

Marokkaans of vrouw?

Over variatie in opvattingen over gezond leven onder oudere vrouwen en de mogelijke consequenties daarvan voor gezondheidsbevorderende interventies

Janneke van Mens-Verhulst en Maria van Bavel

Binnen de gezondheidsbevordering worden veel activiteiten opgezet voor migranten enerzijds en ouderen anderzijds. De ene categorie burgers krijgt voorlichting in eigen taal en cultuur en de andere cursussen 'succesvol ouder worden'. Min of meer vanzelfsprekend is de aanpak voor allochtone groepen wel seksspecifiek, maar voor autochtone ouderen niet. Hebben Nederlandse ouderen meer met elkaar gemeenschappelijk dan hun seksegenoten uit migrantengroepen? De vraag is, of de etnische verschillen niet worden overschat en de sekseverschillen onderschat. In dit artikel exploreren we, waarin de opvattingen over gezond leven (GL) van oudere Marokkaanse en Nederlandse vrouwen uit de lagere sociaal-economische klasse overeenkomen en verschillen.

Hiermee nemen we deel aan de verschuivingen die in de wereld van de gezondheidsbevordering gaande zijn en die passen bij een pluriformer wordende samenleving (Van Houten, 2004). Het gaat met name om de verschuivingen

- van een lichamelijke oriëntatie (op leefstijlen) naar een integrale en multidimensionale oriëntatie - waarin ook de psychische, sociale, culturele en existentiële dimensie aan bod komen;
- van universele naar specifieke gezondheidsbevordering;
- van voorlichtingsboodschappen naar dialoog en uitwisseling in communities (Saan & De Haas, 2005).

Met het oog hierop is het van belang te weten, welke opvattingen over Gezond Leven bepaalde groepen burgers hebben. Deze bepalen immers hun belevings- en handelingsruimte, en daarmee ook de dialogische ruimte voor professionals. Elders hebben we al de resultaten beschreven van een exploratie onder oudere Nederlandse en Marokkaanse mannen (Bavel & Van Mens-Verhulst).

Overeenkomstig bovenstaande verschuivingen staan twee vragen centraal: A) Welke dimensies komen in de GL-opvattingen van deze vrouwelijke subpopulaties voor; en welke plaats nemen de leefstijlthema's hierin in? B) Spelen vrouwe-

lijkheidsnormen een rol in hun GL-opvattingen; en zo ja, hoe?

Onder vrouwelijkheidsnormen (ook wel vrouwelijkheidscoderingen genoemd) verstaan we 'opvattingen en denkbelden die vrouwen tijdens hun socialisatieproces hebben meegekregen over wat in een bepaalde context gewenst en ongewenst rolgedrag is voor vrouwen' (Van Oosten & Van der Vlugt, 2002). Dergelijke normen beïnvloeden zowel andere opvattingen als levenshouding, ambities, coping- en communicatiestijlen. Als zodanig kunnen ze gezond leven versterken, maar ook belemmeren.

Het project Zin in Gezond Leven

Deze studie maakt deel uit van het project *Zin in Gezond Leven* (ZGL), een onderzoeks- en ontwikkelproject in het kader van het programma Gezond Leven van ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw). Daarin ging het erom interventies te ontwikkelen voor oudere Nederlanders en Marokkanen uit de lagere klasse, zowel mannen als vrouwen. Doel was hun ervaring van zin en vitaliteit te bevorderen evenals hun vermogen zelf vorm te geven aan GL.

Partners in dit project waren de Universiteit voor Humanistiek (UvH), TransAct (landelijk expertisecentrum gezondheidsvraagstukken rond sekse en etniciteit) en de Gemeentelijke GezondheidsDienst Rotterdam en omstreken. De GGD vormde de toegangspoort tot het veld en de doelgroep.

De projectopzet was geïnspireerd door een radicaal diversiteitsperspectief. Dat wil zeggen dat er systematisch rekening werd gehouden met maatschappelijk relevante verschillen tussen mensen; niet alleen wat betreft leeftijd en klasse, maar ook qua sekse en cultuur. Tevens was er aandacht voor de machtsverschillen die hiermee gepaard gaan (Van Mens-Verhulst, 2003).

Mede vanwege de beoogde empowerment was de aanpak participatief en dialogisch (Greenwood & Levine, 1998; Hart & Bond, 1995; Maso & Smaling, 1998). Simpel gezegd, betekent dit dat de partners er naar streefden deelnemers (m/v) vanuit de doelgroep niet alleen te laten

meedoen en meewerken, maar ook meebeslissen. Hoe moeilijk dat is te verwezenlijken en welke spanningen dat kan oproepen, alleen al bij de onderzoekers, is te lezen in 'Waarde(n)vol onderzoek' (Van den Ende & Jacobs, 2005).

Er is gewerkt met een projectgroep en een klankbordgroep die beide heterogeen waren in etniciteit en sekse. Aan de projectgroep namen twee Marokkaanse en twee Nederlandse mannen plus twee Marokkaanse en twee Nederlandse vrouwen deel. Van elk tweetal had er één de positie van peer en één van intermediair. Iedereen werd betaald. Zo was er qua sekse en etniciteit een opzettelijke similariteit met de doelgroepen aangebracht. Ook qua leeftijd en klasse was zoveel mogelijk overeenkomst gecreëerd. Verder participeerden in de projectgroep zes professionals op het terrein van onderzoek en interventie, eveneens betaald. Deze waren allen van Nederlandse herkomst. Onder hen was één man.

De eerste fase in het project was het ontwikkelen van een zowel sekse- als etniciteitsbewust referentiekader voor GL, door via interviews te onderzoeken, welke opvattingen de vier subdoelgroepen (mannen en vrouwen, Marokkaans en Nederlands) hierover hadden.

Daarna is geleidelijk gestart met de volgende fase: het vertalen van de verkregen inzichten in gezondheidsbevorderende interventies. Die zijn eerst getoetst bij intermediairs en peers en bij externe professionals (met focusgroepen), later in proefbijeenkomsten. Inmiddels bestaat er een 'ZGL-koffer' met materialen en handleiding voor sekse- en etniciteitsbewuste gezondheidsbevordering. Voor het leren werken hiermee biedt TransAct een training aan.

Dataverzameling

Respondenten zijn geworven via de intermediairs en peers, volgens de criteria van de onderzoekers. Door de doelgroep te beperken tot ouderen tussen de 55 tot 75 jaar met weinig opleiding en inkomen is er qua leeftijd en klasse gehomogeniseerd. Qua etniciteit en sekse is ook hier systematisch gediversifieerd: in Nederlands en Marokkaans en in mannen en vrouwen. Met het oog op een zo groot mogelijke variatiedekking is gelet op woonwijk, burgerlijke staat,

samenstelling van de huishouding, dagelijkse bezigheden (binnen- en / of buitenshuis), geloof, levensbeschouwing, mobiliteit en gezondheidstoestand.

De projectgroepleden hebben halfgestructureerde interviews gehouden met 32 respondenten. Daarvoor hebben de intermediairs en peers eerst een interviewtraining gekregen. Tegelijkertijd is toen met hen samen een topic-list ontwikkeld, die uiteindelijk vijf gebieden van GL besloeg: (a) de betekenis, (b) factoren die erop van invloed zijn, (c) ideaal en werkelijkheid, (d) toekomstverwachtingen en (e) belang. De leefstijlthema's en vrouwelijkheidsnormen die voor dit artikel zijn geanalyseerd, waren in de dataverzameling dus geen expliciete thema's.

De interviews zijn op audiocassette opgenomen. Van de Nederlandse interviews zijn volledige transcripten gemaakt. Van de Marokkaanse interviews zijn transcripten gemaakt van de vertalingen die de Marokkaanse intermediairs en peers op een tweede audiocassette hadden ingesproken. Om een extra interpretatielaag te vermijden zijn bij het maken van die transcripten geen taalcorrecties toegepast.

Tien van de in totaal vijftien met vrouwen gehouden interviews waren volledig en diepgaand genoeg om als analysemateriaal voor dit artikel te kunnen dienen. Daaronder waren er vijf van Nederlandse en vijf van Marokkaanse vrouwen.

Analyse

De transcripten zijn gecodeerd met behulp van het software-programma Atlas-ti. Per respondent is gemarkeerd aan welke thema's en vrouwelijkheidsnormen zij refereerden. Als een fragment naar twee onderscheiden normen verwees, is voor beide gecodeerd.

Uit het materiaal kwamen de volgende thema's naar voren: vrije tijd; seksualiteit; religie; familie; kleinkinderen; (schoon)ouders; sociale contacten; materiele aspecten; omgeving; geld / bezit; kosten levensonderhoud; vervuiling; wonen; racisme / vooroordelen / discriminatie.

Daarnaast is apart gecodeerd voor de volgen-

de leefstijlthema's: Beweging, Roken, Alcohol, Voeding / (over)gewicht en Ontspanning / stress / overspannenheid (vaak samengevat in het acronym BRAVO).

Voor de vrouwelijkheidsnormen is geput uit een lijst waarmee al sinds enkele decennia in de seksspecifieke hulpverlening wordt gewerkt; een lijst die van oorsprong gebaseerd is op westerse ideaalbeelden (Van Oosten & Van der Vlugt, 2002). Deze normen zijn dus als traditioneel te kwalificeren, maar gezien het cohort ouderen dat bij deze studie is betrokken, leek dat verantwoord.

Een vrouw

1. is pas een vrouw als ze een man en kinderen heeft.
2. houdt rekening met de behoeften en wensen van anderen.
3. is primair verantwoordelijk voor de opvoeding en zorg van huishouden en de kinderen.
4. ontleent haar identiteit aan relaties met anderen.
5. is solidair met andere vrouwen en mag zich niet te veel onderscheiden.
6. mag zich niet seksueel uitdagend gedragen, noch mannen negeren.
7. mag zich kwetsbaar en emotioneel opstellen.
8. mag hulp en steun vragen van anderen als ze problemen heeft.
9. besteedt aandacht aan haar uiterlijk en zorgt ervoor dat ze er voor anderen aantrekkelijk uitziet (voldoet aan schoonheidsideaal).
10. is van nature liefdevol, aardig en vriendelijk (agressie en boosheid horen niet bij een vrouw).
11. hoort zich niet te zelfstandig te gedragen.
12. vindt intimiteit een belangrijke voorwaarde voor seksueel contact.

De codering en interpretatie is gedaan door drie vrouwen, waaronder de twee auteurs. Eerst hebben twee van hen in onderling overleg de relevante passages gecodeerd, daarbij rekening houdend met de context van het totale interview. De validiteit van die interpretaties is verhoogd door ze te leggen naast uitspraken die

naderhand, met behulp van vignetten uit de interviews, zijn ontlokt aan de intermediairs en peers. Uiteindelijk zijn samen met de derde codeur / beoordelaar de dimensies ingedeeld, de vrouwelijkheidsnormen tot twee rubrieken samengevoegd en de ondertoon van de reacties (instemming, kritiek of verzet) ingeschat.

De analyse komt voor rekening van de twee auteurs. Zij hebben bij de beantwoording van de twee vragen - naar GL-opvattingen en de rol van vrouwelijkheidsnormen - steeds gelet op verschillen en overeenkomsten tussen maar ook binnen de twee subpopulaties. Het ging hen er in de eerste plaats om de onderlinge variatie zichtbaar te maken, maar waar zij bepaalde patronen meenden te bespeuren, hebben ze ook die aangegeven. Terwille van de controleerbaarheid van de interpretaties, zijn in de citaten alle afwijkingen van de standaardtaal gehandhaafd.

Tien vrouwen

De demografische gegevens van de tien geïnterviewde vrouwen zijn samengevat in tabel 1. Vier van de Marokkaanse respondentes zijn qua chronologische leeftijd jonger dan beoogd was. Afgaande op kenmerken als partnerverlies, ge-

zondheidsklachten en aanwezigheid van kleinkinderen, passen ze echter wel in de bedoelde levensfase (Wagemakers & Quispel, 2003). Hun verblijfsduur in Nederland is twintig jaar of meer.

Vijf vrouwen zijn getrouwd en leven met een mannelijke partner, vier zijn verweduwd en één - Marokkaanse - gescheiden. Allen hebben kinderen, verscheidene al kleinkinderen. Van de Marokkaanse moeders wonen nog kinderen thuis. Van drie Nederlandse vrouwen zijn de ouders of schoonouders nog in leven.

Zeven van de tien respondenten, waaronder alle Marokkaanse, beschouwen zichzelf als actief religieus. Bijna allemaal hebben ze activiteiten buitenshuis en drie hiervan hebben betaald werk (parttime). Op één respondent na rapporteert iedereen gezondheidsklachten.

Dimensies van gezond leven

Tabel 2 vermeldt de totale omvang van de interviews, uitgedrukt in het aantal woorden, en de frequentie waarmee de verschillende onderwerpen aan bod zijn gekomen. Voor een getalsmatige vergelijking tussen de Nederlandse en Marokkaanse subgroep moeten vanwege

Tabel 1. Demografische gegevens respondenten

	Nederlandse vrouwen					Marokkaanse vrouwen				
	Anna	Carola	Lia	Lianne	Magda	Aisja	Azra	Dunya	Jamila	Rhiwi
Leeftijd	75	56	56	64	61	52	49	49	62	48
Burgerlijke staat	wed	geh	wed	geh	geh	geh	gesch	geh	wed	wed
Verblijfsduur in jaren						32	20	28	?	20
Thuiswonen-de kinderen	nee	nee	nee	ja	nee	ja	ja	ja	ja	ja
Kleinkinderen	ja			ja					ja	
(Schoon) ouders		ja	ja		ja					
Religie	geen	geen	geen	kath	protestant	islam	islam	islam	islam	islam
Bezigheden buitenshuis	ja	ja, betaald	ja	ja	ja	ja	ja, betaald	ja, betaald	nee	nee
Gezondheidsklachten	slechte knie	hoge bloeddruk	spierklachten	schildklier-depressie, hoofdpijn	eczeem	herseneninfarct, diabetes; hartklachten	geen	rugklachten	hoge bloeddruk, gal	?

het verschil in omvang van de interviews de frequenties voor de laatste categorie tenminste worden verdubbeld.

Tabel 2. Frequenties van verschillende dimensies

	Nederlandse vrouwen	Marokkaanse vrouwen
Omvang interview in woorden	78.000	35.000
Leefstijl		
Voeding	37	2
Beweging	23	2
Ontspanning	25	4
Seksualiteit	1	0
Leefomgeving		
Familie	45	55
Sociale contacten	40	9
Andere omstandigheden	24	12
Religie	2	6
Geld	7	11
Vrouwelijkheids-normen		
Rekening houden met anderen	24	6
Opvoeding en huishouden	25	14

Fysieke dimensie

Duidelijk is dat de leefstijlthema's voornamelijk door de Nederlandse vrouwen worden genoemd. Zij spreken over bewegen, uiteenlopende manieren om te ontspannen en hoe moeilijk het is je te beperken tot gezonde voeding. Seksualiteit komt slechts eenmaal aan bod als Anna vertelt dat ze haar kleindochter waarschuwt 'zuinig te zijn op haar lichaam'. Lia legt uit dat er aan bewegen, hoe gezond en prettig ook, risico's kleven, want de openbare ruimte is niet veilig voor vrouwen. Zij wandelt liever in groepsverband dan alleen.

In het algemeen laten ze zich kritisch uit over de leefstijl-adviezen. Magda verdedigt haar rookgewoontes bijvoorbeeld als volgt: 'Ik zeg altijd, als men tegen mij zegt rook jij nog? Ben jij nog niet gestopt? Ja ik heb het geprobeerd maar ik kan het niet. Maar ik drink niet en ik ga niet met andere kerels mee, mag ik dan roken? Zo. Ja tot nog toe vind ik het voor mij accep-

tabel. Ik probeer het zo min mogelijk als mijn kleinkinderen erbij zijn.'

Lia refereert zelfs aan een gezondheidsdictatuur: 'Nou (...) als ik bedenk en dat weet ik ook niet uit eigen ervaring, maar goed als ik dan merk hoe moeilijk het is voor een hoop mensen [...] zowat een soort dictatuur waarin je iedereen oplegt van je moet elke dag inderdaad dat half pond groenten eten en je moet elke dag minstens een uur wandelen, je moet minstens zo veel fruit eten ik denk dat en nou ja iedereen moet een vitaminepilletje slikken of iets dergelijks.'

Kortom, voor deze Nederlandse vrouwen maken de leefstijladviezen wel deel uit van hun opvattingen over GL, maar op een ambivalente manier. Hoewel ze ze grotendeels onderschrijven, leven ze ze niet stringent na en soms spreken ze ze ook tegen: af en toe mag je er best van afwijken. Zoals Anna zegt: 'Anders is het helemaal zo kaal.'

Andere dimensies

Uit tabel 2 blijkt dat familie voor beide groepen respondenten een belangrijk onderwerp is. In de Nederlandse interviews komen vaak ook wijdere sociale relaties aan de orde, in de vorm van 'goede verhoudingen om je heen' en 'deelnemen aan de maatschappij'.

De categorie 'andere omstandigheden' omvat woningbouw, luchtverontreiniging en toegankelijkheid van de hulpverlenende instanties, maar ook ervaringen met discriminatie en migratie. Hieronder valt dus ook Dunya's visie dat allochtonen ziek zijn door wat ze allemaal te verduren hebben en niet kunnen uiten: 'Wij als allochtoon, wij schaam van alles, en wij kunnen niet alles naar voren brengen, daarom wij slikken heel veel, wij slikken echt tot wat wij niet kan. [...] En daarom wordt gezegd dat allochtonen zijn altijd ziek, zij hebben altijd rugpijn, buikpijn, hoofdpijn. Waar komt dat vandaan? Dat komt allemaal van die spanning.'

Religie is zesmaal zo vaak gememoreerd door de Marokkaanse dan door de Nederlandse respondentes, meestal als bron van steun. Voor Dunya is vrijheid om je godsdienst te beleven het belangrijkste punt in haar leven. Aisja, die een herseninfarct heeft gehad en bovendien

last heeft van suikerziekte en hartklachten, verwoordt de rol van haar geloof zo: 'Ik vind wat God iets geven, ik neem gewoon [aan]. Gezondheid kan [je] niet kopen. Als [God] je iets geven[...]of je wil of niet, [...] moet je gewoon krijgen. Als je iets gekregen heb, je gaat nemen, je hebt geen andere keus. Keus maken kan niet met zo iets, je wil keus maken, maar kan niet. [...]. Je leeft er mee...'

Geld komt in beide groepen aan de orde als een voorwaarde voor GL. Om dieet te houden, aan fitness te doen, ontspannend te kunnen winkelen of naar familie te reizen - en daarmee GL te realiseren - moet je over de financiële middelen kunnen beschikken.

Wisselwerking tussen de dimensies

De interviews getuigen niet alleen van een meerdimensionale opvatting van GL, maar ook van ideeën over de wisselwerking tussen die dimensies, met name van lichaam en geest. Lianne zet 'lekker in je vel zitten' op de eerste plaats. 'Als je niet lekker in je vel zit, voel je je vaak lichamelijk ook niet lekker,' volgens Carola. Voor Magda brengt 'lichamelijk kapot zijn' (mits voor een goed doel!) juist mentale ontspanning. Zowel Magda als Lianne zijn van mening dat je je best wel gelukkig kunt voelen, ook al mankeren er lichamelijk dingen.

Waar de Nederlandse vrouwen hun verhaal opbouwen vanuit een opsomming van onderscheiden aspecten, is het verhaal van de Marokkaanse vrouwen holistischer. Azra schetst GL aldus: 'Als je vrijdag vrij bent van je werk of als ik morgens lekker omkleed, kinderen onder de douche [...] dan denk ik vandaag is vrij, dus ga ik lekker couscous maken. Dan gaan wij weg en als wij terug komen thuis, gaan wij samen eten op onze manier. Zet ik een bord vol couscous en soms ook vriendin erbij uitnodigen. Of als mijn zus bij mij komt, dan zit ik echt in vol huis dan denk ik: oh, dat is gezond leven. Ik heb vandaag aan mijzelf gedacht.'

Vrouwelijkheidsnormen

Tabel 2 laat zien dat 'rekening houden met anderen' (norm 2) en 'verantwoordelijk zijn voor

opvoeding, zorg en huishouden' (norm 3) het meest worden genoemd. Samen zijn ze te typeren als 'zorgen voor anderen'. De Marokkaanse respondenten richten die zorg vooral op man en kinderen.

Dunya: 'Vorige keer mijn zoon had een goeie rapport. Hij had alles goed gedaan. [...] Ik voel me echt gezond, ik voel mij echt licht. Geen pijn meer.'

Azra: 'Vroeger ik zie gezond leven anders. Ik zie dat ik ga trouwen; dat ik kinderen krijg; dat ik met mijn man alles zelf samen doen, als kinderen opvoeden; zoveel proberen als goed te doen en zoveel mogelijkheden, dingen die nuttig zijn samen naar binnen te brengen. Niet van: hij is weg en nu moet ik zelf alle problemen op mijn nek dragen. En niemand die denkt met mij aan ziek kind, of aan die kind die heeft wat nodig [...]. Zo had ik het in begin bekeken maar nu is veel anders en daarom zie ik de leven niet zoals gezond leven.'

Daarentegen spreken de Nederlandse respondentes, ook degenen die nog getrouwd zijn, niet over zorg voor hun echtgenoot of kinderen. Wel geeft Magda aan dat zij het heerlijk vindt soms even 'vrij' te zijn van haar man, waarmee ze toch lijkt te verwijzen naar een mogelijke zorglast of -plicht voor de partner. Expliciet noemen ze echter de (schoon-) ouders, andere familieleden en eenzame of gehandicapte mensen aan wie ze aandacht besteden.

Carola: 'Donderdags komt altijd de hele familie (lacht). Die eten altijd mee. Ze zitten soms met ze tien aan tafel. Ja, dat vind ik wel belangrijk.'

Iter: 'Welke familie is dat dan?'

Carola: 'Nou, dat zijn me moeder, me schoonmoeder, me schoonzus, mijn vriendinnen en die komen dan voor 't háár. En dan eten ze gelijk mee. Want ja, die zijn vaak allemaal alleen.' Magda geeft het voorbeeld van haar vrijwilligerswerk voor de Zonnebloem: 'Dat is dan lichamelijk een inspanning, maar het geeft mentaal een ontspanning.'

Iter: 'Ja en hoe komt dat?'

Magda: 'Gewoon omdat het zo heerlijk is om dingen voor mensen te doen die gelijk, bij wijze van spreken, reageren dat ze het fijn vinden, dat ze het naar de zin hebben.'

De overige vrouwelijkheidsnormen spelen vrijwel geen rol in de GL-opvattingen. Alleen aan 'identiteit in relaties' (norm 4) en 'kwetsbare en emotionele opstelling' (norm 7) is ook enkele malen gerefereerd, zowel door Nederlandse als Marokkaanse respondenten.

Risico's

'Zorgen voor anderen' kan het GL van vrouwen echter ook bedreigen. Eén van de risico's is dat hun *zelfzorg in het gedrang* komt. Zowel Magda als Carola geven aan dat ze voor hun eigen bestwil hebben moeten leren afstand te nemen van hun kinderen of andere zorgbehoeftigen. Lianne is om die reden met haar werk in de thuiszorg gestopt.

Magda: 'Ja dat toen die jongens eenmaal de deur uit waren, ouder werden, zelfstandiger werden. Toen kwam je pas een beetje aan jezelf toe.'

Carola: 'Daar ben nou wel een beetje meer in gehard hoor. Da doe ik niet meer zo (haha) nee. Maar vroeger stond ik gelijk paraat, weet je wel, dan ging 'k gelijk er op af. Kijk en dat leer je natuurlijk wel.'

Iter: 'En daar bent u ook blij om?'

Carola: 'Ja, tuurlijk. Já, want daar heb je jezelf mee, als je dat iedere keer doet. (lacht).'

Lianne: 'Dat was ook de reden dat ik in de thuiszorg gestopt ben, want dan kon ik niet met die zorgen overweg. Mensen komen toch altijd met de zorgen bij je, leef ik eigenlijk een teveel mee.'

Voor Dunya en Rhiwi is het conflict tussen zorgen voor anderen en zorgen voor jezelf nog een dagelijkse realiteit. Dunya typeert haar leven als volgt: 'Een vrouw die werkt die wordt van alle kanten onder druk [gezet], zij is onder druk heel de dag, want ze is buiten bezig en ze komt binnen en ze moet ook weer opnieuw beginnen en heeft zij de kracht misschien niet maar zij doet meer dan dat zij kan. En zij probeert van alles te doen, echt haar kinderen te helpen, zoveel voor te bereiden voor haar man en dat komt allemaal tegen haar capaciteit, dus dat wordt voor haar teveel.'

Rhiwi: 'Nou kijk, als ik ga tijd besteden aan me eigen zelf, dan heb ik tekort voor andere dingen. Dus dan geef ik af en toe voor mij tijd, voor me eigen zorgen. Dan ga ik even zwem-

men of ik ga even trainen. Maar dan af en toe, dan ga ik naar mijn [invalide, auteurs] zoon toe. Dan heb je zoveel dingen nodig verzorgen. Dan heb je tekort voor mijn zoon en dan lukt het niet. En dan op een gegeven moment, als ik teveel helpen aan de invalide jongen, dan lig ik helemaal doodziek, dus dan heb ik echt niet tijd voor mezelf.'

Een ander risico is het *gebrek aan erkenning*, met name van de partner. Azra, de enige gescheiden Marokkaanse vrouw, heeft daar duidelijk over nagedacht.

'Wij als vrouwen wij hopen altijd dat wij een leuke dag meemaken: met ons mannen aan ons denken en naar huis komen; en dat heel goede hart dingen thuis brengen, met een heel goede oog; en denk aan wat wij mankeerden. En dat hij ook naar ons als vrouwen op een hele goede manier kijkt en hij geef jou, hij vrijt jou met een woord. Daar word jij echt vrouwelijk van, maar dat gebeurt helemaal niet. En dat is wat ons leven echt kapot maakt.'

In haar analyse vermengt zich een migratie- en emancipatienarratief: 'Wat kunnen wij doen? Die grote verschil tussen culturen dat is een leven die heeft ons laten vervallen. Weten wij niet welke kant moesten wij echt innemen. Het heeft ook een heel grote invloed op ons leven als relatie man en vrouw, maar hoe kunnen wij dat eigenlijk acteren en corrigeren? Wij moeten geduld hebben en wij moeten opgeven. Als vrouw een fout maakt, dan moet de man er niet zo slecht naar kijken. En als man, moet de vrouw soms vergeven en niet een groot belangrijk tijd aan geven, want dan verlies je tijd en bereik je niets.'

Ten slotte is er het *risico van schuldgevoel*, wanneer men zorg zou kunnen geven, maar dat toch niet doet. Drie Nederlandse vrouwen maken daar gewag van, waaronder Lia: 'Ik vind het wel lekker om soms op de dag of op de ochtend te beslissen van het is zo mooi weer ik kan iemand bellen en we gaan wandelen of ik ga weg of ik neem toch maar de trein ergens naar toe om even ergens anders te kijken of wat dan ook. [...] Maar ik heb wel ergens in mijn achterhoofd van ja nu ik zit hier te zitten en ik doe niets en ik voel me daar niet goed bij, om dan toch te bedenken van dan moet ik toch maar weer ergens

kijken of er ergens iets van vrijwilligerswerk is waar ik dan toch maar weer andere mensen kan helpen.'

Van de Marokkaanse vrouwen neemt alleen Jamila het woord schuld in de mond - omdat ze niet bij haar kinderen kan zijn die in Marokko leven.

BRAVO voorbij

De analyses laten zien dat GL voor de tien vrouwen inderdaad meer dimensies dan alleen de lichamelijke omvat. Het gaat ook om gezelligheid, sociaal contact, samen eten en zorgen voor anderen. En over gezien worden, erkenning krijgen, deel uitmaken van een maatschappij en daaraan volwaardig kunnen deelnemen.

Voorzover de Nederlandse vrouwen refereren aan leefstijlvoorschriften - met name aan bewegen, roken en gezonde voeding - doen ze dat vooral in kritische zin: als adviezen die niet gemakkelijk toepasbaar en nogal eenzijdig zijn. Hoewel zij de lichamelijke kant wel vaak als uitgangspunt nemen, leggen ze de nadruk op de psychische en sociale dimensie en de wisselwerking tussen alle dimensies. Zij worstelen als het ware om tot een holistisch beeld te komen. Enerzijds onderschrijven ze de leefstijladviezen, anderzijds gaan ze hier inconsequent en flexibel mee om.

De Marokkaanse vrouwen nemen niet één van de dimensies als uitgangspunt, maar presenteren een totaalbeeld waarin de lichamelijke kant een relatief kleine plaats inneemt. In hun verhalen spelen familie, migratie, religie en materieel welzijn een grotere rol. Ze wijzen er bijvoorbeeld op, hoe GL wordt ondermijnd door het ver van je familie vandaan wonen, gediscrimineerd worden en jezelf altijd moeten bewijzen.

Zorgen voor anderen

'Man en kinderen hebben' (norm 1) is herkenbaar in de wijze waarop de levens van de vrouwen zijn ingericht; ze zijn of waren allemaal getrouwd. De Marokkaanse vrouwen die hun echtgenoot kwijt zijn, door overlijden of echt-

scheiding, beschouwen dit als een kwestie van ongezond leven. Daarentegen wijden de Nederlandse vrouwen in het interview weinig woorden aan hun partner in het kader van GL.

De ideologie van de traditionele vrouwelijkheid is duidelijk aanwezig in de norm 'zorgen voor anderen'. Hier klinkt het gebod tot een relationele identiteit (norm 4) en aardig zijn (norm 10) doorheen. Wie daar niet aan voldoet, krijgt schuldgevoelens en dat voelt ongezond. Maar wie er wel aan voldoet, loopt ook gezondheidsrisico's: vanwege een gebrek aan zelfzorg en / of erkenning.

De kring van mensen voor wie zij zorg voelen en / of nemen, is groter bij de Nederlandse dan de Marokkaanse vrouwen. Dit lijkt in tegenpraak met de autonomie- respectievelijk gemeenschapsoriëntatie die doorgaans aan deze etnische groepen wordt toegeschreven, maar stemt overeen met de constatering dat bij Marokkanen (m/v) het familienetwerk dominant is en bij Nederlanders (m/v) lokale en autonome netwerken ongeveer een even grote rol spelen (Boer & Schellingerhout, 2004). Een andere mogelijke verklaring is het verschil in levenssituatie: de Nederlandse vrouwen hebben geen thuiswonende kinderen meer, de Marokkaanse vrouwen wel. Misschien speelt er ook een verschil in zelfdefinitie? Vrouwen van beide etniciteiten lijken zich te baseren op een 'zelf-in-relatie' (Surrey, 1988; Jacobs, 2001). Die relaties maken voor Marokkaanse vrouwen echter deel uit van de traditionele vrouwenrol (echtgenote en moeder), terwijl de Nederlandse zich ook in andere relaties lijken te situeren.

Interessant is dat de Nederlandse vrouwen zowel zorgnorm als -gedrag in historisch perspectief plaatsen: als iets wat ze geleerd hebben (bijvoorbeeld van hun moeder), maar waarvan ze zich los hebben moeten maken om gezond te blijven. Magda geeft expliciet aan dat die losmaking niet mogelijk was geweest zonder de maatschappelijke vrouwenemancipatie. De Marokkaanse vrouwen lijken de zorgnorm zonder voorbehoud te accepteren en uiten zich er ternauwernood reflexief over. Behalve Azra. Zij wijst erop dat de westerse ideeën over emancipatie kunnen leiden tot een 'verdwaald leven': door conflicten en vervreemding van de eigen

groep hoor je dan nergens meer bij. De overige aan vrouwelijkheid gekoppelde geboden en verboden komen in de interviews eigenlijk niet aan de orde. Naar de redenen kunnen we slechts gissen: zijn deze normen te vanzelfsprekend of juist achterhaald (bijvoorbeeld vanwege de oudere leeftijd)? betreffen ze een taboe of zijn ze irrelevant in het kader van GL? De reden kan per norm verschillen, maar ook per etnische groep.

Ruimtes voor gezondheidsbevordering van oudere vrouwen

Uit het voorgaande komt een beeld naar voren van de beleavingswereld en handelingsruimte waarin Nederlandse en Marokkaanse vrouwen van oudere leeftijd zich kunnen bevinden als het over GL gaat. Hoewel het maar om een kleine steekproef gaat, kunnen professionele gezondheidbevorderaars zich op basis hiervan toch een indruk vormen van mogelijke leerprocessen en de dialogische ruimtes die zij daarvoor kunnen creëren.

Als men de BRAVO-thema's aan de orde wil stellen, dienen zij zich in ieder geval rekenschap te geven van het verschil in vertrekpunt voor een dialoog met de Marokkaanse respectievelijk Nederlandse groep. Voor de Marokkaanse vrouwen uit de lagere klasse maken de leefstijladviezen kennelijk geen deel uit van hun opvattingen over gezond leven. Bovendien zijn die westerse adviezen niet in alle opzichten relevant of passend. Alcoholgebruik is immers al door het islamitisch geloof verboden, terwijl beweging en voeding vermoedelijk onder andere condities moeten worden verwezenlijkt dan de voorlichting veronderstelt. Gezien hun holistische oriëntatie is te verwachten dat gezondheidsadviezen die zich louter tot de lichamelijke sfeer beperken, op weerstand zullen stuiten. Aan de Nederlandse vrouwen uit de lagere klasse hoeft het BRAVO-verhaal als zodanig waarschijnlijk niet meer te worden aangereikt. Toch zijn ook in deze groep nog veel misverstanden mogelijk over wat gezonde voeding of voldoende beweging dan concreet inhouden, zoals blijkt uit het recent verschenen boek *Worstelen met gezond*

leven van Horstman en Houtepen (2005).

Uiteindelijk geldt voor beide groepen dat zij gebaat zijn bij verkenning, hoe de leefstijladviezen te verzoenen zijn met hun verdere behoeftes en met de materiele en sociale beperkingen in hun leven. Volgens Horstman en Houtepen vinden mensen het prettig te horen 'of zij het goed doen' en zullen goede gezondheidsadviseurs daarom niet alleen in feitelijke informatie, maar ook in psychische en morele bevestiging voorzien.

Als men over de seksspecifieke norm 'zorgen voor anderen' de dialoog wil aangaan, dient men eveneens rekening te houden met de etnische context waarin dat gebeurt. Onder de Nederlandse vrouwen zijn er verscheidene die baat hebben gehad bij 'opkomen voor jezelf', 'nee zeggen' en 'met schuldgevoelens leren omgaan'. Dat lijkt te pleiten voor het aanreiken van een emancipatoir repertoire en het uitdiepen van de tegenstelling die sommige vrouwen blijken te ervaren tussen 'zorgen voor anderen' en 'zorgen voor jezelf'.

Ook de Marokkaanse vrouwen hebben last van die tegenstelling. Een van hen noemt gebrek aan erkenning als een belangrijke factor in ongezond leven. Toch verschijnt de westerse vrouwenemancipatie niet als oplossing, maar als extra complicatie - en zelfs als mogelijke oorzaak van een 'verdwaald leven'. Gezondheidsbevordering zou voor hen kunnen beginnen met een dialoog over de mogelijkheden voor zelfzorg in de Marokkaanse context - dat wil zeggen inclusief de migratieverhalen.

Een koffer met hulpmiddelen

Voor het aangaan van GL-dialogen zijn in het kader van het ZGL-project een reeks materialen en werkvormen ontwikkeld. Zo zijn er vier kaartensets samengesteld, één voor Marokkaanse mannen, één voor Marokkaanse vrouwen, één voor Nederlandse mannen en één voor Nederlandse vrouwen. Verder zijn er opdrachten geformuleerd in de trant van 'Ik ben trots op mezelf omdat' en 'Waar krijg ik energie van?'. Ook zijn er vignetten en gezondheidsportretten gemaakt. Samen met de handleiding vormen ze de ZGL-koffer.

Inmiddels zijn er positieve ervaringen opgedaan in proefsessies met

- groepen oudere Nederlandse en Marokkaanse vrouwen;
- een gemengde groep van Nederlandse ouders (mannen én vrouwen);
- een groep voor Marokkaanse vrouwen met diabetes.

Bovendien bleken de materialen ook bruikbaar te zijn voor:

- andere leeftijdsgroepen;
- ouderen in een residentiele setting en
- ouderen in een gunstiger sociaal-economische situatie.

Sommige materialen waren echter te 'talig' voor deelnemers met een niet-Nederlandse achtergrond. Daarom ontwikkelt TransAct nu ook minder cognitieve werkvormen en meer beeldmateriaal. Omdat de proefsessies nog eens bevestigden, welke belangrijke rol het migrant-zijn speelt in het GL van Marokkaanse vrouwen, is hiervoor nog meer ruimte gemaakt, zowel in de kofferinhoud als in de programmering.

Groepen, maar in welke samenstelling?

Vaak is een groep de aangewezen werkvorm voor gezondheidsbevordering via dialoog en uitwisseling, bij voorkeur met leden die in sociaal en cultureel opzicht op elkaar lijken. Dat biedt immers de mogelijkheid van het delen van ervaringen, herkenning en wederzijdse identificatie. Daardoor kunnen nieuwe leerprocessen en normeringen op gang komen. Seksehomo-gene groepen lijken daarom bijvoorbeeld heel geschikt voor bezinning op vrouwelijkheids-normen.

Toch moet men er in de gezondheidsbevordering ook op verdacht zijn dat dergelijke groepen een normbehoudend in plaats van 'bevrijdend' karakter kunnen hebben en een wij-zij-perspectief op de buitenwereld kunnen ontwikkelen (Schnabel, 1995). Inderdaad deed zich tijdens de vier bijeenkomsten met een reeds bestaande groep van Marokkaanse vrouwen met diabetes het krabbenmand effect voor: niemand wilde ofwel mocht zich van elkaar onderscheiden. Telkens was men het volledig met elkaar eens; verschillen in ervaringen, opvattingen, betekenissen of coping-stijlen leken niet

te bestaan. Om zo'n 'morele zelfsluiting' tegen te gaan dient de groepsbegeleidster enerzijds voldoende respect en erkenning op te brengen voor het onderliggende wijgevoel en anderzijds niet de ogen te sluiten voor de aanwezige variatie. In dit geval hielp het bijvoorbeeld eerst op zoek te gaan naar gemakkelijk te accepteren verschillen.

Met het oog op een leerzame, gezondheidsbevorderende dialoog moet binnen de aangebrachte homogeniteit in ieder geval ook voldoende heterogeniteit tussen de deelnemers (m/v) aanwezig zijn. Daarom is het van groot belang dat men binnen eenmaal samengestelde groepen met de aanwezige verschillen in maatschappelijk context 'speelt' door afwisselend met subgroepen naar etniciteit, sekse en leeftijd te werken en de uitkomsten hiervan tot inzet van de dialoog te maken. Afhankelijk van de veiligheid in de groep en het thema kunnen ook verschillen in sociaal-economische situatie (beroep, inkomen, opleiding) worden ingezet voor verkenningen in subgroepen.

Liefst moet de begeleiding over sekse / gender- en interculturele competentie - ofwel diversiteitscompetentie - beschikken (Mens-Verhulst, 2003; Kramer, 2004). In de proefbijeenkomsten is gewerkt met intermediairs uit de gezondheidsvoorlichting, die hiervoor een dagdeel bijscholing kregen. Het gaat echter om een ingrijpende rolwisseling: van kennis overdragen naar stimuleren, ondersteunen, faciliteren en ruimte geven aan deelnemers (m/v). Om deze reden heeft TransAct de training nu uitgebreid tot vier dagdelen.

Bij het kiezen voor een bepaalde groepssamenstelling dienen professionals in ieder geval zorgvuldig af te wegen, hoeveel gelijkenis, maar ook verschil zij wenselijk achten met het oog op de leerwegen die zij met de deelnemers (m/v) hopen in te slaan. Dat betekent dat er steeds weer reflectie nodig is op de gebruikelijke indelingen in doelgroepen, zoals: waarom is het zinvol ouderen te onderscheiden van jongeren of middelbaren? waarom worden Nederlandse ouderen niet gedifferentieerd naar m/v? waarom worden mannen en vrouwen wel apart genomen als het om Marokkaanse ouderen gaat?

wat is het nut van diabetesgroepen, speciaal voor Marokkaanse vrouwen?

Die reflectie zou dan niet alleen de effectiviteit op individueel niveau moeten betreffen, maar ook de maatschappelijke consequenties, want:

- Welke verschilspiralen worden met dergelijke indelingen in stand gehouden?
- Welke verbindings- en coalitiemogelijkheden worden hierdoor geblokkeerd?

Welke politieke en morele consequenties hebben deze keuzes voor GL, maar ook voor het maatschappelijke leven?

Op grond van zulke overwegingen kan een multi-etnische vrouwengroep of een sekseheterogene migrantengroep (ook) een goede of soms betere optie blijken te zijn.

Prof. dr. Janneke van Mens-Verhulst is bijzonder hoogleraar Vrouwegezondheidszorg bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. Zij was projectleider van 'Zin in Gezond Leven'. E-mail: J.vanMens-Verhulst@uvh.nl

Drs. Maria van Bavel is beleidsmedewerker bij TransAct, Landelijk Expertisecentrum aanpak huiselijk geweld, seksueel geweld en vraagstukken rond sekse en etniciteit. Zij is nu projectleider van 'Zin in Gezond Leven' en verantwoordelijk voor de implementatie. E-mail: M.v.Bavel@transact.nl

Literatuur

- Bavel, M. van & Mens-Verhulst, J. van, 'Over oudere mannen, gezond leven en traditionele mannelijkheidnormen', in: *Sociale Interventie*, 2004, 13 (2), p. 27-36.
- Boer, A. de & Schellingerhout, R., 'Sociaal netwerk en verwachte steun', in: Schellingerhout R. (red.), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*, Den Haag, SCP, 2004, p. 53-78.
- Ende, T. van den & Jacobs, G., 'Waarde(n)vol onderzoek. Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onderzoeksproject', in: *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2005, 6 (22), p. 29-45.
- Greenwood, D.J. & Levine, M., *Introduction to Action Research: Social research for social change*, Londen, Sage, 1998.
- Hart, E. & Bond, M., *Action Research for Health and Social Care*, Philadelphia, Open University Press, 1995.
- Horstman, K. & Houtepen, R., *Worstelen met gezond leven*, Amsterdam, Het Spinhuis, 2005.
- Houten, D. van, *De gevarieerde samenleving. Over gelijkwaardigheid en diversiteit*, Utrecht, De Tijdstroom, 2004.
- Jacobs, G., *De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*, Amsterdam, SWP, 2001.
- Kramer, S., *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*, Rotterdam, Mikado, 2004.
- Maso, I. & Smaling, A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, Amsterdam, Boom, 1998.
- Mens-Verhulst, J. van, 'Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving', in: *Sociale Interventie*, 2003, 12 (1), p. 25-34.
- Mens-Verhulst, J. van & Moerman, C.J., 'Sekssebewust epidemiologisch onderzoek', in: *TSG*, 2002, 80, p. 219-224.
- Oosten, N. van & Vlucht, I. van der, *Seksespecifieke hulpverlening voor maatschappelijk werkers*, Bussum, Coutinho, 2002.
- Saan, H. & Haas, W. de, *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*, Woerden, NIGZ, 2005.
- Schellingerhout, R., 'Samenvatting en slotbeschouwing', in: Schellingerhout, R. (red.), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*, Den Haag, SCP, 2004, p. 207-221.
- Schnabel, P., 'Een groep van gelijken, het gelijk van de groep', in: *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*, Nijmegen, SUN, 1995, p. 150-175.
- Surrey, J.L., 'Het zelf-in-relatie: een theorie over de ontwikkeling van vrouwen', in: Miller, J.B., Jordan, J.V., Kaplan, A.G., Stiver, I.P. & Surrey J.L., *Het zelf-in relatie* Eindhoven, De Els, 1988, p. 11-31.
- Wagemakers, A. & Quispel, Y., *Leeftijd & Onderzoek. Verkenning van het gebruik van leeftijd in onderzoek*, Utrecht, LBL, expertisecentrum leeftijd en maatschappij, 2003.