

Angst- en depressieklachten onder Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens

Fatma Koçak

Studentnr: 3284026

Onder begeleiding van:

A.C.H. Schouten MSc.

Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht, September 2010 – juli 2011

Abstract

The present study has been done to examine the level of anxiety and depression in Muslim women with a homosexual inclination. It has been found in a variety of internal and foreign studies that there is a high prevalence of anxiety and depression symptoms in these women. Being in the minority twice is a given explanation for this high prevalence of symptoms (being a Muslim foreigner and having homosexual feelings). Based on these findings the following hypotheses is formulated: There is a higher prevalence of anxiety and depression symptoms in Muslim women with homosexual feelings than the average Dutch population. This hypothesis is tested with a quantitative research method (three questionnaires) and has been supported by a qualitative research method (interviews). From the statistic analyses of the quantitative measurement instruments it turned out that Muslim women with homosexual feelings score significant higher in anxiety and depression symptoms than the average Dutch population. These findings are confirmed by the qualitative research. Most of the participants reported tension, feelings of depression and guilt. The interviews also give relevant information which can be useful for culture specific healthcare. The most important recommendation acquired from this study is to educate culture specific practitioners and to offer knowledge broadening possibilities in the Muslim community about homosexuality.

Samenvatting

Huidig onderzoek is verricht naar de angst- en depressieklachten bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Uit verscheidene nationale en internationale studies blijkt dat er bij deze doelgroep sprake is van een hoge prevalentie van angst en depressie. Als verklaring hiervoor wordt gegeven dat deze doelgroep zich in een dubbele minderheidspositie bevindt (allochtoon met homoseksuele gevoelens). Gebaseerd hierop is de volgende hypothese geformuleerd: Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens scoren significant hoger op angst- en depressieklachten dan de gemiddelde Nederlandse bevolking. Deze hypothese is middels een kwantitatief (3 vragenlijsten) onderzoek getoetst en ter ondersteuning is een kwalitatief onderzoeksmethode toegepast. Uit de analyses van de kwantitatieve meetinstrumenten is gebleken dat Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens significant meer angst- en depressieklachten rapporteren in vergelijking tot de normgroep (gemiddelde Nederlandse populatie). Deze resultaten worden ook ondersteund door de bevindingen uit kwalitatief onderzoek. Een merendeel van de participanten rapporteerde namelijk spanningsklachten, gevoelens van neerslachtigheid en schuldgevoelens. De belangrijkste aanbeveling die vanuit dit onderzoek gegeven kan worden is het opleiden van cultuursensitieve behandelaars en het geven van voorlichting over homoseksualiteit binnen de Moslimse gemeenschap.

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis welke het resultaat is van een onderzoek naar Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Dit onderzoek is van start gegaan toen ik halverwege September van mijn begeleider te horen kreeg dat ik onder supervisie van hem een zeer interessante onderzoek mocht uitvoeren. Ik was zeer vereerd en tegelijkertijd ook enorm geprikkeld omdat ik mede hierdoor mogelijk een bijdrage kon leveren aan de gezondheidszorg in Nederland. Maar eenmaal begonnen met het werven naar relevante literatuur en het proberen te benaderen van participanten zakte de moed in mijn schoenen. Het bleek namelijk veel moeilijker te zijn dan verwacht. Parallel aan dit onderzoek liep ook mijn stage. Omdat ik soms moeite had om effectief aandacht te besteden aan zowel mijn thesis als mijn stage ervaarde ik tussentijds veel druk en spanning. Wat het allemaal nog ingewikkelder maakte was de dag dat ik mijn trouwdatum prikte. 4 April j.l. zou ik op een traditionele manier trouwen waar eveneens veel tijd ingestoken moest worden. Dit was hét punt waar ik dacht dat het mij niet meer zou lukken om dit onderzoek af te ronden. Door alle verplichte activiteiten om mijn thesis heen heb ik uit noodzaak een tijd mijn thesis moeten staken. Na effectieve ondersteuning en een goede peptalk van mijn begeleider heb ik alles weer goed opgepakt en ben met frisse moed weer begonnen aan mijn onderzoek.

Ik wil langs deze weg daarom ook mijn begeleider, A.H.C. Schouten, enorm bedanken voor zijn eindeloze steun en begeleiding die hij mij gaf. Hij was degene die mij een peptalk gaf wanneer ik het allemaal niet meer zag zitten en op het punt stond om alles op te geven. Daarnaast wil ik ook alle respondenten enorm bedanken die hebben deelgenomen aan het onderzoek en ons zeer waardevolle informatie toe vertrouwden. Zonder hun moed had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden. Tot slot wil ik ook mijn medestudent Haza Rahim bedanken. Gedurende het onderzoek heeft ze mij bijgestaan in alle onderdelen van het onderzoeksproces. Ze was een enorme steunbron voor mij.

Fatma Koç ak

Juli 2011

Inhoudsopgave

• Voorwoord	3
• Hoofdstuk 1: Inleiding	6
• Hoofdstuk 2: Methode	
○ Design	8
○ Procedure	9
○ Informed Consent & Toestemmingsverklaring	10
○ Steekproef	10
○ Meetinstrumenten	11
○ Vragenlijsten	11
○ Analyse	13
• Hoofdstuk 3: Resultaten	
○ Kwantitatieve resultaten	13
○ Kwalitatieve resultaten	15
• Hoofdstuk 4: Conclusie	17
• Hoofdstuk 5: Discussie	18
• Hoofdstuk 6: Aanbevelingen	19
• Literatuurlijst	21
• Bijlagen	
1: Informed consent & toestemmingsverklaring	24
2: Interview	28
3: Vragenlijsten	29
4. Analyses SPSS (output)	31

1. Inleiding

De Nederlandse samenleving is de laatste decennia veranderd in een multiculturele samenleving. Van de ruim 16 miljoen inwoners die Nederland telt, zijn er 3 miljoen niet in Nederland geboren, of hebben ouders die niet in Nederland geboren zijn (Veldman, Van Tartwijk, Den Brok, Wubbels, 2006). Het proces van migratie en acculturatie is een belangrijk risicofactor die ervoor zorgt dat mensen uit deze minderheidsgroep kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische stoornissen (Haque, 2004; Kleber, Gülşen, Knipscheer, 2010; Kortman, 2006; Stevens, Pels, Bengi-Arslan, Verhulst, Volleberg, Crijnen, 2003). De aanpassing van de allochtonen aan een nieuw land, zich vervreemd voelen en zich niet kunnen identificeren met de morele normen en waarden van de autochtone gemeenschap, maar ook het feit dat ze moeilijk benaderbaar zijn leidt vaak tot een verhoogde angst- en depressieniveau (Meyer, 2003; Bengi-Arslan, 2002; Stevens e.a, 2003; Volleberg et al, 2005). De migratie en acculturatieproces op zich is een stressfactor voor deze mensen. Maar als men daarnaast ook een andere geloofsovertuiging heeft dat tot de minderheid van de samenleving behoort, de Islam, heeft dit meer impact op het psychische welzijn van deze minderheidsgroep (Vollebergh et al, 2004). Uit onderzoek naar Turkse Moslims in Nederland blijkt dat zij een afkeuring ervaren vanuit de maatschappij wegens hun geloofsovertuiging. Deze afkeuring zorgt ervoor dat de Islamitische allochtonen weinig ruimte krijgen om uit te komen voor hun sociale identiteit, waar de geloofsovertuiging ook een onderdeel van is. Het behoren tot een minderheidsgroep en de afkeuring die ze vanuit de maatschappij krijgen maakt deze doelgroep extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van een ongezonde psychische welzijn (Verkuyten en Yildiz, 2010; Meyer, 2010).

De toenemende culturele variëteit in Nederland vraagt ook om een ‘toegepaste’ gezondheidszorg met respect voor cultuur en religie. Voor de minderheidsgroep wil dit zeggen dat er rekening wordt gehouden met hun sociale en economische positie en met de culturele bagage die zij hebben meegenomen (NIGZ, 2010). Kennis hebben van de culturele achtergrond en het openstaan voor andere denkbeelden zijn essentiële elementen bij de behandeling van allochtonen (Knipscheer & Kleber, 2005). Ook de beleving van seksualiteit is een onderwerp waar tijdens de hulpverlening aandacht aan besteedt moet worden. Want de beleving van seksualiteit is immers ook een belangrijk onderdeel van ervaren gezondheid (Hartog, 2008; Cort, Attenborough, Watson, 2001). De literatuur laat helaas blijken dat seksualiteit vaak een onbesproken item blijft tijdens de behandeling (Heemelaar, 2008). Deze nalatigheid kan echter een groot invloed hebben op personen uit een zeer kwetsbare groep, namelijk personen met homoseksuele gevoelens

Uit het NEMESIS onderzoek (Sandfort, De Graaf, Van Bijl, Schnabel, 2001) komt naar voren dat vrouwen en mannen met homoseksuele gevoelens een hoger risico hebben op het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblemen. In vergelijking tot de heteroseksuele populatie is de prevalentie van angst- en depressie klachten hoger onder mensen met homoseksuele gevoelens. Deze resultaten worden ook ondersteund door meerdere internationale studies. Ook deze studies bewijzen dat mensen met een seksuele geaardheid behorende bij de minderheid van de samenleving een groter risico hebben voor het ontwikkelen van angst- en depressie klachten (Kelleher, 2009; Coker, 2009; McLaren, 2002; Beals & Peplau, 2005; Meads, Buckley & Sanderson, 2007). Er worden verschillende redenen aangevoerd voor de hoge kwetsbaarheid van deze groep. Een van de redenen is het leiden van een dubbellevens of het verborgen houden van de eigen seksuele identiteit (Hoffman, Freeman & Swann, 2009; Nahas, 2005). Literatuur bewijst dat ook afwijzing, steunverlies en afkeuring van familie en maatschappij kan leiden tot het belasten van de gezondheid. Het verborgen houden van de eigen identiteit en de angst verstoten te worden door je familie- en vriendenkring brengt zoveel stress met zich mee, dat het op den duur gaat resulteren in gezondheidsklachten en een verhoging van de kwetsbaarheid (Sanchez, Ryan, Huebner & Diaz, 2009; Dane & MacDonald, 2009).

Zoals eerder beschreven toont nationale- en internationale literatuur aan dat allochtonen kwetsbaar zijn voor angst-en depressieve klachten. Tevens laat empirisch onderzoek zien dat homoseksuele mannen en vrouwen een verhoogde kans hebben op psychische klachten. Zoals Meyer (2003) aantoont in zijn Minority Stress Model zijn mensen die tot een dubbele minderheidspositie behoren kwetsbaar voor psychische problematiek. Men kan zich het volgende afvragen in multicultureel Nederland: Hoe is het gesteld met de psychische gezondheid van Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens?

Ondanks de overgrote meerderheid van de Islamitische samenleving vaak denkt dat homoseksualiteit een westerse ziekte is, bewijst onderzoek dat homoseksualiteit in de Islamitische wereld een realiteit is dat door veel mensen ontkend of genegeerd wordt (Yip, 2003; Predrag, 2003). Onderzoek onderschrijft dat veel homoseksuele Moslims worstelen om hun religie te integreren met hun seksuele geaardheid. Dit heeft te maken met het feit dat het overgrote deel van de Islamitische gemeenschap homoseksualiteit afkeurt en niet accepteert. Een belangrijke bron voor het afkeuren van homoseksualiteit binnen de Islam is het verhaal van Loet. Onder de inwoners van Sodom heerste een seksuele losbandigheid. De profeet Loet werd door God naar de stad Sodom gestuurd om de losgeslagen burgers tot de orde te roepen en op andere gedachten te brengen. Ondanks de profeet Loet hen waarschuwde voor hun gedrag werd

hier door het volk geen gehoor aan gegeven. Hierdoor werd het volk voor zijn (homo)seksuele losbandigheid door God gestraft. Deze vers uit de Koran wordt door de Islam gelovigen aangenomen als bewijs voor het verbod op homoseksualiteit (Nahas, 2011). 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 en het bespreekbaar te maken binnen de Islamitische gemeenschap (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004). De meeste Moslims met homoseksuele gevoelens moeten hierdoor gedwongen hun verlangens onderdrukken of leiden noodgedwongen een dubbelleven. Bij de Moslimse homoseksuele groep ontstaat er hierdoor een ‘innerlijk conflict’, wat deze groep extra kwetsbaar maakt tot het ontwikkelen van psychische gezondheidsklachten (Nahas, 2005).

Waar tot op heden weinig tot geen empirische informatie voorhanden ligt is de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblemen bij ‘Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens’ in Nederland. Uit zeer beperkte internationale literatuur dat bekend is over de psychische klachten van Islamitische vrouwen met lesbische gevoelens kunnen we concluderen dat lesbische vrouwen, in vergelijking tot de heteroseksuele vrouwen, erg kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische klachten omdat zij zich bevinden in een dubbele minderheidspositie (McLaren, 2002; Beals & Peplau, 2005; Meads, Buckley & Sanderson, 2007). Uit een internationale onderzoek bleek dat 35% van de participanten ernstige mentale gezondheidsproblemen ondervond en dat zelfs 32% suïcidale gedacht heeft of heeft gehad. Omdat er omtrent dit onderwerp zeer beperkte empirische gegevens bekend zijn, wordt met dit onderzoek getracht de volgende vraag te beantwoorden: Hoe is het gesteld met de psychische gezondheid van Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Geprobeerd wordt na te gaan of de angst- en depressieniveau bij lesbische Moslims hoger ligt dan de gemiddelde Nederlandse populatie. Met zowel de Nederlandse als de internationale studies in ogenschouw nemende wordt in dit onderzoek de volgende hypothese getoetst: Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens scoren significant hoger op angst- en depressieklachten dan de gemiddelde Nederlandse populatie.

2. 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 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 middels een e-mail naar de contactpersoon van de betreffende organisaties te sturen. 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 'sneeuwbalmethode' (Baarda & de Goede, 2006) voor zover 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 proefpersoon eenmaal had toegezegd is contact opgenomen met deze persoon om een afspraak te maken voor een locatiebepaling. Aangezien de doelgroep een zeer kwetsbare groep is, zijn de proefpersonen helemaal 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 proefpersonen ingelicht over de procedure. Na deze mondelinge toelichting zijn de proefpersonen ook in de gelegenheid gesteld om alles nog eens rustig 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 geaardheid. 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
Totaal	
24	

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 proefpersoon. De locatie was meestal een horecagelegenheid. 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 depressie het betreffende moment te meten.

SCL-90

De SCL-90 is een zelfbeoordelingschaal 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 werd 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 scores op angst en depressie, gemeten 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 vragenlijst meet de mate van angst bij volwassenen. Het bestaat uit 40 vragen, maar in dit onderzoek zijn enkel de 20 vragen gebruikt om angstniveau te onderzoeken. Er worden twee aspecten van angst onderscheiden. De state-anxiety meet het tijdelijke/huidige angstniveau, en de trait-anxiety meet langdurige/algemene 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 hypothese behorende bij dit 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. 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.

3. 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). Hieruit blijkt dat de gemiddelde score van de Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens (M = 18.75, SD = 6.873) significant hoger is 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 moslimse vrouwen met homoseksuele gevoelens hoger scoren op angst dan 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 hoger scoren 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

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 het niet wisten 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 als een ernstige ziekte wordt beschouwd. 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 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 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 interviews bleek dat een merendeel van de vrouwen spanningsklachten en gevoelens van neerslachtigheid rapporteerden. 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 ook hier vaak de goede hulpverlening. De deelnemers gaven aan dat het te 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 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 gaven 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 moesten doen en probeerden het te onderdrukken, maar het ging niet weg. Het merendeel van de participanten dachten dat er iets niet klopte, en voelde zich daardoor vaak anders en minderwaardig 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 gevluht 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 varieert tussen de participanten. Enerzijds gaven een paar vrouwen aan dat ze homoseksualiteit als een zonde ervaren 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.

4. 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, 2002; Beals & Peplau, 2005; Meads, Buckley & Sanderson, 2007). 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 hoger zullen scoren op angst- en depressieklachten dan de gemiddelde Nederlandse bevolking. Om deze hypothese te toetsen is gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoeksmethoden die weer ondersteund zijn middels interviews.

Uit de analyses van de kwantitatieve meetinstrumenten is gebleken dat er sprake is van een hoge prevalentie van angst- en depressieklachten bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens in vergelijking tot de normgroep (gemiddelde Nederlandse bevolking). Deze resultaten worden eveneens ondersteund door de bevindingen uit kwalitatief onderzoek. Een merendeel van de participanten rapporteerde namelijk spanningsklachten, gevoelens van neerslachtigheid en schuldgevoelens. Ook gaven de participanten aan dat zij weinig tolerantie door de familie en het geloof ervaren. Een verklaring die hiervoor gegeven wordt is de kennisgebrek dat binnen de meerderheid van de Moslimgemeenschap heerst omtrent homoseksualiteit. Ook gaf de meerderheid aan dat de mate van toegankelijkheid naar steunbronnen zeer laag is. De participanten 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.

5. Discussie

Naast de behaalde successen in dit onderzoek zijn er ook een aantal aanmerkingen. Voor het huidige onderzoek zijn 10 participanten zelf geworven en gegevens van 14 andere vrouwelijke participanten die geworven zijn uit eerder onderzoek samengevoegd om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. Door deze samenvoeging zijn de onderzoeksresultaten significant gebleken. Echter zouden deze resultaten meer representatief kunnen zijn als de omvang van de participantengroep groter was dan $N = 24$.

Het was zeer moeilijk om participanten te werven gezien de anonimiteit en de kwetsbaarheid van de doelgroep. Hieruit kan gebleken worden dat hoogst waarschijnlijk de problematiek van deze doelgroep ernstig is onderschat. Dit blijkt onder andere uit de uitkomsten uit het interview en de kleine steekproefomvang. Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat het merendeel van de participanten al moeite heeft om homoseksueel gerichte organisaties en verenigingen op te zoeken omdat ze het als allochtoon, maar ook als Moslim zijnde erg moeilijk vinden om zich zelf te identificeren met deze doelgroep. Hetgeen blijkt dat Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens het zeer moeilijk vinden om te accepteren dat ze tot de homoseksuele minderheidspositie behoren. Omdat zij moeite ervaren met de acceptatie en het uit komen voor hun homoseksuele gevoelens maakt het voor de onderzoek zeer moeilijk om deze doelgroep te benaderen. Maar ook de positie dat ze behoren tot een interculturele groep met een Islamitische basis waar homoseksualiteit ter strengste verboden is maakt deze doelgroep kwetsbaar wat eveneens gezorgd zou kunnen hebben voor een kleine steekproefomvang.

Wat absoluut niet vergeten mag worden is dat dit onderzoek uitgevoerd is door 2 Moslimse allochtonen met een Turkse en Irakese achtergrond. Bij de advertenties en oproepen die geplaatst zijn op verscheidene internetsites, fora en tijdschriften zijn de namen van de onderzoekers vermeld. Het feit dat het onderzoek uitgevoerd zal worden door 2 Islamitische allochtonen zou bij de doelgroep angst opgewekt kunnen hebben en weerhouden kunnen hebben deel te nemen aan het onderzoek. Om te voorkomen dat hun geardheid bekend zal worden bij de onderzoekers hebben ze er waarschijnlijk voor gekozen geen bijdrage te leveren aan het onderzoek.

Naast de problemen omtrent het werven van de participanten zijn er ook nog opmerkingen te plaatsen bij de behaalde resultaten. 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 dan al hoger kunnen zijn doordat zij contact hebben gezocht met een instantie. Een andere mogelijke verklaring voor de

gerapporteerde hoge angst- en depressieklachten bij de doelgroep is de normgroep waarmee deze scores vergeleken zijn. De resultaten van de participanten vergelijken met de normgroep Moslimse vrouwen zou een representatiever beeld kunnen geven. Hiermee elimineer je immers enigszins de factor cultuur, wat mogelijk de verhoogde kans op angst en depressieklachten heeft beïnvloed.

Vervolgonderzoek zou de invloed van persoonlijkheid, leeftijd en opleiding kunnen meenemen in de analyses. Het kan namelijk zijn dat de mate van stress, angst en depressie verschillend is voor leeftijds- en opleidingscategorieën. Persoonlijkheid kan daarnaast ook een grote rol spelen. Een hoge mate van neuroticisme kan een de score op de angstdispositie beïnvloeden. Deze variabele is in huidige studie 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 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. Deze vragenlijsten zijn namelijk westers georiënteerd.

6. Aanbeveling

Dit onderzoek heeft een indicatie kunnen geven van de psychische problematiek bij Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Op basis van de gevonden resultaten kunnen een paar aanbevelingen gedaan worden. Uit dit onderzoek bleek dat de steunbronnen voor deze vrouwen onder de maat is. De drempel en de toegankelijkheid naar hulpverlenende instanties zijn dermate hoog dat ervoor zorgt dat de doelgroep de stap naar hulpverlening niet durft te zetten. Aan de ene kant uit angst bevooroordeeld te worden voor hun geaardheid, en aan de andere kant zijn ze er sterk van overtuigd dat de hulpverleners niet voldoende opgeleid zijn om zo'n kwetsbare groep te begeleiden en ondersteunen. Dit leidt tot de aanbeveling dat de hulpverlening meer toegankelijk moet zijn voor Islamitische vrouwen met homoseksuele gevoelens. Een mogelijk effectief middel is verspreiding over deze instanties en organisaties. Mede hierdoor help je deze doelgroep om hun kennis over deze steunbronnen te vergroten.

Daarnaast is er 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 valkuilen. Dit kan door interculturele cursussen aan te bieden tijdens de opleiding.

Tot slot is gebleken dat er een gebrek aan kennis is 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 moskeeën. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan de kennisverbreding en tolerantie binnen de moslimgemeenschap.

7. Literatuurlijst

- Amber, H. (2004). Religion and Mental Health: The Case of American Muslims. *Journal of religion and health*, 43, 1, 45-58.
- Arrindell, W.A. & Ettem, J.H.M. (2002) *Symptom Checklist SCL-90*. Lisse: Swets Test Services.
- 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.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Crijnen, A.A.M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 118–124
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
- Coker, T.R.; Austin, S.B.; Schuster, M.A. (2009). Health and Healthcare for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Reducing Disparities through Research, Education, and Practice. *Journal of adolescent health*, 45, pp: 213-215.
- Cort, E.M., Attenborough, J. & Watson, J.P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 489-499.
- Dane, S.K., MacDonald, G. (2009). Heterosexuals' acceptance predicts the well-being of same-sex attracted young adults beyond ingroup support. [*Journal of Social & Personal Relationships*](#), 26, 659-677.
- 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, 45-58.
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Bohn stafleu van Loghum: Houten
- Hoffman, N.D.; Freeman, K.; Swann, S. (2009). Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth. *Journal of adolescent health*, Volume: 45, pp: 222-229.

- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counseling psychology quarterly*, 22, 373.
- Kleber, R., Gülşen, C., Knipscheer, J. (2010). The Impact of Forced Migration on Mental Health: A Comparative Study on Posttraumatic Stress Among Internally Displaced and Externally Migrated Kurdish Women. *Traumatology*, 16, 4, 109-116.
- Knipscheer, J. & Kleber, R. (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 7/8, 717-724.
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- McLaren, S., (2002). Lesbians living in Australia: Sense of belonging and mental health. *Australian journal of psychology*, 55, 197.
- Meads, C.; Buckley, E.; Sanderson, P. (2007). Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands. *BMC Public health*, 7, 251.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems. *American Journal of Public Health*, 92, 262–265.
- Nahas, O. (2005). *Homo en Moslim, Hoe gaat dat samen?* Utrecht: uitgeverij Bulaaq.
- NIGZ (2010). Achtergronden allochtonen. Verkregen op 10 maart 2011 van <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=dossiers.document&vardoc=977&vardossier=65#pyjftbrxqdfn>
- Ploeg, H. M. van der (2000). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory STAI-DY*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Predrag, S. (2003) Muslim Countries Block UN Resolution in LGBT Human Rights. *Lesbian news*, 28, 18.
- Sanchez, J., Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123, pp: 346-352.
- Sandfort, T.G.M., De Graaf, R., Van Bijl, R., Schnabel, P. (2001). Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry*, 58, 85-91.
- Stevens, G.W.J.M., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A.M.,

- Crijnen, A.A.M. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands Comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 576-585
- Veldman, I., Van Tartwijk, J., Den Brok, P & Wubbels, T. (2006). Leren omgaan met leerlingen in de multiculturele klas. *Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, 27, 2, 30-36.
- Verkuyten, M. & Yildiz, A.A. (2010). Religious identity consolidation and mobilization among Turkish Dutch muslims. *European Journal of Social Psychology*, 40, 436-447.
- Volleberg, W.A.M., Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., De Winter, A., Ormel, H., Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 489-496.
- Yip, A. K. T. (2003). Reflections on Islam and homosexuality. *Anthropology today*, 19, 19

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 behoef 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 u 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

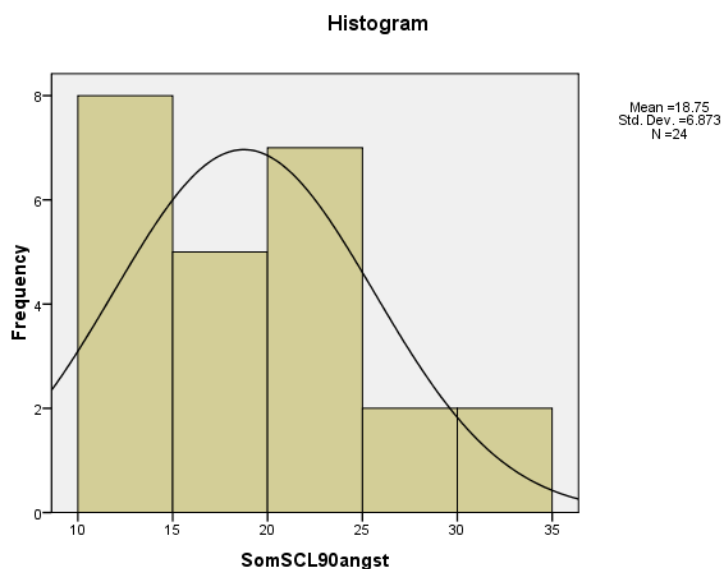
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSCL90angst	24	18.75	6.873	1.403

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

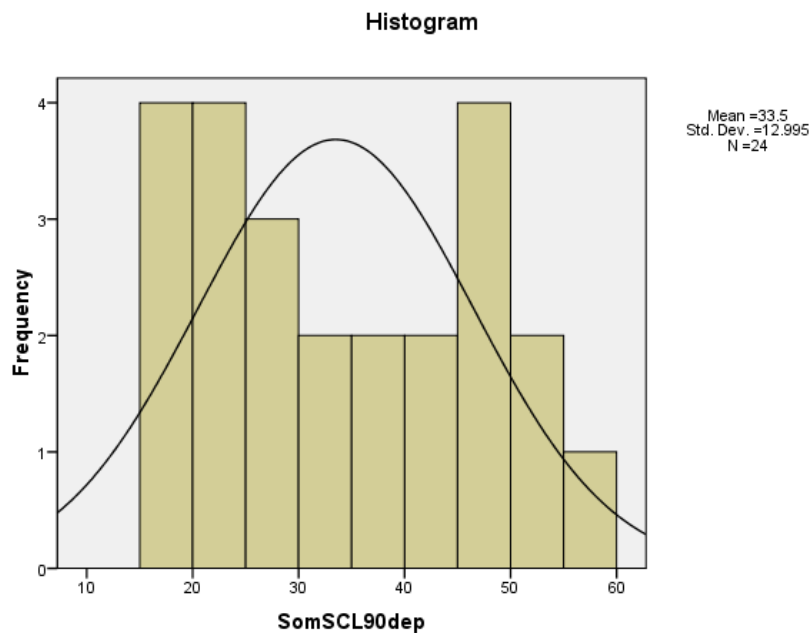
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSCL90dep	24	33.50	12.995	2.653

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

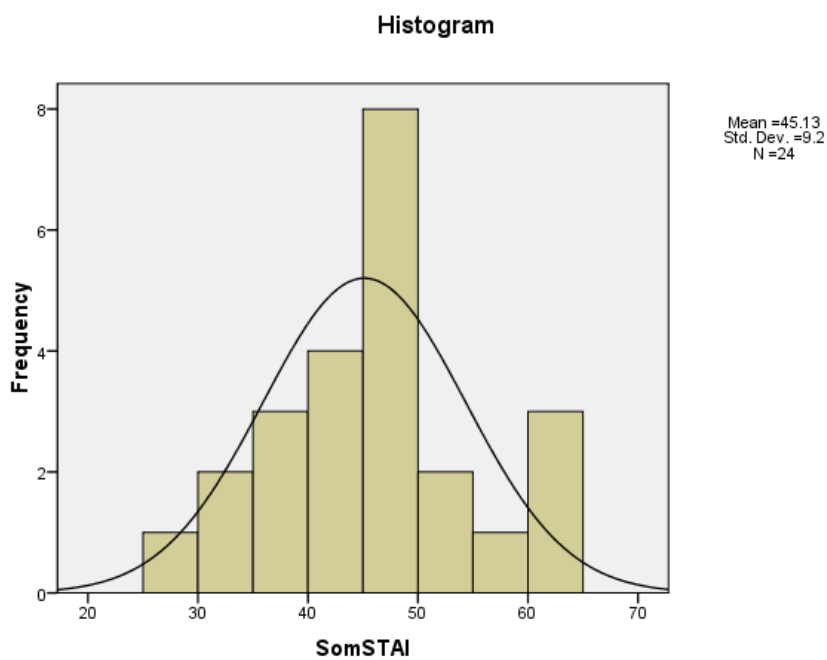
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SomSTAI	24	45.13	9.200	1.878

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

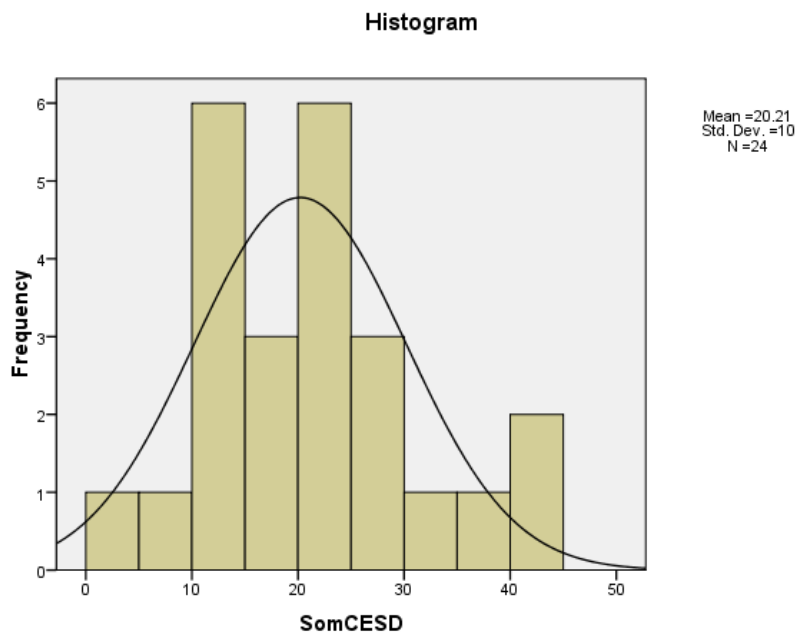
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SomCESD	24	20.21	10.000	3	41

Binominaaltoets

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	