

**De menopauze als bio-cultureel en politiek proces:
Wensen en behoeften van migrantenvrouwen**

Annemiek Richters

Colloquium

Vrouwen van middelbare leeftijd, narratieve identiteiten en de overmedicalisering:
Een andere kijk op de ‘menopauze’

Femmes et santé, Brussel, 11 maart

Samenvatting

De dominante Westerse constructie van de menopauzale vrouw veronachtzaamt het bestaan van verschillen in culturele ideologieën betreffende de menopauzale overgang en ouder worden, verschillen in subjectieve ervaringen van de menopauzale overgang, het geheel van menopauzale symptomen, de biologie van ouder wordende vrouwen, de lichaamspolitiek van vrouwen als reactie op de toenemende medicalisering van hun leven, en gezondheidszorgstrategieën van vrouwen. De gegevens die wij hebben over deze verschillen komen vooral van de Verenigde Staten. Wij hebben weinig kennis over het mogelijk bestaan van soortgelijke verschillen in multi-etnische samenlevingen binnen Europa. Op basis van studies die buiten Europa gedaan zijn, kunnen wij wel verwachten dat voor het begrijpen van de menopauze ervaringen van migrantenvrouwen in Europa inzicht in hun sociaal-economische status en culturele migratietransitie nodig is. Gezondheidszorgprofessionals moeten luisteren naar de verscheidenheid aan stemmen van migrantenvrouwen over hun menopauzale ervaringen teneinde rekening te kunnen houden met de wensen en behoeften van deze vrouwen en een goede kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. In Nederland doet men pogingen de inzichten van de reeds meer dan dertig jaar bestaande migrantenhulpverlening en vrouwenhulpverlening te integreren ten behoeve van betere zorg voor haar multi-etnische patiëntenpopulatie. Migrantenvrouwen die de menopauzale overgang doormaken zouden baat kunnen hebben bij deze ontwikkeling.

1. De ezel, de koekoek en de nachtegaal: Communicatie over menopauze problemen in klinische praktijken

Lof aan het verheven intellect (*Lob des hohen Verstandes*), een Duits volksgedicht dat door Gustav Mahler op muziek gezet en opgenomen is in zijn liederen cyclus *Des Knaben Wunderhorn*, vertelt het verhaal van een zangwedstrijd tussen een nachtegaal en een koekoek. De koekoek kiest voor de ezel als scheidsrechter, ervan uitgaand dat zijn grote oren de ezel in staat zullen stellen beter dan wie ook te horen en te weten wat goed is. De nachtegaal stort zijn hart uit. Dat maakt dat de ezel zich ongemakkelijk voelt. Zijn oren kunnen het niet aan. De koekoek begint prompt met het zingen van zijn lied. Hij zingt in simpele intervallen en houdt zich keurig aan de tijd. Omdat het 'i-a' van de ezel lijkt op het dissyllabische 'koekoek-koekoek' uit het lied van de koekoek, kan de ezel zich identificeren met dat lied en het op zijn waarde schatten. De koekoek wint, dank zij het verheven intellect van de ezel.

Veel artsen lijken op de ezel. Zij horen alleen wat klinkt als hun eigen stem. Hun houding naar patiënten toe is er vaak een van "kunt u mij alstublieft vertellen wat ik horen wil". Evenals de ezel weet de arts wat goed is en hij weet het zeker. Het zou echter wel eens zo kunnen zijn dat vrouwen in de menopauzale overgang, evenals de nachtegaal, hun hart zouden willen uitstorten (Beckermann 2004). Omdat veel artsen dat niet kunnen aanhoren, zou het wel eens zo kunnen zijn dat vrouwen ervoor kiezen de professionele taal van de arts over te nemen wanneer zij tegen de arts spreken (zie bijvoorbeeld Massé et al. 2001) en spreken als een koekoek. Zij onthouden zich dan van de metaforische en tot de verbeelding sprekende verhalende taal, die vrouwen in bepaalde culturen in hun dagelijkse leven gebruiken om hun menopauze ervaringen te beschrijven. Er zijn ook culturen waarin vrouwen helemaal niet spreken over hun menopauze ervaringen met familie en vriendinnen, omdat de menopauze in hun cultuur als een taboe onderwerp beschouwd wordt. Dat betekent niet dat zij dat niet zouden willen, bijvoorbeeld in de spreekkamer van hulpverleners, in de hoop daar een luisterend oor te vinden. Indien de culturele achtergrond van de betreffende vrouw echter verschilt van die van de arts, zal haar 'echte' verhaal de oren van de arts wellicht nog meer pijn doen dan wanneer dat verschil afwezig is. Het intellect van veel artsen is niet alleen medico-centrisch, maar ook ethnocentrisch, niet afgestemd op interculturele communicatie. Het is niet altijd gemakkelijk dat verheven intellect te veranderen. Zegt het spreekwoord niet: wie als een ezel geboren is, zal als een ezel sterven?

Vanwege de beperkte luisterbekwaamheden en tijdsbeperkingen van de kant van de arts, blijft de wens van veel patiënten dat hun artsen respectvol en bedachtzaam naar hen luisteren en hun de aard van hun problemen en behandelingsmogelijkheden daarvoor uitleggen in een niet-gehaaste, sensitieve atmosfeer, vaak onvervuld. Deze wens is gelijk voor migranten en niet-migrantenvrouwen (Mingo et al. 2000:37). Het verschil is dat interculturele communicatieproblemen kunnen resulteren in een minder kwalitatief goede zorg voor migrantenvrouwen dan voor autochtone vrouwen in Westerse landen. Mede als gevolg hiervan, zullen de empowerment strategieën die noodzakelijk zijn om aan de wensen en behoeften van migrantenvrouwen tegemoet te komen deels verschillen van die van niet-migrantenvrouwen.

Naast substantiële verschillen, zijn er ook overeenkomsten in de wensen en behoeften van vrouwen in de overgang afkomstig uit verschillende etnische groepen. De centrale vraag waar dit artikel op ingaat is wat vrouwen ons vertellen over die overeenkomsten en verschillen. Gebaseerd op een selectie van de inhoud van hun verhalen, zal ik aan het einde van dit artikel ingaan op de diversiteitbenadering die noodzakelijk is om de wensen van vrouwen te identificeren en hun behoeften in termen van kwaliteit van zorg en empowerment te conceptualiseren. Tot slot zal ik kort aanduiden wat de veranderingen zijn die noodzakelijk zijn aan de kant van de artsen met betrekking tot hun bekwaamheden om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van migrantenvrouwen.

Om te beginnen zal ik een gedetailleerder overzicht geven van de belangrijkste kenmerken

van zowel de biomedische als culturele (op verhalen gerichte) benadering van vrouwen met problemen gerelateerd aan de menopauzale overgang. De biomedische benadering is de gangbare in klinische praktijken. Deze zou echter geïntegreerd moeten worden met de culturele benadering teneinde recht te kunnen doen aan de wensen en behoeften van vrouwen. De noodzaak van die integratie zal het belangrijkste argument in dit artikel zijn. In tabel 1 zijn de algemene karakteristieken van beide benaderingen opgenomen. In tabel 2 heb ik enkele kenmerken specifiek van toepassing op de gezondheid van vrouwen in de overgang toegevoegd.

Tabel 1

Biomedisch-Klinisch Model empiricistisch		Cultureel-Klinisch Model hermeneutisch
Procrustes		Hermes
	CFD	
Deel I		Deel II
	Pathologische entiteit	
Somatische of psychofysiologische laesie of stoornis		Betekenisvolle constructie, ziektebeleving
	Relevante gegevens	
Gegevens die naar welomschreven athofysiologische processen, genetische kenmerken, prognoses en scherp van elkaar te onderscheiden verzamelingen van symptomen (syndromen) (disease) verwijzen		Gegevens die naar de betekenis van ziekte (<i>illness</i>), leed en lijden in culturele context verwijzen
Universeel		Relatief (context gebonden)
	Onderzoeksmethode	
Onderzoek naar symptoomcomplexen en effectiviteit van medicijnen		Evaluatie van verklarende modellen, decoderen van semantische netwerken, narratieve analyse
	Interpretatief doel	
Verklaren (<i>Erklären</i>)		Begrijpen (<i>Verstehen</i>)
	Interpretatieve strategie	
Het dialectisch exploreren van de relatie tussen symptomen en intrapsychische aandoening		Het dialectisch exploreren van de relatie tussen symptomen (tekst) en een semantisch netwerk (context)
	Therapeutisch doel	
Interveniëren in somatische of psychofysiologische ziekteprocessen		Behandelen van ziekte-ervaring via het leren begrijpen van verborgen aspecten van de werkelijkheid van ziek-zijn en het omzetten van dat begrijpen in verstaanbare taal

Overgenomen uit Good & Good, 1981.

2. Een vergelijken van het biomedische en culturele klinische model

De traditionele biomedische, naturalistische benadering van de gezondheid van vrouwen van middelbare leeftijd richt zich heel beperkt op de menopauze als een oestrogeen deficiënte toestand met te voorspellen negatieve implicaties voor het geestelijke en fysieke welzijn van vrouwen. De benadering is gebaseerd op een empiristische kennistheorie waarin de orde van woorden een weerspiegeling is van de orde van dingen. In de biogeneeskunde houdt dit in dat symptomen verondersteld worden universele psycho-biologische verschijnselen te weerspiegelen en dat

menopauze ervaringen van vrouwen uniform zijn.

De twee-dimensionale biomedische benadering contrasteert met de drie-dimensionele cultureel hermeneutische benadering waarin de ervaringen van vrouwen niet alleen gerelateerd zijn aan lichaamssignalen maar ook aan een specifieke sociaal-culturele context. De laatste benadering is gevoelig voor mogelijke verschillen in ervaringen van vrouwen van middelbare leeftijd en beschouwt deze ervaring niet bij voorbaat als pathologisch. Onderzoeksgegevens bevestigen dat ervaringen van vrouwen aangaande hun gezondheid gedurende de menopauzale overgang heel verschillend kunnen zijn tussen maar ook binnen etnische groepen. Zij kunnen variëren van vrouwen die er blij mee zijn dat zij volgens het biomedische model gediagnosticeerd zijn als menopauzaal en behandeld worden met hormonen tot vrouwen die de postmenopauze ervaren als een toestand waarin zij zich vrij voelen en in staat om te vliegen, zonder enige vorm van medicatie.

Tabel 2

Biomedisch (empiricistisch) klinisch model	Cultureel (hermeneutisch) klinisch model
Menopauze	Menopauzale transitie
Welomschreven biologische entiteit	Middenleeftijd ervaring
Universelen ervaring	Ervaring afhankelijk van sociaal-culturele context
Universele biologie	Lokale biologie
Materieel	Discursief
Procrustes	Hermes
Ezel (arts) “i-ja, i-ja”!	Nachtegaal (patiënt)
	Koekoek Geprotoperationaliseerde patiënt “koekoek, koekoek!”
wensen en behoeften, wensen en behoeften, wensen en behoeften Hermes in een andere rol: bemiddeling tussen twee extremen	

Hermes kan beschouwd worden als de God van de hermeneutiek (exegese van teksten) en dus ook van de klinische hermeneutiek. Hermes is ook de beschermer van reizigers in het onbekende, het vreemde en dat wat ver weg is, inclusief teksten en verhalen, die bij een eerste confrontatie ermee geen betekenis hebben omdat zij vanuit de verkeerde hoek benaderd worden. Procrustes kan geassocieerd worden met de empiristische biomedische benadering. Evenals Hermes verwelkomt hij vreemdelingen. Hij nodigt hen zelfs uit de nacht bij hem door te brengen. Het probleem is echter dat hij alleen maar één maat bedden heeft. Wanneer zijn gasten niet in zijn bedden passen, zorgt hij ervoor dat zij dit wel doen. Hij maakt de lange gasten op maat door de delen van hun armen en benen af te hakken die uit het bed steken, en rekt de armen en benen van de korte gasten op totdat zij tot aan de rand van een bed komen.

In de spreekkamers van artsen worden de verhalen van vrouwen over hun ervaringen tijdens de overgang naar hun derde levensfase en menopauzale klachten die niet in het biomedische model passen op de maat gemaakt die de arts wil horen. Als onderdeel van allerlei globalisatie processen is het biomedische model overal ter wereld geïntroduceerd, resulterend in het aanvaarden van dit model door vrouwen, maar ook in verzet tegen deze specifieke, biomedische benadering van veranderingen die zij in de overgang ervaren of in onverschilligheid tegenover deze benadering (Richters 2001, 2002). Het gaat om een benadering die hetzij de complexiteit van de menopauze ervaringen en klachten reduceert tot iets dat het resultaat is van een biologische gebeurtenis, hetzij de lichamelijke veranderingen zo aanzet dat zij door vrouwen tamelijk vanzelfsprekend als iets

pathologisch en iets dat behandeling nodig heeft, ervaren worden. Hieronder zal ik aangeven dat de mate waarin deze medicalisering van de menopauze crosscultureel plaatsvindt en de wijze waarop vrouwen er in de loop der tijd op reageren, per cultuur verschillen kan. Het is vooral in de verhalen die vrouwen buiten de spreekkamers van artsen vertellen dat wij die verschillen kunnen identificeren.

3. Overeenkomsten en verschillen in de verhalen van vrouwen uit diverse culturen

3.1. De studie van etnische en culturele verschillen tussen vrouwen

Men kan differentiëren in groepen van vrouwen die in hetzelfde land leven naar hun etniciteit, hun cultuur of een combinatie van beide. Als een vrouw in Nederland woont en in Turkije geboren is, of als haar vader en/of moeder in Turkije geboren is, wordt haar etniciteit gewoonlijk als Turks benoemd. De vrouwen die als zodanig geïdentificeerd worden, hoeven niet noodzakelijkerwijs dezelfde cultuur te delen. Etniciteit kan ook door zelfdefinitie tot stand komen. In dat geval verwijst etniciteit naar het gevoel deel te zijn van een groep op basis van een gemeenschappelijke oorsprong, afkomst, geschiedenis, religie en/of taal. De leden van een etnische groep kunnen (nog steeds) zoveel gemeenschappelijk hebben dat zij dezelfde cultuur delen. Dat hoeft echter niet in te houden dat zij uit hetzelfde land gemigreerd zijn.

Cultuur kan gedefinieerd worden als een complex geheel van waarden, normen, regels, ideeën en praktijken die betekenis aan het leven van mensen geven. Het is een menselijk product dat continu gereproduceerd en getransformeerd wordt in interactie met mensen in contexten van machtsrelaties. Migratie naar een ander land met een of meer verschillende culturen kan resulteren in een proces van het zich vastklampen aan de eigen traditionele cultuur of, het andere uiterste, in een proces waarin men zich volledig aanpast aan de dominante cultuur van het ontvangende land. Zelfs als een vrouw in vele opzichten in de nieuwe maatschappij geïntegreerd is, kan het zijn dat zij zichzelf nog steeds identificeert als etnisch Turks.

Versillen tussen migrantenvrouwen in de veranderingen waar zij op middelbare leeftijd doorheen gaan en in de wijze waarop zij die veranderingen ervaren, kan het resultaat zijn van een manifestatie van verschillen in a) culturele representaties van reproductie, van verouderende vrouwenlichamen, en van rollen van vrouwen, b) idealen van vrouwen, hun gedrag, hun toegang tot hulpbronnen en hun gebruik van die hulpbronnen zoals de gezondheidszorg, c) de ervaringen van vrouwen gedurende de levenscyclus, en d) de biologieën van vrouwen. Vooralsnog weten wij meer in de overgang naar de derde levensfase en ervaringen van niet-Kaukasische vrouwen buiten de westerse wereld dan van niet-Kaukasische vrouwen die naar de westerse wereld geïmmigreerd zijn, dat wil zeggen, in antropologische terminologie, van 'de ander thuis' (*the other at home*).

Recent zijn twee grote onderzoeksprojecten gericht op etniciteit, de menopauze en daaraan gerelateerde thema's uitgevoerd: A) Het ENDOW (*Ethnicity, Needs and Decisions of Women*) project is een vijfjarige, op verschillende locaties en in gemeenschappen uitgevoerde, multidisciplinaire studie waarin onderzoek gedaan werd naar overeenkomsten en verschillen in de houdingen, ervaringen en besluiten van vrouwen met betrekking tot de menopauze, hormoontherapie, en baarmoederverwijdering, teneinde inzicht te krijgen in etnische variaties in houdingen en ervaringen van vrouwen betreffende de menopauze, baarmoederverwijdering, en postmenopauzale hormoontherapie (Lewis et al. 2000). B) Het SWAN (*Study of Women's Health Across the Nation*) project bestaat uit een deductief opgezette, multi-etnische, op verschillende locaties uitgevoerde, nationale studie van de biologie en epidemiologie van de overgang, met daaraan toegevoegd een kwalitatieve component (Adler et al. 2000; Avis et al. 2010; Kagawa-Singer et al. 2002; Sampsel et al. 2002). Daarnaast bestaan er een paar enkelvoudige, tot een locatie

beperkte studies gedaan, gebruik makend van een aantal kwantitatieve en kwalitatieve methoden, onder specifieke groepen migrantenvrouwen binnen de V.S. (Hautman 1996; Agee 2000; Im et al. 1999; Agee 2000; Im & Meleis 2001) en buiten de V.S. (e.g. Sethi & Pitkin 2000; Elliot et al. 2002).

Etnische groepen geïnccludeerd in de verschillende Amerikaanse studies zijn naast Europees-Amerikaanse vrouwen, groepen Afrikaans-Amerikaanse, Latina, Navajo-Indiaans-Amerikaanse, Chinees-, Japans-, Koreaans- en andere Aziatisch-Amerikaanse vrouwen. De grote groepen migranten in Europese landen verschillen erg van die in de V.S. In Nederland zijn de grootste groepen die welke afkomstig zijn uit Suriname, Turkije en Marokko. Dit zou in de nabije toekomst kunnen veranderen ten gevolge van de toename van vluchtelingen in de migrantenpopulatie. In de literatuur kon ik geen enkele studie vinden die specifiek gericht is op menopauze ervaringen onder migrantenvrouwen in Nederland. Ook in andere Europese landen zijn dit soort van studies niet of schaars (e.g. David et al. 2000; Borde & David 2004) aanwezig.

De verschillen in ervaringen met de menopauzale overgang en de houdingen van vrouwen daartegenover die gevonden zijn tussen etnische groepen in verschillende landen over de wereld verspreid lijken erg op die tussen etnische groepen die in de V.S. leven. Wat de casus van migrantenvrouwen specifiek maakt is dat zij niet alleen moeten omgaan met de menopauzale overgang maar ook met de migratie overgang. Beide overgangen kruizen elkaar. Voor sommige migrantenvrouwen zal de laatste genoemde overgang (al) hebben geresulteerd in aanpassing aan de westerse cultuur van de gastmaatschappij, voor anderen (nog) niet. In the literatuur worden vrouwen die tot de eerste groep behoren gewoonlijk geklassificeerd als gemoderniseerd en vrouwen van de tweede groep als traditioneel. Soms wordt een ‘tussen’ groep, gecategoriseerd als transitioneel, geïdentificeerd.

3.2. Verschillen in symptomatologie

Het type en aantal symptomen waarover vrouwen rapporteren kan zowel tussen als ook binnen etnische groepen verschillen. De beschikbare gegevens suggereren dat er geen enkelvoudige menopauze syndroom bestaande uit een zelfde complex van lichamelijke en psychische symptomen bestaat. In een studie van Mingo et al. (2000) onder niet-Latina blanke, Latina en Navajo vrouwen, waren de veel onder Westerse vrouwen voorkomende symptomen, zoals opvliegers, prevalenter in alle etnische groepen onder de vrouwen die geklassificeerd werden als modern en het minst voorkomend onder die vrouwen die werden geklassificeerd als traditioneel. Kagawa-Singer et al. (2002) concludeerden op basis van hun studie onder Japans-Amerikaanse en Europees-Amerikaanse vrouwen echter dat de prevalentie van symptomen geen weerspiegeling was van hun relevantie voor het dagelijkse leven van de betreffende vrouwen.

De veronderstelling is dat de connectie tussen de sociale status van een vrouw op oudere leeftijd en haar ervaring met de menopauze wordt verondersteld aan deze crossculturele variatie ten grondslag te liggen (zie verschillende bijdragen aan Kosack & Krasberg 2001). Vrouwen die leven in culturen waarin hun sociale status met het onderborden toeneemt lijken minder negatieve menopauze symptomen te ervaren dan vrouwen die leven in een cultuur waar geen sprake is van die statusverhoging. In de studie van Kagawa-Singer et al. (2002) werden Europees-Amerikaanse vrouwen meer belast met het perspectief van de maatschappij op ‘oude’ vrouwen en het verlies aan identiteit en sociale status die zij ervaren tijdens de overgang dan Japans-Amerikaanse Japanssprekende vrouwen. Het meest dramatische contrast dat gevonden werd was te vinden in de wijze waarop zij spraken over het ‘onzichtbaar’ zijn na de menopauze. De Europees-Amerikaanse vrouwen ervoeren hun onzichtbaarheid als een extern opgelegde veroordeling die hun identiteit aantastte, terwijl de Japans-Amerikaanse Japanssprekende aan het onderzoek deelnemende respondenten hun onzichtbaarheid beschouwden als een wenselijke, intern gecultiveerde doelstelling: een positief gewaardeerde staat van zijn. Bevrijd van de verplichtingen die hun rollen

als echtgenotes en moeders met zich meebrengen, konden zij nu hun creativiteit en verlangen om te zorgen tot uitdrukking brengen ten overstaan van iedereen als ‘transparante’, ‘onzichtbare’, (puur) altruïstische ‘menselijke wezens’. Het wordt uit dit onderzoek duidelijk dat culturele constructen totaal verschillende sociale omgevingen creëren waarbinnen biologisch ouder worden en vrouwelijkheid geïnterpreteerd worden als de psychische, lichamelijke en sociale markeerders die deze overgangsfase kenmerken.

De gevonden variaties in de prevalentie van symptomen en clusters van symptomen die zich bij vrouwen van middelbare leeftijd voordoen, zijn niet alleen toegeschreven aan verschillen in culturele representaties van ouder wordende vrouwen en sociale rollen van vrouwen (discursieve factoren), maar ook aan verschillende materiële factoren, zoals de reproductieve geschiedenissen van vrouwen en hun fertiliteitervaringen, genetische factoren, sociaal-economische omstandigheden, niveau's van lichamelijke beweging, en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld dieet en luchtvervuiling). Het mogelijke samenspel van al deze factoren heeft geleid tot het concept ‘lokale biologieën’, waarmee bedoeld wordt de flexibele interactie tussen sociale, culturele, en biologische werkelijkheden dat lokaal specifieke patronen van lichamelijk onwelzijn produceert (Kleinman & Seeman 2000).

Volgens Lock (1993) is het menselijke lichaam het centrum van voortdurende dynamische interacties tussen fysische en sociale omgevingen. Deze interacties worden gevuld met betekenis wat zelfs effecten heeft op moleculair niveau. In de loop der tijd verandert de menselijke biologie door haar relatie met cultuur en omgekeerd. Anatomische veranderingen zijn produkten van menselijke verbeeldings activiteit. Het lichaam is tegelijkertijd een fysisch en symbolisch artefact; zowel natuurlijk als cultureel geproduceerd, en stevig verankerd in een specifiek historisch moment (zie ook Lock & Kaufert 2001; Richters 2001; Stephens 2001).

3.3. Het spreken van vrouwen over opvliegers: De invloed van de medicalisatie van de menopauze

De bekendste cultuur-vergelijkende studie van de menopauze is die van de antropologe Margaret Lock gericht op Japan en Noord-Amerika (1993). Volgens deze studie was de gerapporteerde incidentie van ‘opvliegers’ als een menopauzaal symptoom begin jaren tachtig erg laag in Japan in vergelijking met de V.S. Bovendien hadden Japanse vrouwen geen woord dat expliciet naar de menopauze verwees.

De antropoloog Zeserson (2001) beargumenteert op basis van zijn interviews met vrouwen in Japan tien jaar later, dat het gegeven dat uit de studie van Lock naar voren, kwam niet betekent dat vrouwen niet gevoelig zijn voor fysiologische veranderingen. Integendeel, zij zijn zich zeer wel bewust van subtiele fysiologische veranderingen en geven daar uitdrukking aan in hun spreken. Het ontbreken van een precieze, ondubbelzinnige term sluit het bestaan (of niet-bestaan) van de sensatie zelf niet uit. Vrouwen die opvliegers ervaren geven daar op vage en informele wijze uitdrukking aan. Dit maakt pogingen symptomen crosscultureel te vergelijken moeilijk.

Als gevolg van verschillende globaliseringprocessen deed de term *hotto furasshu* zijn intrede in de Japanse taal. Het is een kernbegrip voor menopauzale opvliegers, maar maakt geen gerichte communicatie mogelijk over gedeelde ervaringen van vrouwen met een onplezierige maar niet levensbedreigende sensatie. Het woord brengt niet exact dezelfde betekenis over als het assortiment aan inheemse Japanse termen voor menopauzale opvliegers doet, omdat de nieuwe term een andere intentie in zich draagt, de intentie het symptoom te behandelen met medicijnen die al veel buiten Japan gebruikt werden. De zich ontwikkelende verbale uitdrukking voor opvliegers sensaties is een sociaal en geen fysiologisch verschijnsel. Het is een verschijnsel dat geïntroduceerd werd ten gevolge van bepaalde sociaal-politieke krachten, zoals die welke de verkoop van hormoontherapie stimuleren. Het resultaat van deze ontwikkeling is dat het voor een vrouw die tegen haar arts spreekt niet nodig is kleurrijke, dubbelzinnige taal te gebruiken. In feite is het tegenovergestelde vereist. Die

vrouwen die de taal van *hotto furasshu* overnemen, praten over een biomedisch erkend symptoom.

Het vertellen van verhalen en metaforisch redeneren blijft echter belangrijk om betekenis te geven aan gevoelens van onwelbevinden. Japanse vrouwen volharden in het gebruik van een metaforisch idioom zoals het *chi no michi* idioom voor het verklaren van hun lichamelijke onwelbevinden en voor strategieën om dat onwelbevinden te voorkomen. In Zeserson's interviews met Japanse vrouwen, komt het metaforisch idioom *chi no michi* tevoorschijn als een serie mini-narratieven over een zekere mate van controle over de eigen gezondheid, en verklaringen en strategieën voor het vermijden van lijden tijdens de menopauzale overgang. Er zit een plasticiteit in het metaforisch redeneren dat ruimte verschaft voor het aan elkaar verbinden van biologie, kosmologie, sociaal leven, en cultuur in een op *mij-en-mijn-wereld-gericht* kennisveld. Het voortbestaan van het *chi no michi* idioom kan volgens Zeserson geïnterpreteerd worden als een vorm van weerstand tegenover hedendaagse medicaliserende en geneticiserende ontwikkelingen. Wij zouden ook naar die weerstand in de alledaagse taal van vrouwen uit andere culturen die over de menopauze spreken kunnen zoeken. Teneinde deze weerstand te vinden onder vrouwen van niet-westerse etnische groepen in onze eigen, Westerse multiculturele landen vraagt vanzelfsprekend om taalvaardigheden en goede tolken, die lang niet altijd beschikbaar zijn op momenten dat zij nodig zijn.

3.4. Gezondheidszorgstrategieën

Net zoals lichamelijke ervaringen van vrouwen verschillen, verschillen hun reacties op hun lichamen en de alternatieven die zij zoeken om pijn en ongemak te verlichten. De reactie op door artsen voorgeschreven hormoonbehandeling kan bijvoorbeeld variëren van het niet innemen van de tabletten of het halveren daarvan, tot aan het blij innemen ervan op basis van onmiddellijk ervaren effect (Mingo et al. 2000). Het kan ook zijn dat vrouwen de voorkeur geven aan kruiden, regelmatig lichaams oefeningen doen of advies vragen van een traditionele genezer.

Dat interetnische verschillen niet noodzakelijkerwijs verdwijnen in opeenvolgende generaties wordt geïllustreerd door een studie verricht door Agee (2000) in het Zuiden van de V.S. onder Afrikaans-Amerikaanse en Europees-Amerikaanse vrouwen. De analyse van zeventig interviews met deze vrouwen toonde aan dat, terwijl vrouwen van verschillende klasse en ras oestrogenen innamen, de redenen van inname en de wijze waarop zij tot het besluit kwamen om deze middelen in te nemen, verschilden. Het waren in hoge mate de perceptie van vrouwen betreffende de intergenerationele overdracht van kennis over de menopauze die hun houdingen ten aanzien van de menopauze en de gezondheidszorgtechnologieën gericht op de menopauze bepaalden. Afrikaans-Amerikaanse vrouwen die opgroeiden in het gesegregeerde Zuiden gaven frequent aan dat hun moeders hen voorzagen van de kennis en macht die nodig zijn om te onderhandelen over moeilijkheden tijdens het menopauzale proces, terwijl veel middenklasse Euro-Amerikaanse vrouwen te kennen gaven dat hun moeders dat niet deden.

De meeste Afrikaans-Amerikaanse vrouwen die Agee interviewde namen, ongeacht klasse, geen hormoontherapie. De meerderheid van deze vrouwen had hun arts geraadpleegd over de menopauze, vooral met betrekking tot problemen als opvliegers en zwaar of onregelmatig bloeden, terwijl anderen zeiden dat zij geen dokter's advies nodig hadden voor een normaal proces in de levenscyclus van een vrouw. Afrikaans-Amerikaanse vrouwen die wel om het advies van hun arts vroegen, overwogen het samen met andere perspectieven die zij kregen uit literatuur en praten met vriendinnen en vrouwen in hun families en gemeenschappen. Velen zeiden dat zij ervoor kozen zich te baseren op de lessen van hun moeders en grootmoeders in hun omgaan met fysiologische veranderingen tijdens de menopauze in plaats van zich te verlaten op hormoonbehandeling. Dit lijkt op de houding ten opzichte van gezondheidszorg van Marokkaanse vrouwen in Leiden. Hun motto is: "Vraag het degene met ervaring, vraag (het) niet aan de arts" (Reysoo 1999).

De Afrikaans-Amerikaanse vrouwen uit de studie van Agee hadden kennis van de voordelen, risico's en onzekerheden met betrekking tot hormoontherapie. Zij reageerden op menopauzale en post-menopauzale veranderingen met veranderingen in dieet, lichaams oefeningen en leefstijl. Zij waren van mening dat die veiliger en geschikter voor hen waren. Velen van hen waren van mening dat hun collectieve geschiedenis als Afrikaans-Amerikaanse vrouwen belangrijke aspecten van hun huidige identiteit vormden evenals hun interacties met het gezondheidszorgsysteem. Agee's onderzoek suggereert dat Afrikaans-Amerikaanse vrouwen leren hun eigen perspectief en kennis van andere vrouwen te waarderen, daarbij puttend uit voorbeelden van zelfstandig problemen oplossen. Veel van de Euro-Amerikaanse vrouwen bediscussieerden hoe hun gebrek aan rolmodellen – vrouwen hebben veeleisende carrières tijdens de menopauze – hen meer afhankelijk van de biogeneeskunde doen voelen bij het besluiten hoe te reageren op veranderingen die met de menopauze samenhangen. Het komt er op neer dat deze verschillende percepties deels gevormd zijn door de verschillende historische relaties van Afrikaans-Amerikaanse en Euro-Amerikaanse vrouwen met het biomedische systeem.

De resultaten van een studie over Chinees-Amerikaanse en Chinese vrouwen die in de V.S. wonen (Adler et al. 2000) waren anders dan de zojuist beschreven onderzoeksresultaten. Alle vrouwen die participeerden in de focusgroep discussies geleid door Adler et al. waren het erover eens dat het belangrijk is zich voor te bereiden op het goed omgaan met de menopauzale overgang. Kennis werd verondersteld een waardevol bezit zijn. Het beschikbaar zijn van hulpbronnen werd consistent beschreven als een van de voordelen van de huidige Amerikaanse maatschappij. De deelnemers aan de studie duiden generationele, culturele en etnische verschillen aan als factoren die het potentieel voor transmissie van menopauze informatie bepaalden. Volgens hen is het gebrek aan informatie deels te wijten aan de traditionele Chinese cultuur. Zoals één van de Chinees-Amerikaanse, Engels sprekende vrouwen zei: "Ik denk dat Chinezen conservatief zijn, vooral grootmoeders. Zij praten niet echt over die dingen". Ook Latina vrouwen in de studie van Mingo et al. (2000) wensten dat hun moeders, zusters en vriendinnen hen voorbereid hadden op de menopauze door het geven van informatie.

3.5. Migratie en de menopauze: het in elkaar grijpen van verschillende overgangen

De ervaringen van migrantenvrouwen van middelbare leeftijd en hun gezondheidszorgstrategieën kunnen niet adequaat verklaard worden zonder hun ervaringen met de culturele transitie van migratie in ogenschouw te nemen, en andere contextuele variabelen die vaak gerelateerd zijn aan migratie, zoals sociale marginaliteit, zware werklust, en veranderende genderrelaties in het dagelijkse leven (zie bijvoorbeeld Im et al. 1999; Im & Melies 2001). Het volgende voorbeeld illustreert hoe een bepaalde culturele overgang de 'levensverandering' (*change of life*) doorkruist.

Gifford (1994) verklaart waarom *cambiamento di vita* (de levensverandering) ervaren wordt als een speciaal kwetsbare levensfase onder Italiaanse migrantenvrouwen in Melbourne. De rollen die zij mogelijk verwacht hadden te kunnen spelen als oude vrouwen in Italië blijken niet verwezenlijkt in Australië. De menopauze is daarom geworden tot een tijd van treuren over het leven dat zij achter zich gelaten hebben. Lichamen spreken tegen de vrouwen over leven en het leven leven, over voortplanting en over dood. Vrouwen spreken over hun levens door hun lichamen. Door hun lichamen spreken zij over hun angsten om ouder te worden en alleen te blijven, ver weg van huis. Veranderingen gedurende de overgang worden ervaren als een lichamelijk verlies van de maandelijkse ongesteldheden; een verlies dat samengaat met het persoonlijk verlies van vruchtbaarheid en het sociale verlies van status als productieve moeder, reproductieve echtgenote en een economisch productieve werker. "Wanneer je de levensverandering op vijftigjarige leeftijd bereikt, weet je nu dat je op de dood aan het wachten bent. Je stopt. Het is een leeftijd waarop je stopt ... kanker kan dan komen door droefheid, te veel droefheid", zegt een van Gifford's

informanten. De verschillende verliezen worden lichamelijk ervaren en metaforisch uitgedrukt door slecht bloed en aandoeningen van de zenuwen. Het vertoog over bloed en zenuwen wordt ook in verband gebracht met ziekten van de menopauze, zoals kanker, die vrouwen moeilijk kunnen voorkomen en waardoor zij zowel lijden als sterven. Kanker is een ziekte van hopeloosheid en representeert symbolisch sociale en lichamelijke dood.

Gifford's oorspronkelijk doel van haar onderzoek was het identificeren van culturele geloofsopvattingen en praktijken die als barrières functioneerden voor oudere migrantenvrouwen voor het gebruik van screeningsprogramma's voor borst- en baarmoederhalskanker. In het onderzoek kwamen echter uiteindelijk de behoeften zoals vrouwen zelf die definieerden, centraal te staan. Die behoeften betreffen het doorbreken van barrières die leiden tot sociale isolaties, machteloosheid en zelfverlies naarmate vrouwen ouder worden. Voor migrantenvrouwen bestaat de levensverandering uit het treuren over een leven ver weg van 'huis', en is die verandering niet te beschouwen als een behandelbare medische aandoening. Ik neem aan dat als de Italiaans-Amerikaanse vrouwen hormoontherapie aangeboden zou worden, hun reactie er een van onverschilligheid zou zijn.

In Nederland was ik betrokken bij een onderzoek gericht op het gebruik dat Marokkaans-Nederlandse migrantenvrouwen maken van borstkankerscreenings programma's (Richters & Van Vliet 1999). Evenals in Gifford's studie, vonden wij dat vrouwen andere zaken aan hun hoofd hebben dan de preventieve gezondheidszorgvoorzieningen die de deelname van migrantenvrouwen aan screeningsprogramma's willen verhogen middels cultureel aangepaste gezondheidsvoorlichting. De resultaten van ons onderzoek bevestigen gegevens van andere onderzoeken dat de sociale positie van ouderwordende migrantenvrouwen, vooral Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen, nog slechter is dan die van mannen. Veel van deze vrouwen leven geïsoleerder dan mannen, hebben minder onderwijs gevolgd, spreken geen Nederlands, kunnen niet in hun eigen taal lezen, en bevinden zich economisch in een slechte positie. Zij worden verscheurd door een verlangen om naar 'huis' in Marokko te gaan en om in Nederland te blijven waar hun kinderen leven en de gezondheidszorg- en welzijnvoorzieningen beter zijn dan in hun land van oorsprong. In de interviews refereerden de Marokkaanse vrouwen vaak aan een categorie van onwelbevinden in termen van zwakte en moeheid. Woorden als *ayana* (moe), *maluka* (bekaf) en *fshlama* (slap) werden door hen gebruikt.

Marokkaans-Nederlandse vrouwen conceptualiseren veel van hun gezondheidsproblemen in termen van zwakte, moeheid, verdriet, heimwee, nostalgie en zorgen (Reysoo 1999). De vrouwen hebben een variëteit aan concepten tot hun beschikking waarmee zij hun verschillende vormen van onwelbevinden kunnen uitdrukken. De oudere vrouwen zijn volledig uitgeput door frequente zwangerschappen en het voorbijgaan van de jaren. Aan hun klachten wordt uitdrukking gegeven met een gevoel van drama. Zij zijn moe, hebben hart- en maagproblemen, pijn in hun gewrichten, zware benen, en hoofdpijn. Hun overdrijven kan begrepen worden als een soort van wraak op al diegenen die hun schoonheid en kracht van hen weggenomen hebben. In hun klagen waarderen zij op nostalgische wijze hun kracht en gezondheid van vroeger dagen. Zij mijmeren over een toestand van jeugdigheid, schoonheid en kracht die zij verloren hebben. Geen van de geïnterviewde vrouwen verwees spontaan naar hun problemen als menopauze problemen. Zoals al eerder opgemerkt beschikken wij in Nederland niet over onderzoek gericht op menopauzale problemen onder migrantenvrouwen. In een van de workshops tijdens de Bremen conferentie, vertelde een gynaecologe met veel Turks-Duitse patiënten in haar praktijk dat de gezondheidsklachten die Turks-Duitse vrouwen aan haar presenteerden min of meer dezelfde klachten en pijnen zijn als die waarmee zij in andere levensfasen bij haar komen. Het zou wel eens kunnen zijn dat ook onder Marokkaanse en Turkse vrouwen in Nederland een typisch 'menopauze syndroom' niet bestaat. Dat betekent niet dat de overgang naar de derde levensfase geen kwetsbare levensfase is die specifieke

aandacht van hulpverleners nodig zou hebben.

4. De noodzaak van een diversiteitbenadering in gezondheidszorg

De onderzoeken die ik presenteerde leren ons dat wat er op het spel staat voor ouderwordende vrouwen zeer verschillend kan zijn. Zij bevestigen dat wij een diversiteitbenadering nodig hebben zoals deze zich in de vrouwengezondheidszorg ontwikkeld is (Van Mens Verhulst 2003) teneinde er achter te komen wat de bijzonderheden in de ervaringen van vrouwen met de menopauzale overgang zijn, wat hun symptomatologie, gezondheidszorgstrategieën, wensen en behoeften zijn. Wat de verhalen van vrouwen organiseert is een focus op de sociale ervaring van ouder worden in verschillende landen en de plaats die de menopauze inneemt in een wijdere en veranderende culturele, sociale, politieke, economische en morele context. Het is in deze contexten dat wij factoren kunnen identificeren die de specifieke reacties van vrouwen in termen van weerstand, meegaandheid of onverschilligheid met betrekking tot biomedische interventies in hun leven kunnen verklaren.

Wij kunnen een onderscheid maken tussen een beperkte en brede diversiteitbenadering. In de eerste kruisen alleen gender en etniciteit en zijn alleen gender en cultureel sensitieve gezondheidszorgbenaderingen geïntegreerd aanwezig. In de laatste zijn een aantal factoren toegevoegd, zoals verschillen in leeftijd (pre-, peri-, postmenopauzaal), klasse, opleiding, voedingsgewoonten, religie en acculturatie. Wat acculturatie betreft is het een algemeen gegeven dat traditionele vrouwen van verschillende etnische groepen meer met elkaar gemeenschappelijk hebben dan met de minst traditioneel georiënteerde vrouwen in hun eigen etnische groepen.

Wat vrouwen uit alle etnische groepen gemeenschappelijk lijken te hebben is de wens dat er respectvol en met aandacht naar hen geluisterd wordt. Wat zij in enkele van de geciteerde studies zeiden is dat zij behoefte hebben aan informatie. Zij hebben ook behoefte aan informatie vanuit biomedische perspectief, zelfs als zij zich daar niet van bewust zijn (zie bijvoorbeeld Marquez et al. 2001). Dit roept de vraag op hoe die informatie zo te presenteren dat deze afgestemd is op de specifieke behoeften van de betreffende vrouwen en dat vrouwen de informatie begrijpen. Hoe bijvoorbeeld vrouwen te helpen in het afwegen van voordelen en risico's verbonden aan het nemen van hormoontherapie, informatie te verwerken betreffende preventie van osteoporose als men geen hormoontherapie neemt, of te beslissen over baarmoederverwijdering? (zie bijvoorbeeld De Gelder et al. 2004). En hoe vrouwen zo te versterken dat zij effectief van het gezondheidszorgsysteem gebruik kunnen maken en hun eigen waarden in het beslisproces betreffende de verschillende mogelijkheden tot preventie en behandeling in te brengen?

Willen vrouwen echter wel versterkt worden in elke situatie? Het interviewen van vrouwen op een polikliniek gynaecologie over hun menstruatieproblemen en hun visie op de kwaliteit van zorg die zij ontvingen, leerde ons dat sommige uit Suriname gemigreerde vrouwen tevreden waren met wat zij wisten, ook al bezaten zij niet de biomedische kennis over hun menstruatiecyclus. Sommige eerste generatie Turkse vrouwen gaven ons de indruk dat zij in situaties van huiselijk geweld leven, zeer geïsoleerd zijn, ook tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen (Richters 2003). Deze paar voorbeelden zouden ons de vraag serieus moeten doen nemen of er niet een diversiteit moet zijn in pogingen die ondernomen worden om vrouwen te helpen zichzelf te versterken. Wij moeten ons daarbij realiseren dat handelingen die door een deskundige als versterkend beschouwd worden, door een cliënt als onderdrukkend ervaren kunnen worden.

Een van de mogelijkheden voor ondersteuning in interculturele communicatie en empowerment die wij in Nederland hebben is het involveren van zorgconsulenten of migrantenvoorlichtsters (Van Vliet & s'Jacob 2001; Jacobs 2002). Deze vrouwen spelen een bemiddelende rol tussen patiënt en hulpverlener. Een dergelijke intermediair is gewoonlijk een

vrouw van dezelfde migrantengroep als de betreffende patiënt, met, bijvoorbeeld, een opleiding in sociaal werk en in de specifieke gezondheidsproblemen waarover zij in haar werk moet communiceren. Interculturalisatie van de gezondheidszorg zou verbeterd kunnen worden door de intermediairs een structurele positie in die zorg te geven en voldoende tijd om hun kennis te delen. Sethi en Pitkin (2000) concluderen zelfs gebaseerd op hun studie van de visies van Aziatisch-Britse vrouwen en de houding van die vrouwen ten aanzien van de menopauze en hormoontherapie, dat er een behoefte is aan speciale klinieken waar vrouwelijke artsen werken die in de taal van de migrantenvrouwen die die klinieken bezoeken kunnen communiceren.

In een registratiestudie verricht in de gynaecologie/verloskunde afdelingen van twee niet-academische ziekenhuizen in twee grote steden in Nederland, waren patiënten van niet-Nederlandse oorsprong in de meerderheid. In een van de twee ziekenhuizen werd zelfs meer dan 70% van de patiënten als zodanig geïdentificeerd. Patiënten kwamen van meer dan 90 verschillende landen en waren voornamelijk eerste generatie migranten. De confrontatie van een gynaecoloog met een dergelijke etnische pluriformiteit vraagt om algemene vaardigheden en kennis teneinde in staat te zijn de kwaliteit van zorg aan migrantenvrouwen te verlenen waar zij recht op hebben (Kleijn et al. 2003). Het zou te veel van hulpverleners gevraagd zijn alles te leren over de specificiteiten van de mogelijke verschillen in wensen en behoeften van migrantenvrouwen en op de cultuur afgestemde methoden om aan die wensen en behoeften te voldoen.

5. De noodzaak van een interculturalisatie van de gezondheidszorg

We zouden de tegemoetkoming aan de wensen en behoeften van migrantenvrouwen betreffende een kwalitatief goede zorg moeten beschouwen tegen de achtergrond van de behoefte aan interculturalisatie van de gezondheidszorg. Die interculturalisatie betekent dat gezondheidszorgvoorzieningen cultuursensitief en –competent gemaakt worden met als doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen.

In Nederland hebben een kleine groep hulpverleners, antropologen en beleidsmakers al meer dan dertig jaar gevochten voor deze interculturalisatie. Pas zeer recent heeft dit gevecht enig succes gehad in zoverre dat een aantal instituties in ieder geval in hun beleid uitdragen dat interculturalisatie nodig is. Verschillende documenten, onderschreven door bijvoorbeeld het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), zijn beschikbaar waarin gedetailleerd beschreven staat wat interculturalisatie van gezondheidszorg en medisch onderwijs in zou moeten houden (Raad van Volksgezondheid en Zorg 2000; Centre for Migration and Child Health 2001; Seeleman 2005).

Een van de algemene strategieën die voorgesteld zijn is het mainstreamen van de verschillende perspectieven die ontwikkeld zijn in de interculturele zorg en deze te integreren met die welke beschikbaar zijn voor genderspecifieke gezondheidszorg. Wat betreft medisch onderwijs wordt erkend dat studenten voorbereid moeten worden op hun toekomstige werk in een etnisch- en cultureel-pluriforme samenleving door het leren van een reeks interculturele communicatie en interactie *vaardigheden*, het verkrijgen van *kennis* over de relatie tussen culturele en sociaal-economische factoren gerelateerd aan ziekte, ziekzijn en gezondheidsgedrag, en het ontwikkelen van de geëigende *attitude*. Vanuit het perspectief van migrantenvrouwen en –mannen lijkt een van de meest belangrijke elementen te zijn een houding van respect en een vertrouwensband tussen arts en patiënt.

Sterke tegenkrachten in de maatschappij zouden de implementatie van de vele in de verschillende documenten over interculturalisatie gegeven richtlijnen kunnen tegenhouden.

Gedurende de laatste jaren heeft een politiek-ethisch klimaat van ‘realisme’ steeds meer de overhand gekregen (Richters 2005). Een klimaat van een verdediging van de verworvenheden van de ‘Nederlandse cultuur’ en een aanval op het multiculturalisme, inclusief de multiculturele gezondheidszorg. De kritiek is dat hulpverleners, en niet de maatschappij of de migranten zelf, migrantenpatiënten tot een machteloos deel van de bevolking maken, tot een nationaal symfonie orkest van zieligheid en ziekte. Dit is een ontwikkeling die door critici ervan gestopt moet worden. De migrant moet zich aanpassen aan de hulpverlener en niet omgekeerd. Dat zou bijvoorbeeld betekenen dat als een migrantenvrouw een tolk nodig heeft, het haar verantwoordelijkheid is er een mee te brengen. Het is niet de gezondheidszorginstelling die deze dienst zou moeten aanbieden. Een onderliggend idee is dat de vrouw Nederlands had moeten leren zodra zij het land binnenkwam.

In welke mate dit realisme ook geworteld is in de houding van hulpverleners kan niet met behulp van cijfers aangetoond worden. Een huisarts die tevens zelf migrantenvrouw is definieert attitude als het totaal van non-verbale uitdrukkingen die men tegenover een ander uitdraagt, door zijn of haar houding, gedrag en uitstraling. In onze interviews met hulpverleners als deel van de eerder genoemde studie naar de kwaliteit van gynaecologische en verloskundige zorg voor migrantenvrouwen, vonden wij een variëteit aan houdingen onder hulpverleners, variërend van “wat je nodig hebt is respect, liefde en belangstelling voor diversiteit” tot “zij hebben hun eigen verantwoordelijkheden en moeten zich meer aan onze systemen en waarden aanpassen”. Sommige hulpverleners klagen op hun beurt over het gebrek aan respect dat sommige migrantenpatiënten hebben voor hen als deskundigen en als mens (Richters 2003).

Critici van het onderwijssysteem waarin studenten niet voorbereid worden op een professie waarin interculturele vaardigheden en kennis en een cultuursensitieve attitude vereist zijn, spreken van een monoculturele tragedie van universiteiten, de verblindende witheid van de wetenschap en het gebrek aan training in reflectie en zelfreflectie van mensen; mensen ‘ingebeld’ door volgelingen van Procrustes met als doel ‘onze’ wereld als de juiste wereld te verdedigen.

Hulpverleners worden niet alleen geconfronteerd met problemen in de gezondheidszorg die gerelateerd zijn aan culturele verschillen, maar ook met problemen gerelateerd aan subculturele verschillen. Veroudering kan als voorbeeld gebruikt worden. Ouderwordende patiënten zijn voor veel jonge artsen als mensen die behoren tot een cultuur die vreemd voor hen is. Deze artsen moeten niet alleen een respectvolle houding tegenover ‘de ander’ als culturele vreemdeling aanleren, maar ook tegenover ‘de ander’ als verouderende vrouw.

De kunstenaar Melanie Manchot beschouwt het als haar missie de confrontatie aan te gaan met de afkeer van de westerse maatschappij voor ouder- worden en om vrouwelijke schoonheid te herdefiniëren. Voor dit doel maakte zij foto’s van haar naakte moeder om die op tentoonstellingen te laten zien. Een van deze foto’s was enkele jaren geleden te zien op een billboard aan de kant van de weg in een stad in Pennsylvania in de Verenigde Staten, met als motto: “Look at you loving me” (kijk naar jou die van mij houdt). Het antwoord op de vraag waarom mensen die het billboard voorbijrijden over Manchot’s moeder denken als mooi of niet mooi, zegt veel over een maatschappij waar wij deel van uitmaken. Wij kunnen onszelf dezelfde vraag stellen. Ons antwoord zal ons veel vertellen over wat wij voelen ten aanzien van onze verouderende vrouwelijke patiënten en onze moeders of grootmoeders en hoe wij deze benaderen. Stelt U zich nu eens voor dat de verouderende naakte vrouw op het billboard aan de kant van de weg heel duidelijk een migrantenvrouw is. Hoe zouden mensen, hoe zouden wij, dan reageren? Kritische zelfreflectie ten aanzien van onze houding ten opzichte van ‘de ander’ zou een van de eerste stappen moeten zijn in het proces van proberen tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van migrantenvrouwen in de context van zorg voor hun gezondheid.

Noot

Deze tekst is een vrije vertaling van de Engelse tekst die in Duitse vertaling verscheen als Richters (2004). Een verkorte, sterk bewerkte versie van deze Nederlandse tekst verschijnt in het Vlaams-Nederlandse tijdschrift *Cultuur, Migratie en Gezondheid* 3(2), 2006.

Literatuur

Adler, S. R. et al. (2000) Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese Women in the US. *Maturitas* 35(1):17-29.

Agee, E. (2000) Menopause and the transmission of women's knowledge: African American and white women's perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 14(1):73-96.

Avis, N. E. et al. (2001) Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine* 52(3):345-356.

Centre for Migration and Child Health (2001) Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland: Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde. 's-Gravenhage: Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, ZonMw.

David, M, et al. (2000) Knowledge among German and Turkish women about specifically female bodily functions, contraception, preventative medical examinations and menopause. *Ethnicity and Health* 5(2):101-118.

Elliott, J, et al. (2002) A critical ethnography of Korean Canadian women's menopause experience. *Health Care for Women International* 23(4):377-388.

Gifford, S. M. (1994) The change of life, the sorrow of life: Menopause, bad blood and cancer among Italian-Australian working class women. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 18(3):299-319.

Kagawa-Singer, M. et al. (2002) Comparison of the menopause and midlife transition between Japanese American and European American women. *Medical Anthropology Quarterly* 16(1):64-92.

Gelder, R. de et al. (2005) "The integration of a woman's perspective in hysterectomy decisions", *Journal of Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics* 26(1):53-62.

Good, B & M.J. Del Vecchio Good (1981) The meaning of symptoms: A cultural hermeneutical model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A. (eds.) *The relevance of social science for medicine*, pp. 165-197. Dordrecht: Reidel.

Hautman, M. A. (1996) Changing womanhood: Perimenopause among Filipina-Americans. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* 25(8):667-673.

Im, E. O. et al. (1999) Symptom experience during menopausal transition: Low income Korean immigrant women. *Women and Health* 29(2):53-67.

Im, E.O. & A.I. Meleis (2001) Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health* 33(1-2):83-103.

Jacobs, F. (2002) Empowerment: Een voorbeeld. In: *Handboek interculturele zorg*. Maarsse: Elsevier, III 1.3-1 - III 1.3.-31.

Kagawa-Singer, M. et al. (2002) Comparison of the menopause and midlife transition between Japanese American and European American women. *Medical Anthropology Quarterly* 16(1):64-92.

Kleinman, A. & D. Seeman (2000) Personal experience of illness. In: G.L. Albrecht et al. (eds) *Handbook of social studies in health and medicine*, pp. 230-243. London: Sage.

Kleijn, W. C. et al. (2003) Etnische pluriformiteit in twee grootstedelijke poliklinieken gynaecologie/verloskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie* 116(2):42-47.

Kosack G. & U. Krasberg (Hg.) (2002) *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein: Ulrike Helmer Verlag.

Lewis, C. E. et al. (2000) Overview of women's decision making regarding elective hysterectomy, oophorectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*. Volume 9, Supplement 2, S-5 - S14.

Lock, M. (1993) *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.

Lock, M & P. Kaufert (2001) Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology* 13(4):494-504

Marquez, M.A. et al. (2001) "Bone density in an immigrant population from Southeast Asia", *Osteoporosis International* 12(7):595-604.

Massé, R. et al. (2001) The limitations of a negotiation model for perimenopausal women. *Sociology of Health and Illness* 23(1):44-64.

Mens-Verhulst, J. (2003) Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. *Sociale Interventie* 12(1):25-34.

Mingo, C. et al. (2000) Women's stories: Ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*. Volume 9, Supplement 2, S-27-38.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Reysoo, F. (1999) Ziektebeleving en hulpzoekgedrag van Marokkaanse vrouwen in Leiden: Een exploratief onderzoek. In: Richters A, Vliet K van (red) Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden, pp. 15-60. Leiden: Stichting Vrouwengezondheidszorg.

Richters, A. (2001) Het lekkende lichaam: Diversiteitsonderzoek naar urine-incontinentie. Tijdschrift voor Genderstudies 5(1):28-43.

Richters, A. (2001) The biomedical digitalization of women's bodies and women's body politics in the context of globalization: Challenges to women-and-health research. In: Demos V P, Segal M T (eds) An international challenge to theory, pp. 51-70. Elsevier: Amsterdam.

Richters, A. (2002) The menopause as biocultural and political process: A comparative perspective. In Guerci A, Consiglieri S (eds) The elderly in the mirror: Perceptions and representations of old age, pp. 290-310. Genova: Erga.

Richters, A. red. (2003) Etnische pluriformiteit en kwaliteit van zorg op twee grootstedelijke poliklinieken gynaecologie/verloskunde. Heemstede: Smart.

Richters, A. (2004) "Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen", in Ingeborg Jahn (Hg.) Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, S. 63-82. Band 28, Reihenherausgeberin: GEK - Gmünder ErsatzKasse. Asgard-Verlag, St. Augustin.

Richters, A. (2005) "Sociaal lijden in Nederland: De morele reacties van de geestelijke gezondheidszorg", Cultuur, migratie, gezondheid 2(1):10-18.

Sampsel, C. M. et al. (2002) Midlife development and menopause in African American and Caucasian women. Health Care for Women International 23(4):351-363.

Seelman, C. et al. (2005) Een arts van de wereld: Etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sethi, K. & J. Pitkin (2000) British-Asian women's views on and attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. Climacteric 3(4):248-253.

Stephens, C. (2001) Women's experience at the time of menopause: Accounting for biological, cultural and psychological embodiment. Journal of Health Psychology 6(6):651-663.

Vliet, K, van & R s'Jacob (2001) Intermediairs voor allochtone oudere vrouwen: Schakels tot integratie. Sociale Interventie 10(2):36-44.

Zeserson, J. M. (2001) How Japanese women talk about hot flushes: Implications for menopause research. Medical Anthropology Quarterly 15(2):189-205.

Zeserson, J. M. (2001) *Chi no michi* as metaphor: Conversations with Japanese women about menopause. Anthropology & Medicine 8(2/3):177-200.