

Een aanzet tot richtlijnen voor diversiteitsbewust gezondheids(zorg)- onderzoek

In de (bio)medische en sociale wetenschappen is de laatste jaren een enorme productie geleverd van kennis met betrekking tot gezondheid(szorg) en sekse. Meer en meer wordt in de onderzoekspraktijk aandacht besteed aan sekseverschillen in gezondheid en zorggebruik; verschil op basis van gender wordt helaas nog weinig onder de loep genomen. Ook andere sociaal-culturele verschillen zoals op basis van leeftijd(sfase), sociaal-economische klasse, en etnische herkomst krijgen binnen de genoemde disciplines redelijk veel aandacht. Publicaties over man-vrouwverschillen blijven echter vaak steken in de constatering van verschil; er vinden nog weinig analyses plaats van de herkomst en betekenis ervan zoals door bestudering van de samenhang met de overige verschillen. Hetzelfde geldt voor onderzoek dat juist op één of meer van de andere, sociaal-culturele diversiteitsfactoren gericht is. Deze onderzoekspraktijk hangt waarschijnlijk samen met het ontbreken van knowhow op het gebied van gendersensitief, en, algemener gesteld, diversiteitsbewust onderzoek.

Het doel van dit artikel is daarom richtlijnen te presenteren voor het doen van diversiteitsbewust onderzoek op het gebied van gezondheid(szorg). De auteurs zijn de bestuursleden van de Dutch Foundation of Women & Health Research (DFWHR), het landelijke, multidisciplinaire netwerk van onderzoekers met expertise op het gebied van sekse- en genderbewust gezondheids(zorg)onderzoek.

Groeiende diversiteit in cliëntenpopulaties

De huidige onderzoekspraktijk op het terrein van de gezondheid(szorg) houdt geen gelijke tred met de groeiende diversiteit in cliëntenpopulaties en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen en overige problematiek binnen de gezondheidszorg. Op tenminste drie niveaus doen zich vaak verschillen voor die een sociaal-culturele herkomst hebben, namelijk tussen patiënten, in ziekteprocessen, en in zorgverlening. Toch is theorievorming maar ook de onderzoeksmethodiek binnen het sociaal-wetenschappelijk en (bio)medisch gezondheids(zorg)onderzoek, impliciet en expliciet, vaak nog gericht op witte, Westerse, middenklasse mannen (Stewart, 1999). Waar het onderzoek wel bedoeld is om de problematiek van exclusieve groepen in beeld te brengen en/of te verklaren, is variatie daarbinnen op basis van andere diversiteitsaspecten meestal weinig in de opzet opgenomen of geanalyseerd (zie ook Van der Veen & Bonink, 2003). Zo zijn veel studies beschikbaar met aandacht voor sekseverschillen, maar *gender* (de sociaal-culturele betekenissen van mannelijkheid en vrouwelijkheid, dus ook hun inherente samenhang met andere sociaal-culturele en sociaal-economische diversiteitsfactoren zoals SES, leeftijd(sfase) etc.) blijft vaak onderbelicht (zie bijvoorbeeld Kunst, Bos & Mackenbach, 2003). Grondige analyses van man-vrouwverschillen vinden buiten de con-

text van Vrouwen-/Genderstudies nauwelijks plaats. Dat is jammer want dergelijke analyses zouden inzicht kunnen opleveren in bijvoorbeeld knelpunten bij de zorg voor specifieke groepen en richtinggevend kunnen werken bij verder onderzoek, zoals naar mogelijkheden tot opheffing van die knelpunten. Ook onderzoek naar de relatie tussen gezondheid(szorg) en andere differentiërende factoren, zoals leeftijd(sfase), sociaal-economische klasse en etniciteit, kan om dezelfde redenen gebaat zijn bij meer 'kruispuntdenken'. Vandaar dat we met deze bijdrage een aanzet willen leveren tot een meer diversiteitsbewuste onderzoekspraktijk op het gebied van gezondheid(szorg).

'Diversiteitsbewust' wil zeggen dat we naast sekse en gender ook andere categorieën van diversiteit in hun onderlinge samenhang in onderzoeksrichtlijnen opnemen. Het concept 'diversiteit' staat namelijk voor een verzameling kernaspecten van maatschappelijke-positietoe wijzing zowel als persoonlijke identiteit. Sekse en gender is altijd gelijktijdig en in onderlinge interactie werkzaam met andere diversiteitsfactoren zoals sociaal-economische status en etnische herkomst. Deze opvatting van diversiteit sluit aan bij het 'kruispuntdenken', een metafoor voor genoemde werkzaamheid binnen maatschappelijke positie en identiteit van verschillende diversiteitsfactoren op één moment (Lutz, 2002; Mens-Verhulst, 2003; Wekker, 2002). Voor het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg is het immers nodig aandacht te besteden aan specifieke groepen voor wie de gezondheidszorg onvoldoende beschikbaar, toegankelijk, geëigend en adequaat is (Gijsbers van Wijk, Van Vliet & Kolk, 1996). Het gaat daarbij om onderzoek naar gezondheid, het zorgproces (bijvoorbeeld interactie hulpverlener/patiënt, effecten van de zorg), en de organisatie van en het beleid in de gezondheidszorg, zowel in instellingen als overheidsbeleid. Kruispuntdenken kan dus worden ingezet ter verdieping van de kennis over gezondheidsproblemen, namelijk door die problemen in specifieke groepen met een specifieke context te onderzoeken.

Het denken over implementatie van een diversiteitsperspectief in gezondheids(zorg)onderzoek staat nog in de kinderschoenen (zie bijvoorbeeld Annandale & Hunt, 2000). Dit is niet verwonderlijk gezien het feit dat veel onderzoekers geen scholing of nascholing hebben genoten in het omgaan met heterogeniteit. Het ontbreekt dus aan knowhow bij professionals binnen de onderzoekswereld. Dit geldt ook voor het omgaan met sekse- en genderverschillen in het bijzonder. Er heeft nog geen 'gender-mainstreaming' plaatsgevonden van de praktijk van gezondheids(zorg)onderzoek, noch in ons land noch internationaal (APA, 1996; Bekker, Van Vliet & Kolk, 1999; NIH, 1994; 1996). Hierin speelt mogelijk mee dat er voor onderzoekers geen noodzaak is om aan bijvoorbeeld sekseverschillen aandacht te besteden, zolang dit onderwerp zelden (zie Klinge, 2002) een criterium is bij goedkeuring van onderzoeksvoorstellen en financiering daarvan. Met dit artikel beogen wij richtlijnen te presenteren voor het doen van diversiteitsbewust onderzoek op het gebied van gezondheid(szorg).

Uitgangspunten

Hierbij pretenderen we niet dat deze richtlijnen de definitieve blauwdrukken zijn voor het toekomstig onderzoek; we willen een aanzet geven – maar wel een flinke aanzet! Ook willen we het niet bij dit artikel laten, we streven ook de adoptie en verspreiding na van onze richtlijnen door relevante gremia (zie ook WHO, 2001).

'Kruispuntdenken' is inmiddels wel op conceptueel niveau ontwikkeld, maar concrete studies zijn vaak óf genderbewust vormgegeven óf gericht op een ander diversiteitsaspect zoals etniciteit. Wel zijn er vele aanzetten voorhanden¹.

Bij de ontwikkeling van richtlijnen voor diversiteitsbewust onderzoek kan geprofiteerd worden van de reeds beschikbare kennis inzake genderbewust onderzoek op allerlei deelterreinen (bijvoorbeeld Klinge & Bosch, 2001; NIH, 2000; Vademecum, 2003; WHO, 2001). Van



onze auteursgroep hebben meerdere leden al bijgedragen op dit terrein (bijvoorbeeld Bekker, 2003; Bekker, Van Vliet & Kolk, 1999; Klinge, 2002; Klinge & Maguire, 2004; Van Mens-Verhulst & Moerman, 2002; Moerman & Van Vliet, 2002; Moerman & Van Mens-Verhulst, 2004; Van Mens-Verhulst, in press). Ook is natuurlijk kennis beschikbaar over de vraag hoe de andere diversiteitsfactoren verantwoord in gezondheid(szorg)onderzoek kunnen worden verwerkt (bijvoorbeeld Van de Vijver & Leung, 1997).

Om tot de ontwikkeling van onderstaande richtlijnen te komen hebben we daarom een samenvatting gemaakt van werkwijzen zoals weergegeven in genoemde publicaties. We hebben ze weergegeven in een stap-voor-stapoverzicht waarin de verschillende fasen van een onderzoeksproces achtereenvolgens worden doorlopen, en dit proces waar nodig wordt aangevuld. In verschillende discussierondes is het overzicht verder ontwikkeld.

Doelgroepen en relevantie

Onze doelgroep zijn (aankomende) onderzoekers op het terrein van gezondheid(szorg). Het gaat dus om een brede groep onderzoekers afkomstig uit allerlei disciplines.

Systematische aandacht voor gezondheid(szorg)relevante verschillen op basis van sociaal-positionerende kenmerken als sekse, gender, etniciteit, en leeftijd(sfase) in de onderzoekspraktijk draagt bij aan een kennisproductie die kwalitatief beter, want breder toepasbaar en stereotypevermijndend is (zie bijvoorbeeld Bekker, 2003). Er wordt daardoor meer recht gedaan aan de beleving en realiteit van specifieke (sub)groepen van patiënten en cliënten. Daarnaast levert implementatie van dergelijke kennis, bijvoorbeeld over de preva-

lentie van gezondheid(szorg)relevante fenomenen bij diverse groepen in studie-designs en -vraagstellingen vervolgens meer inzicht in die fenomenen op, en daardoor relevanter en gericht onderzoek. Sommige vraagstellingen vallen immers af wanneer in aanmerking genomen wordt dat zekere fenomenen vooral bij bepaalde (sub)groepen voorkomen en niet bij andere (zie bijvoorbeeld Bekker, 1996; Rutter, Caspi & Moffitt, 2003). Wanneer we in aanmerking nemen dat sekseverschillen in depressie bijvoorbeeld leeftijdsgebonden zijn, is dat richtinggevend voor het genereren van relevante(re) vraagstellingen. Zo wordt meer valide kennis tot stand gebracht.

Diversiteitsbewust onderzoek kan ook een grotere diversiteitscompetentie bevorderen bij professionals werkzaam in de gezondheidszorg. Toegenomen diversiteitscompetentie impliceert op haar beurt een betere afstemming van de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg op de enorme en nog steeds toenemende diversiteit van patiënten en cliënten en hun gezondheidsproblemen, dus het tot stand brengen van een kwalitatief betere zorg. Ook past het vergroten van diversiteitscompetentie in het streven van de overheid naar vraaggestuurde zorg.

Behalve (aankomend) onderzoekers zijn er daarom ook andere doel- en gebruikersgroepen van het project, zoals consumenten van gezondheidszorg, beleidsmakers en professionals.

Richtlijnen

De concrete richtlijnen voor het doen van diversiteitsbewust gezondheid(szorg)onderzoek hebben we geordend volgens de stappen die doorlopen worden gedurende een compleet onderzoeksproces. Daarbij hebben we empirisch-wetenschappelijke onderzoeksprocessen



als uitgangspunt genomen waarbij gebruik gemaakt kan worden van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden. Op meer constructivistisch getint onderzoek (tekstanalyses bijvoorbeeld) zijn onze richtlijnen – met een kleine vertaalslag – ons inziens echter ook van toe-

passing. De richtlijnen worden gepresenteerd in de vorm van vragen die de onderzoeker moet beantwoorden ten einde het beoogde onderzoek zo diversiteitsbewust en – relevant mogelijk op te zetten en uit te voeren; en instructies.

1. Ontwikkeling onderzoeksvraag

Relevantie check:

Is het bij het voorliggende onderzoek relevant om rekening te houden met de verschillende diversiteitsfactoren (in hoeverre zijn de gebruikte concepten van toepassing, relevant, en overeenkomstig, dan wel verschillend van betekenis voor diverse groepen met hun uiteenlopende maatschappelijk posities)?

Zo ja, geef op basis van literatuur (zie *verplichte literatuurcheck*) en/of andere valide argumenten aan waarom.

Zo nee, geef argumenten waarom dit eventueel niet relevant is.

Is, indien van toepassing en mogelijk, gebruik gemaakt van multidisciplinariteit?

Verplichte literatuurcheck: ter onderbouwing van het antwoord op de relevantie check en als vertrekpunt voor de (nieuwe) onderzoeksvragen. Gebruik hierbij *Diversiteit* als bron van kennis (bijv. bestudeer sekse-ratio's gedifferentieerd naar andere categorieën zoals leeftijdsfase, etnische herkomst etc. voor prevalentie van een gezondheidsprobleem).

2. Methode van onderzoek

Betrokken actoren (specifieke patiëntgroepen of zorggebruikers;

NB: indien doel ook Ontwikkeling onderzoeksvraag is, dit punt al onder 1 behandelen):

- Zijn alle relevante actoren (zoals bijvoorbeeld specifieke patiëntengroepen of zorggebruikers afkomstig uit specifieke sociaal-culturele categorieën) bij het onderzoek betrokken?
- Is gelet op heterogeniteit in relevante diversiteitsaspecten zoals migratiegeschiedenis, opleidingsniveau, generatie, etc. bij de samenstelling van de actorengroep(en)?

Onderzoekspopulatie

- Zijn de diverse beoogde populaties adequaat (dat wil zeggen voldoende qua afspiegeling zowel als grootte) in de steekproef gerepresenteerd?
- Is daarbij gelet op (zo optimaal mogelijke) homogeniteit in relevante diversiteitsaspecten zoals migratiegeschiedenis, opleidingsniveau, generatie, etc. of juist, indien dat de bedoeling is, op een beoogde heterogeniteit bij de samenstelling van de actoren-groep(en)?

Procedure

Werving:

- Is de wijze van werving effectief ten aanzien van alle onderzoeksgroepen (= onderzochte groepen)/ actoren afzonderlijk?
- Is de wijze van werving bias-'vrij' (d.i. zo bias-vrij mogelijk) met het oog op alle afzon-

derlijke onderzoeksgroepen (met andere woorden: zijn er selectie-effecten in het spel, en zijn die mogelijk verschillend voor de verschillende groepen)?

Benadering en instructie:

- Zijn de wijze van benadering en instructie bias-'vrij' met het oog op alle afzonderlijke onderzoeksgroepen (met andere woorden: zijn er manipulaties, bejegeningen, of teksten in het spel die voor de verschillende groepen verschillende betekenissen hebben)? Is de instructie indien nodig aangepast voor of toegespitst op de diverse onderzoeksgroepen?

Onderzoeksinstrumenten

Algemeen:

- Vergelijkbaarheid ten aanzien van de diverse groepen in termen van constructvaliditeit, normering, en betrouwbaarheid: onderzocht en goed bevonden?
- Zo nee, wat wordt ondernomen om homogene metingen te verkrijgen, of wordt heterogeen gemeten (verschillende instrumenten voor verschillende groepen)?

Per specifiek type meetinstrumenten:

NB: We beperken ons hier tot de meest gangbare meetinstrumenten.

- Interview

Welke onderzoeksimplicaties heeft de verhouding geïnterviewde/interviewer indien vormgegeven als overeenkomstige of verschillende geslacht/overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Wat is de betekenis van de interviewsetting voor de verschillende onderzoeksgroepen?
Wat is de betekenis van de interviewvragen voor de verschillende onderzoeksgroepen?
Is de codering van de interviewgegevens vrij van bias?

- (Focus)groepinterview

Welke is de meest geëigende groepssamen-

stelling: overeenkomstige of verschillende geslacht/ overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Welke onderzoeksimplicaties heeft de verhouding geïnterviewde/interviewer indien vormgegeven als overeenkomstige of verschillende geslacht/overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Wat is de betekenis van de interviewsetting voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Wat is de betekenis van de interactie tussen de groepsleden voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Wat is de betekenis van de interviewvragen voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Is de codering van de interviewgegevens vrij van bias?

- Expertmeetings/panels

Welke is de meest geëigende groepssamenstelling: overeenkomstig of verschillend geslacht/ overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Welke onderzoeksimplicaties heeft de verhouding gespreksleider(s)/deelnemers indien vormgegeven als overeenkomstig of verschillend geslacht/ overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Wat is de betekenis van de setting voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Wat is de betekenis van de interactie tussen de groepsleden voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Wat is de betekenis van de vragen en onderwerpen voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Is de, eventuele, codering van het gespreksmateriaal vrij van bias?

- Biografieën; (gezondheids)portretten (diepte-interview)

(Indien in de vorm van een interview) overeenkomstig of verschillend geslacht / overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Wat is de betekenis van de onderzoeksvraag en -context voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Wat is de betekenis van de biografievragen voor de verschillende onderzoeksgroepen?

Is de codering van de biografiegegevens vrij van bias?

- *Vragenlijsten en schriftelijke tests**

Is de herkenbaarheid, relevantie, begrijpelijkheid, en moeilijkheidsgraad identiek voor de diverse onderzoeksgroepen?

Zijn de vragen indien nodig aangepast voor of toegespitst op de diverse onderzoeksgroepen?

Is de constructvaliditeit, betrouwbaarheid en factorstructuur hetzelfde voor alle onderzoeksgroepen? Wordt, als dat nodig is, ter standaardisering van meeteenheden voor alle groepen, gebruik gemaakt van geschikte statistische procedures? (bijv. Van de Vijver & Leung, 1997) Wordt, als standaardisering niet nodig wordt gevonden, beargumenteerd waarom niet?

Zijn de lijsten/tests* geijkt voor de verschillende groepen (identieke/verschillende grenswaarden?)

Wat is de betekenis en invloed van overeenkomstige of verschillend geslacht/overeenkomstige of verschillende etnische herkomst?

Zijn de observatiecategorieën vrij van bias?

Analyse van de gegevens

- Wordt – bij het vinden van effecten – in de analyses voldoende rekening gehouden met de effecten van de verschillende diversiteitsfactoren, met name met hun eventuele interactie-effecten? (NB Hier blijkt eventuele empirische evidentie voor het kruispuntdenken op het deelterrein van het onderzoeksonderwerp!)

3. Resultaten en conclusies

- Wat is de betekenis van de verkregen resultaten voor de diverse onderzoekspopulaties?

4. Implementatie

- Vereist een effectieve implementatie van de resultaten een per onderzoeksgroep en doelgroep verschillende strategie, en zo ja, welke?

** NB: Wat hier wordt genoemd geldt ook voor gedragsobservaties, gedragsregistraties, en (afgezien van het tekstuele aspect) ook voor fysiologische metingen en biologische indicatoren.*

Bestendinging

Het is onze bedoeling de richtlijnen niet alleen hier te presenteren en verder uit te geven, maar ook te bewerkstelligen dat ze gebruikt worden. Nogmaals, we beschouwen de richtlijnen niet als blauwdruk, maar als aanzet tot het diversiteitsbewuster maken van de onderzoekspraktijk op het terrein van gezondheid(szorg). In dit opzicht werken we in dezelfde richting als de WHO, de Amerikaanse APA en NIH's, de EU, en ZonMw die ieder op hun eigen wijze visies, activiteiten en producten hebben ontwikkeld waarmee eveneens wordt aangestuurd op meer aandacht voor diversiteit².

Onze doelstelling is uiteraard dat de primaire doelgroep, onderzoekers op het gebied van de gezondheid(szorg), de richtlijnen gaat toepassen in de onderzoekspraktijk. We hopen

hen daartoe behulpzaam te zijn en te enthousiasmeren onder meer via dit artikel in het *Tijdschrift voor Genderstudies*.

Noten

1. Zo hebben bijvoorbeeld Kunst, Bos en Mackenbach (2003) zich gewaagd aan een statistisch uitgedrukte 'verwevenheidsindex' en bijvoorbeeld Van Bavel en Van Mens-Verhulst (2005) en Bekker en Frederiks (2005) hebben diversiteit op kwalitatieve wijze proberen te 'vangen'.
2. Een recent ontwikkeld product uitgebracht door ZonMw is de Masterclass *Bereid tot diversiteit*; het daarbij behorende Compendium (Boland, Klinge & Bosch, 2005) is te downloaden via internet.

Literatuur

- American Psychological Association (APA) Women's Programs Office (1996). *Research agenda for psychosocial and behavioral factors in women's health*. Washington D.C.
- Annandale, E., & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: Research at the crossroads. In E. Annandale & K. Hunt (Eds.) *Gender inequalities in health*, (pp.1-35). Buckingham: Open University Press.
- Bavel, M. van & Mens-Verhulst, J. van (2004) . Over oudere mannen, gezond leven en traditionele mannelijkheidnormen. *Sociale Interventie* 13 (2) : 27-36.
- Bekker, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender; A review. *Clinical Psychology Review*, 16 (2), 129-146.
- Bekker, M.H.J. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data; A Multi-Facet Gender & Health Model. *Psychology, Medicine, and Health*, 8 (2), 231-243.
- Bekker, M.H.J., & Frederiks, E. (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. GGZ-Nederland: Kennisnet.
- Bekker, M.H.J., Vliet, K.P. van, & Kolk, A.M. (1999). Realising gender-sensitive health care; The role of research. In A.M. Kolk, M.H.J. Bekker, & K.P. van Vliet (Eds.) *Advanced Studies in Women and Health Research; Toward gender-sensitive strategies*, pp. 15-25. Tilburg: Tilburg University Press.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Vliet K.P. van & Kolk, A.M.M. (1996) Gender perspectives and quality of care. Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science and Medicine*, 43, 5, 707-720.
- Klinge, I. (2002). Integratie van de genderdimensie in onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80(4), 153-154.
- Klinge, I., & Bosch, M. (2001). Gender in research. Gender impact assessment of the specific programmes of the Fifth Framework Programme. *Quality of life and management of living resources* (EUR 20017). Brussels: European Commission.
- Klinge, I. & P. Maguire (2004). The policy implications of gender mainstreaming for healthcare research in the EU. *Pharmacoeconomics* 2004;22 Suppl.2:87-93
- Kunst, A. E., Bos, V & Mackenbach, J.P. (2003). *De verwevenheid van gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status met gezondheidsverschillen naar sekse en etniciteit. Een beschrijvend overzicht*. Rotterdam: IMGE.
- Lutz, H. (2002). Zonder blikken of blozen. Het standpunt van de (nieuw-)realisten. *Tijdschrift voor Genderstudies* (5) 3, 7-17.
- Mens-Verhulst, J. van (in press) A feminist diversity approach in health intervention research.
- Mens-Verhulst J. van, & Moerman, C. J. (2002). Seksebewust epidemiologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80 (4), 219-224.
- Moerman, C., & Mens-Verhulst, J. van (2004). Gender-sensitive epidemiological research: Suggestions for a gender-sensitive approach towards problem definition, data collection and analysis in epidemiological research. *Psychology, Health & Medicine*. Vol 9, no 1: 41-52.
- Moerman. C.J. & Vliet, K.P. van (2002). Goed onderzoek is seksspecifiek. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80 (4), 205-208. (Redactioneel bij het themanummer Aandacht voor sekse in gezondheidsonderzoek en de gezondheidszorg).
- NIH. (1994). *Guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research*. NIH Guide. Washington: NIH.
- NIH. (1999). *Agenda for research on women's health for the 21st century*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- NIH. (2000). *Guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research*. Update August 1, 2000. Washington: NIH.

- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1092-1115.
- Stewart, D.E. (1999). Can gender affect your health? Barriers to optimal health for women. In A. Kolk, M. Bekker & K. van Vliet (Eds). *Advances in Women and Health Research. Toward gender-sensitive strategies*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Vademecum (2003). Gender mainstreaming in the 6th Framework Programme - Reference Guide for Scientific Officers / Project officers, DG RTD, Unit C-5: *Women & Science*, March 2003.
- Veen, E. van der & H. Bonink (2003). *Thema Opmaat, diversiteit en patiëntenperspectief bij ZonMW*. Interne publicatie, september 2003.
- Vijver, F. van de & Leung, K. (1997). *Methods and data-analysis for cross-cultural research*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Wekker, G. (2002). Nesten bouwen op een winterse plek. Denken over gender en etniciteit in Nederland. *Tijdschrift voor Genderstudies* (5) 3, 24-33.
- World Health Organisation (WHO; 2001). *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward; Madrid Statement*.

© Marrie H. J. Bekker, Katja P. van Vliet, Ineke Klinge, Janneke van Mens-Verhulst, Atie van den Brink-Muinen, Dorly Deeg, Linda Mans, & Clara Moerman, 2005. All rights preserved. No part of this format may be reprinted or reproduced without permission in writing from the authors.

Beeldmateriaal

Portretfoto's door diverse amateurfotografen, verzameld op www.deviantart.com

ADVERTENTIES

krisis

TIJDSCHRIFT VOOR
EMPIRISCHE FILOSOFIE

ISSN 0168-275X

Verschijnt 4 x per jaar
Abonnement €72,- / €47,- [voor
studenten, aio's]; los nummer €17,50

Uitgeverij Boom
Postbus 400, 7940 AK Meppel
telefoon 0522-237555

www.uitgeverijboom.nl

2005
2
LOVER
TIJDSCHRIFT OVER FEMINISME, CULTUUR EN WETENSCHAP

Nederlandse identiteit
Een speurtocht in de Efteling

Filosoof Martha Nussbaum:
'We hebben woelige emoties nodig'

Een gedicht voor Sara Baartman
De thuisreis van de 'Hottentot Venus'

'Geachte Dames,'
Virginia Woolf over arbeidsparticipatie
van vrouwen

Huishouden als importproduct
De nieuwe arbeidsdeling
tussen Westen en Zuiden

LOVER is een kwartaaltijdschrift van het Internationaal Instituut voor de Geschiedenis van de Vrouwenbeweging (IIGV). Verkrijgbaar vanaf eind augustus in de boekhandel à €5,00.
 Abonnementenprijs: studenten €12 / particulieren €22 / organisaties €25. Telefoon: 0251 - 31 39 39 (Albionmeesterland), informatie over LOVER: www.tijdschriftlover.nl