

De effecten van psycho-educatie en zelfhulp bij depressieve Hindoestaanse Surinamers

Gepubliceerd: 21-04-2010 Laatst bijgewerkt: 30-04-2024

Doelstelling Inventarisatie van de draagvlak en de bereidheid tot participatie onder bezoekers van de tempels. Dit vooronderzoek dient ten bate van het ontwikkelen van preventieve programma's, gericht op depressie, bij Hindoestanen. Het onderzoeken...

Ethische beoordeling	Afgewezen
Status	Zal niet starten
Type aandoening	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON34686

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

De effecten van psycho-educatie en zelfhulp

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG

Synoniemen aandoening

Depressieve klachten

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Altrecht GGZ (Den Dolder)

Overige ondersteuning: Fonds Psychische Gezondheid

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Depressieve klachten, Hindoestanen, Psycho-educatie, Zelfhulp

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat is: depressieve symptomen. De secundaire resultaten omvatten: incidentie van depressieve stoornis, suïcidale ideatie, symptomen van angst, gebruik van antidepressiva/benzodiazepines, gebruik van gezondheidszorg, verzuim van werk en kwaliteit van leven.

Secundaire uitkomstmaten

De secundaire resultaten omvatten: incidentie van depressieve stoornis, suïcidale ideatie, symptomen van angst, gebruik van antidepressiva/benzodiazepines, gebruik van gezondheidszorg, verzuim van werk en kwaliteit van leven.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

In Nederland is een grote gemeenschap Hindoestaanse Surinamers. De prevalentie van depressie in deze groep is naar schatting ongeveer even hoog als die in de autochtone bevolking (12.4%). De gevolgen lijken echter ernstiger. Het percentage suïciden in deze groep is ongeveer vier keer zo hoog als die onder de autochtone bevolking. Daarnaast is deze groep ondervertegenwoordigd in de reguliere hulpverlening. De meeste mensen zoeken hulp in eigen kring of bij de spiritueel leider. Gezien de ernst van de gevolgen verdient het voorkómen van depressieve stoornissen in deze groep hoge prioriteit. Het vinden van de juiste toegang voor preventieve interventies vormt daarbij een van de belangrijkste uitdagingen.

De hulp wordt geboden op die plaats waar de gemeenschap vooral steun zoekt: de tempel (onderdeel van culturele organisatie).

Dit onderzoek zal dan ook in de Hindoestaanse tempels plaatsvinden. Er zullen bij een 3-tal tempels een semi-gestructureerde interview bij het bestuur en

gestructureerde vragenlijsten bij de bezoekers worden afgenomen.

In dit onderzoek stellen wij de volgende voor:

Inventarisatie van de draagvlak en de bereidheid tot participatie onder bezoekers van de tempels. Dit vooronderzoek dient ten bate van het ontwikkelen van preventieve programma's, gericht op depressie, bij Hindoestanen. Het onderzoeken van de feasibility (haalbaarheid) van een preventieve interventie binnen de Hindoestaanse gemeenschap.

Doel van het onderzoek

Doelstelling

Inventarisatie van de draagvlak en de bereidheid tot participatie onder bezoekers van de tempels. Dit vooronderzoek dient ten bate van het ontwikkelen van preventieve programma's, gericht op depressie, bij Hindoestanen. Het onderzoeken van de feasibility (haalbaarheid) van een preventieve interventie binnen de Hindoestaanse gemeenschap.

De primaire uitkomstmaat is: depressieve symptomen. De secundaire resultaten omvatten: incidentie van depressieve stoornis, suïcidale ideatie, symptomen van angst, gebruik van antidepressiva/benzodiazepines, gebruik van gezondheidszorg, verzuim van werk en kwaliteit van leven.

Probleemstelling

In Nederland wonen ongeveer 332.500 mensen van Surinaamse afkomst (CBS, 2006). Naar schatting zijn ongeveer 200.000 van hen Hindoestaans. De Hindoestaanse gemeenschap kan worden gezien als een verzameling van kleinere groepen, families en gezinnen (Adhin, vanaf 1998; Van Dijk e.a. 1999). Het is een vrij gesloten gemeenschap met een wij-karakter, die zich kenmerkt als conflictvermijdend, veeleisend, loyaal en vooruitstrevend. De groepen hebben doorgaans een patriarchale structuur (Van Dijk e.a. 1999). Bij de opvoeding wordt veel nadruk gelegd op prestatie, vriendelijkheid en respect. Dit kan zelfs nederig overkomen. Hindoestanen geloven in geesten. Goden kunnen ook als geesten verschijnen (Van Dijk e.a. 1999; Rambaran & Koeldiep 2004). Deze geesten geven steun, tenzij het boze geesten zijn. Zij spelen een rol bij rituelen rond geboorte, ziekte en dood, evenals bij traditionele (religieuze of spirituele) genezing. Mensen die goede geesten zien worden niet als ziek beschouwd. Als het om kwade geesten gaat, vindt een spirituele genezing plaats door de pandit of een spirituele genezer.

Binnen deze gesloten gemeenschap is psychiatrie taboe. Vanuit de hulpverlening is bekend dat men zeer minimaal hulp zoekt via de reguliere weg. De meeste Hindoestanen zijn aangesloten bij een culturele organisatie die de Hindoestaanse tempels beheert. Veelal wordt binnen deze organisatie of tempel als eerste naar genezing gezocht dat wil zeggen religieuze of spirituele genezing (Gokoel 2005; Adhin 1998, van Dijk et al, 1999). Wanneer zij wel naar een (huis)arts gaan dan zijn zij over het algemeen gezagsgetrouw aan de dokter. Noodzakelijk is echter dat zij zich enigszins kunnen vinden in de verklaring van de behandelaar (Braakman e.a. 2003). Hierbij is het belangrijk om de

patiënt en de familie te laten vertellen wat binnen de culturele norm past. Doet men dit niet, dan kan er een meningsverschil ontstaan, met een slechte werkrelatie en therapieontrouw.

Uit algemeen bevolkingsonderzoek blijkt dat depressie een belangrijke gezondheidsprobleem vormt met een hoge jaar prevalentie, een grootte ziektelast op persoonlijk niveau, maar ook op bevolkingsniveau en met enorme economische kosten (Smit e.a.,2005; Cuijpers e.a.,2005). Zowel vanuit het perspectief van de volksgezondheid als die van de individuele patiënt verdient de optimale preventie (voorkomen) van een depressie dan ook hoge prioriteit.

In Nederland is geen onderzoek bekend naar de incidentie en prevalentie van depressie bij de Hindoestaanse groep. In de internationale literatuur worden schattingen gegeven die uiteenlopen van 5 tot 25% (Fareed Aslam Minas et al, 2000; Mirza en Jenkins, 2004; Raguram et al, 1996; Khan 2002; Tiwari 2000). Het lijkt er daarom op dat depressie minstens even vaak voorkomt als onder autochtone Nederlanders en mogelijk zelfs vaker. De gevolgen lijken echter ernstiger te zijn dan die onder autochtonen. Onderzoek bij de Haagse GGD laat zien dat suïcidaliteit onder Hindoestanen maar liefst vier keer zo hoog is als die onder autochtonen (GGD Den Haag, 2000; Burger, e.a. 2005). Onderzoek onder Hindoestanen die wonen in Suriname heeft ongeveer hetzelfde opmerkelijk hoge percentage suïcide en suïcidepogingen aangetoond (Graafsma & Mooij, 2006;). Dit wordt bovendien bevestigd in onderzoek naar Hindoestaanse gemeenschappen elders in de wereld zoals in Engeland, Maleisië, Singapore, de Fiji eilanden, Guyana en Trinidad (Bhugra 2003; Mahy 1993; Maniam 2003). Sociale deprivatie (armoede), sociale fragmentatie, alcoholisme, familie problemen (vooral bij vrouwen) en psychiatrische aandoeningen worden in deze onderzoeken gezien als belangrijke risicofactoren.

Het voorkómen van depressieve stoornissen in deze groep verdient daarom hoge prioriteit. Het vinden van de juiste toegang voor preventieve interventies in deze gesloten groepering vormt daarbij een van de belangrijkste uitdagingen.

Relevantie

Om de deelnemers te bereiken wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande netwerken. De tempel is hiervoor de meest geschikte plek omdat deze een centrale plek inneemt in de gemeenschap én omdat het de eerste plek is waar men eventuele problemen naar voren brengt.

Er zijn geen cijfers bekend van de ondervertegenwoordiging van de doelgroep in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. In het rapport *Diversiteit in de participatie in gezondheidsbevordering, een verkennende studie* (Vliet e.a., 2006) wordt dit echter wel als een probleem benoemd: *Allochtonen kennen de regels en mogelijkheden van de zorg en preventie niet goed en de hulpverleners ervaren dit als belastend, de kennis over participatie van allochtonen is gefragmenteerd en beperkt en de voorwaarden voor participatie in beleid zijn nog niet aanwezig.* Het past bij de Hindoestaanse gemeenschap om in groepskring hulp te zoeken en minder bij bestaande professionele organisatie.

Ook gezien de (geschatte/verwachte) hoge prevalentie van depressie en de ernstige gevolgen hiervan is preventie hiervan noodzakelijk.

In Nederland wordt ongeveer de helft van de depressies niet behandeld en in ongeveer de helft van de gevallen blijkt het om ernstige depressies te gaan (Spijker e.a., 2002; Bijl e.a., 2003).

Bewezen is dat subklinische depressieve stoornissen relatief veel ziektelast met zich meebrengen (Kruijshaar e.a., 2003; Cuijpers, 2004), geassocieerd met hoge sterftekans (Cuijpers & Schoevers, 2004) en een kans op een major depression verhogen (Cuijpers & Smit, 2004). Dit maakt mede de noodzaak voor preventie groot.

Kennisoverdracht

Dit project zal een beschrijving van een preventieve interventie opleveren voor Hindoestaanse Surinamers met depressieve klachten. De hoofdaanvrager van dit project maakt zelf onderdeel uit van deze gemeenschap en bekleedt vele functies in organisaties binnen de gemeenschap. Zo onderhoudt hij uitstekende contacten met de Hindoe Raad Nederland (HRN) en MIKADO, waarmee zal worden samengewerkt. De HRN is een overkoepelend orgaan voor de in Nederland gevestigde Hindoe organisaties. De HRN heeft mede als taak het adviseren van de overheid. Bovendien zijn alle Hindoe tempels aangesloten bij de HRN. MIKADO is het kenniscentrum voor interculturele geestelijke gezondheidszorg. Zo wel de HRN als de MIKADO hebben inmiddels toegezegd mee te willen werken aan dit onderzoek en disseminatie van de resultaten zal onder andere via dit uitgebreide netwerk verlopen.

De resultaten van dit onderzoek zijn bovendien te gebruiken voor het bereiken van andere allochtone groeperingen in Nederland die overeenkomsten vertonen met die van de Hindoestaanse Surinamers. Hierbij wordt met name gedacht aan de Marokkaanse en Turkse gemeenschap. Ook dit zijn gesloten gemeenschappen met een duidelijke man/vrouw rolverdeling. Dat wil zeggen, ook in deze gemeenschappen worden de jongens vrijer opgevoed dan de meisjes en dragen de broers de verantwoordelijkheid tegenover de zussen. Problemen, in het bijzonder psychische of psychiatrische problemen zijn taboe en wordt niet buiten de groep besproken. Ook de Marokkaanse en Turkse gemeenschap gebruikt de moskee om de problemen te bespreken met de geestelijke of anderen/ouderen, al of niet deel uitmakend van het directe systeem (Meekeren, e.a., 2002; Borra, e.a., 2002).

Daarnaast participeren enkele leden van de huidige projectgroep in the Netherlands study of Depression and Anxiety (NESDA) waarin samengewerkt wordt met vele andere instellingen die zich bezig houden met het onderzoek en beleid rond de behandeling van angst en depressie (Universiteit Groningen, Universiteit Leiden, WOK (Centre for Quality of Care Research), NIVEL, Trimbos-instituut en vele patiëntenorganisaties). Ook van dit uitgebreide netwerk zal gebruik worden gemaakt om de resultaten te dissemineren. Uiteraard wordt bekendheid gegeven aan de uitkomsten van het project via professionele en publieke media, door middel van studiedagen en publicaties in praktijkgerichte bladen.

Onderzoeksopzet

Studie design

Pre - post behandelonderzoek
Geen controle groep

Interventie

Voor dit vooronderzoek zal een 3-tal tempels worden benaderd en wordt onderverdeeld in twee stappen.

Stap I

Er wordt een semi-gestructureerde interview afgenomen aan de hand van een vragenlijst bij de bestuur van de tempel. Hierbij moet men denken aan de Pandiet (Hindoe priester), voorzitter, secretaris, penningmeester.

Er zullen vragen worden gesteld over:

- hun medewerking
- medewerking van bezoekers
- het voorkomen van stemmingstoornis, angststoornis, suicidaliteit bij Hindoestanen
- is dit een probleem
- moet de problemen door de Hindoestaanse gemeenschap zelf worden aangepakt of moet externen/buitenwereld dit doen
- wat zouden de oorzaken kunnen zijn voor deze problemen
- de feasibility van een onderzoek
- zullen de bezoekers meewerken aan de type preventie (zoals voorgesteld *lichte dagen, donkere dagen*)

Stap II

Gestructureerde interview bij de bezoekers van de tempel. Ook aan de bezoekers zullen de bovengenoemde vragen worden gesteld aan de hand van een vragenlijst. Daarnaast zullen ook de CES-D (om depressieve klachten) en suicidaliteitlijst worden afgenomen. Bij bezoekers met een score > 15 op de CES-D, zal een MINI, telefonisch worden afgenomen om een depressieve stoornis vast te stellen. Dit dient om een indruk te krijgen van de prevalentie voor depressieve klachten en stoornis. Ook zullen vragenlijsten worden afgenomen betreffende suïcidale ideatie, symptomen van angst, gebruik van antidepressiva/benzodiazepines, gebruik van gezondheidszorg, verzuim van werk en kwaliteit van leven.

De mate van participatie zal mede bepalend zijn voor de haalbaarheid van een preventieve onderzoek.

Recrutering van respondenten

Alle respondenten zullen gerekruteerd worden bij de tempels.

Inclusie- en exclusie criteria

De inclusie criteria, die gehandhaafd worden zijn alle Hindoestaanse bezoekers van de tempel, die 18 jaar en ouder zijn. Doorgaans spreken vrijwel alle bezoekers de Nederlandse taal, echter is dit niet noodzakelijk voor het onderzoek, aangezien de hoofdonderzoeker het ook in het Hindoestaans (Sarnami Hindi) kan vertellen/uitleggen. Er zijn geen exclusie criteria.

Meetinstrumenten

Voor de screening op depressieve symptomen wordt de CES-D gebruikt. Tijdens de telefonisch interview zullen de participanten worden gediagnosticeerd voor depressie, door middel van de MINI International Neuropsychiatric Interview. De MINI is een kort gestructureerd interview om psychiatrische stoornissen, volgens de DSM-IV (Sheenan, 1998), te diagnosticeren.

Tijdens de interview zullen wij ook het volgende meten: persoonlijkheid (Mastry lijst), suïcidale ideatie (Beck Scale), angst (HADS), kwaliteit van leven (SF36 en Euroqol), en gebruik van gezondheidszorg (TIC-P).

De keuze voor deze meetinstrumenten is gemaakt op basis van het veelvuldig gebruik in nationale en internationale onderzoeken.

Planning

De tijdspad wordt verdeeld in 3 fasen.

Fase I: duur 6 weken

Een semi-gestructureerde interview wordt afgenomen bij het bestuur. Een keer per tempel.

Fase II: duur 16 weken

Interview en onderzoek bij de bezoekers. Dit zal 4 keer per tempel worden herhaald om zoveel mogelijk respondenten te kunnen rekruteren.

Fase III: duur 12 weken

Verwerken van de verzamelde gegevens.

Tijdspad

De nodige tijd voor deze onderzoek wordt geschat op 9 maanden (34 weken).

Door onvoorziene omstandigheden zou de hierboven genoemde tijdschema kunnen worden gewijzigd en of worden aangepast.

Begroting

Specificatie:

Psychiater/onderzoeker: 0.4 fte

Uurloon: 60 euro

34 weken

Totaal: 29.300 euro

Materiaal kosten

(vragenlijsten, telefoon kosten, reiskosten)

Totaal: 5.000 euro

Onvoorziene kosten

Totaal: 1.000 euro

Totale begroting onderzoek: 35.300 euro

Inschatting van belasting en risico

Van de deelnemers wordt een tijd investering gevraagd ten behoeve van de cursus *lichte dagen, donkere dagen*. De cursus bestaat uit 12 bijeenkomsten. Elke bijeenkomst duurt ongeveer 2 uren. In totaal duurt de cursus 24 uren. Daarnaast krijgen de deelnemers huiswerk mee, als onderdeel van de cursus. Hiervoor is ongeveer 1 uur per bijeenkomst nodig (in totaal 12 uren voor de cursus). De noodzakelijke tijdsinvestering voor de hele cursus is 36 uren.

Contactpersonen

Publiek

Altrecht GGZ (Den Dolder)

Kanaalweg 86
3533 HG UTRECHT
Nederland

Wetenschappelijk

Altrecht GGZ (Den Dolder)

Kanaalweg 86
3533 HG UTRECHT
Nederland

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

18 jaar en ouder

CES-D ≥ 16

MINI voor depressie: negatief

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Depressieve stoornis of andere stoornis

In behandeling voor een stoornis

Cognitieve stoornis

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Preventie

Deelname

Nederland

Status: Zal niet starten

Aantal proefpersonen: 40

Type: Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Afgewezen

Datum: 21-04-2010

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Universitair Medisch Centrum Utrecht (Utrecht)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL29828.041.10