tussen religie, religiositeit en de mate van acculturatie wordt onderzocht in de laatste hypothese. Gesteld wordt dat wanneer men een religie en een hoge mate van religiositeit heeft, de acculturatiescore hoger is en de culturele aanpassing minder zou zijn. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat, voor de subschalen traditie, verlies en normen en waarden, wanneer men wel een religie heeft hoger scoort en dus minder geaccultureerd is in vergelijking met de groep zonder religie. Het hebben van een religie betekent dus, in ieder geval voor de subschalen traditie, verlies en normen en waarden, een mindere culturele aanpassing. Religiositeit is hier niet op van invloed. Wanneer gecontroleerd wordt voor afkomst, leeftijd, opleiding en geslacht blijven de gevonden significante resultaten voor de subschalen traditie, verlies en normen en waarden niet meer overeind. Religie en religiositeit zijn dus, na controle van verschillende socio-demografische variabelen, niet van invloed op de mate van acculturatie. De hypothese wordt verworpen.

De socio-demografische variabelen afkomst, leeftijd, geslacht en opleiding zijn beter voorspellers voor de mate van acculturatie. Deze bevinding wordt ondersteund door de

literatuur, waar vooral opleiding een belangrijke plaats inneemt in de mate van acculturatie. Een hogere opleiding gaat samen met een hogere mate van acculturatie (Arends-Tóth & Van de Vijver, 2001; Tubergen, 2003).

6.2 Beperkingen

Aan dit onderzoek zitten een aantal methodische beperkingen. Zo worden de variabelen religie en religiositeit elk maar met één item gemeten. Uit onderzoek van onder andere Koenig et al. (1998) komt naar voren dat religiositeit een veelomvattend begrip is. Zo spelen bijvoorbeeld opvoeding, omgeving, kerkbezoek, manier van bidden, frequentie van bidden, rituelen en talloze andere factoren een rol in de religiositeit. Dit onderzoek onderzoekt de religiositeit door middel van een 4-punts Likert schaal die loopt van ‘niet belangrijk’ tot ‘erg belangrijk’. Wellicht is dit te summier om uitspraak te doen over iemands religiositeit. Helaas was de vragenlijst al ontworpen voordat ik met het onderzoek begon en kon dus niet uitgebreid worden met aanvullende vragen.

Tevens is er in dit onderzoek niet bekend wat religie vóór het meemaken van de schokkende ervaring voor de participanten betekende en hoe sterkt de religiositeit was. Uit de literatuur komt naar voren dat het geloof sterker wordt na een schokkende ervaring en dat religie steun geeft in de verwerking. Echter, uit de literatuur komt ook naar voren dat de religiositeit soms afneemt of de religie zelfs helemaal verdwijnt wanneer een schokkende ervaring meegemaakt is. Dit doordat bijvoorbeeld het vertrouwen in de god waar men in gelooft is verloren (Koenig et al., 1998). Doordat in dit onderzoek geen voormeting aanwezig is, kunnen de resultaten een vertekend beeld geven.

Overwegend alle literatuur gebruikt in dit onderzoek is afkomstig van onderzoeken uitgevoerd in het Westen of door Westerse onderzoekers. In bijvoorbeeld Islamitische landen zullen bovenstaande bevindingen wellicht niet of maar gedeeltelijk opgaan. De crossculturele validiteit is zodoende onduidelijk.

6.3 Aanbevelingen

In een multiculturele samenleving als Nederland leven verschillende culturen en religies naast elkaar. Hoewel Nederland aan secularisering onderhevig is, speelt geloof voor veel mensen nog een belangrijke rol en kan het hebben van een geloof veel steun bieden in moeilijke situaties.

In (wetenschappelijk) onderzoek krijgt religie vaak een ondergeschikte rol toebedeeld of wordt religie (onterecht) als verklarende factor gebruikt, wanneer andere verklaringen niet

gegeven kunnen worden. Hoewel er in dit onderzoek weinig significante verschillen naar voren kwamen, hoeft dit niet te betekenen dat religie geen invloed heeft op het psychisch welbevinden. Aanvullend onderzoek, gebruik makend van gedegen onderzoeksinstrumenten, is nodig om de relatie verder uit te pluizen.

Ook in de opleiding tot bijvoorbeeld psycholoog, waar nu minimale aandacht wordt besteed aan religieuze factoren, is het van belang meer aandacht aan te besteden aan de invloed van religie. Doordat hoger opgeleiden vaak minder religieus georiënteerd zijn dan de gehele bevolking, kan er een discrepantie ontstaan tussen de religieuze oriëntatie van cliënten en therapeuten, wat weer kan leiden tot verkeerde evaluaties over de rol die religie speelt in het leven van de cliënt. (Tubergen, 2003; Baan et al., 2002). Een cultuursensitieve houding in de geestelijke gezondheidszorg is belangrijk.

Tevens wordt er in de literatuur veelvuldig gesproken over religieuze coping*. Pargament (1997, in Koenig et al., 1998, p. 90) beschrijft dit begrip als volgt: *'Coping is a search for significance in times of stress'*. Wanneer religieuze bronnen worden gebruikt is er sprake van religieuze coping. De religiositeit wordt aangewend om zich aan te passen aan veranderende en stressvolle omstandigheden.

Veel studies die ingaan op religieuze coping houden zich bezig met de betekenis van religie bij het verwerken van lichamelijke en psychische problematiek, waarbij religie wordt beschouwd als een positieve kracht bij het omgaan met tegenslagen (Pargament, 1997).

Koenig (2001) stelt dat religieuze coping vooral van invloed is op verlieservaringen, gezondheidsproblemen en rampen. Kenis (2005) onderzocht de invloed van religie en spiritualiteit op het psychisch welbevinden en beschreef 17 studies die de relatie tussen religie en aanpassing aan verlies kwantitatief onderzochten. Acht studies vonden een betere aanpassing bij mensen die religieus waren, vijf studies vonden geen verband, drie studies toonden gemengde resultaten en één studie rapporteerde een negatief verband. Kenis (2005) concludeert dat het gebruik van religie om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan vaak positieve resultaten toont. Koenig et al. (1998) stelt dat religie nuttig, schadelijk en irrelevant kan zijn, dit omdat religieuze coping gezien moet worden als een multi-dimensionaal concept. Door deze wellicht grote positieve invloed van religie en religiositeit op het psychisch welbevinden is het belangrijk hier in vervolgonderzoek aandacht aan te besteden.

* Met coping wordt het omgaan met moeilijke situaties bedoeld. Hoewel het woord coping oorspronkelijk uit het Engels afkomstig is, wordt het in de Nederlandse (wetenschappelijke) literatuur veelvuldig gebruikt. Hierom wordt het woord coping in dit onderzoek niet vertaald naar het Nederlands.

7. Literatuur

Arends- Tóth, J. (2003). *Psychological Acculturation of Turkish Migrants in the Netherlands; Issues in Theory and Assessment*. Amsterdam: Dutch University Press.

Arends-Tóth, J. & Van de Vijver, F. J. R. (2001). *Het belang van acculturatie voor organisaties*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

Aarts, P.G.H. & Visser, W.D. (2007). *Traumadiagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum, 2^e druk.

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2005). *Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.

Baan, N. W. A., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2002). Religiositeit, slechts een gedachtespinsel. Een onderzoek naar de relatie van religieuze en cognitieve copingsmechanismen met welbevinden onder boeren getroffen door de MKZ-crisis. *Psyche & Geloof*, 13, 3, 114-127.

Batson, C.D., Schoenrade, P.A., & Ventis, W.L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford.

Braam, A.W., Beekman A.T.F., & van Tilburg, W. (2003). Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 45, 8, 495-505.

Brom, D., & Kleber, R.J. (1985) De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Laatst gewijzigd op 1 januari 2008. Opgehaald op 11 december van <http://statline.cbs.nl>.

Drogendijk, A.N., Velden, P.G., van der, Kleber, R.J., Christiaanse, B.A., Dorrestijn, S.M., Grievink, L., Gersons, B.P.M., Olffen, M., & Meewisse, M.L. (2003). Turkse getroffen en vuurwerkkramp Enschede: een vergelijkende studie. *Gedrag & Gezondheid*, 31, 3, 145-162.

Drogendijk, A.N., Van der Velden, P.G., Boeije, H.R., Gersons, B.P.R. & Kleber, R.J. (2005). De ramp heeft ons leven verwoest, de psychosociale weerslag van de vuurwerkkramp Enschede op Turkse getroffen en. *Medische antropologie*, 17, 217-232

Drogendijk, A.N. & Netten, C.M. (2008). Culturele context en nazorg bij rampen. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 3, 160-166.

Drogendijk, A.N., Van der Velden, P. G., & Kleber, R. J. (2009). *Slachtofferhulp in een kleurrijke samenleving*. Ongepubliceerd manuscript. Diemen: Instituut voor Psychotrauma.

Fiselier, J.A., Van der Waal, A.E. & Spijker, J. (2006). Psychiater, patient en religie: meer dan coping alleen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 5, 383-386.

Foets, M., Schuster, J. & Stronks, K. (2007). *Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Een praktische introductie*. Amsterdam: Akant.

Grzymala-Moszczyńska, H. & Beit-Hallahmi, B. (1996). *Religion, Psychopathology and Coping*. Amsterdam: Atlanta.

Haque, A. (2001). Interface of psychology and religion: trends and developments. *Counselling Psychology Quarterly*, 14, 3, 241-253.

Kenis, A. (2005). *De invloed van religie en spiritualiteit op gelukkig zijn*. Leuven: Katholieke Universiteit, Centrum voor Ontwikkelingspsychologie

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2004). *Een intercultureel entree in Altrecht. Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht en Universiteit Utrecht.

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Den Haag: BoomOnderwijs.

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005b). Migranten in de GGz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 11, 753-759.

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2007). Acculturation and mental health among Ghanaians in the Netherlands. *International Journal of Psychiatry*, 53, 4, 369-383.

Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health? The effect of religion on physical and mental health*. New York: The Haworth Pastoral Press.

Koenig, H.G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.

Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T. & Scurfield., R.M. (1996). *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issues, Research and Clinical Applications*. Washington: American Psychological Association.

Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping; theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.

Sociaal Cultureel Planbureau, laatst gewijzigd in juni 2004. Opgehaald op 18 februari van <http://www.scp.nl/publicaties/boeken> onder de titel 'Moslim in Nederland'.

Stel, van der., J. (2005). Spiritualiteit en religie. Het verband met geestelijke en lichamelijke gezondheid. *Gedrag & Gezondheid*, 33, 102-121.

Tubergen, van, F. (2003). Religieuze participatie en geloof van immigranten in Nederland. Nieuwe toetsingen van oude theorieën. *Mens & Maatschappij*, jaargang 78, 4, 331-354.

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, 2006. Laatst gewijzigd in februari 2009. Opgehaald op 3 februari van http://nl.wikipedia.org/wiki/Godsdiesten_in_Nederland.

World Health Organisation. Laatst gewijzigd januari 2009. Opgehaald op 7 januari 2009 van <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.