"Culturele Invloeden op Menopauze: perceptie en ervaringen bij vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond in Westerse landen"

[Judith Gbesse, Universiteit Gent]

Promotor: [Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding De menopauze, die meestal optreedt tussen 45 en 55 jaar, markeert de laatste menstruatie van een vrouw. Hoewel het fysiologische proces van de menopauze universeel is, worden de attitudes, het begrip en de ervaringen ervan sterk beïnvloed door de culturele achtergronden van vrouwen.

Doelstelling. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop culturele factoren de perceptie en ervaringen van de menopauze beïnvloeden bij vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond in Westerse landen.

Methode. Een systematic review werd uitgevoerd door te zoeken in PubMed, Embase, Scopus en Web of Science (WOS) naar kwalitatieve studies. De zoekopdracht omvatte de concepten "menopause", "migrant" en "culture". Aan de hand van enkele inclusie- en exclusiecriteria werden de finale artikels geselecteerd.

Resultaten: Deze systematic review omvatte 13 studies. De bevindingen toonden aan dat niet-westerse vrouwen over het algemeen een neutrale of positieve houding hadden ten opzichte van de menopauze. Vrouwen gaven aan weinig kennis te hebben over de menopauze, vaak door taboe en een beperkte toegang tot informatie. Copingmechanismen, zoals het minimaliseren van symptomen, humor, religie en spiritualiteit spelen een belangrijke rol in het omgaan met de overgang. Een sociaal netwerk van vrouwen met dezelfde etnische achtergrond en leeftijd bleek essentieel voor de menopauze-ervaring. De identiteit van de vrouw, vaak verbonden met moederschap en vruchtbaarheid, beïnvloedt de manier waarop de menopauze wordt ervaren. Niet- westerse vrouwen beschouwden zorgverleners als een betrouwbare bron voor menopauze-gerelateerde informatie, maar suggereerden dat zorgverleners proactiever moeten zijn in het bespreken van dit onderwerp.

Conclusies: Het is essentieel dat zorgverleners zich bewust zijn van de culturele factoren die impact hebben op de menopauze-beleving van niet-westerse vrouwen en hen op een cultuursensitieve manier benaderen. Daarnaast kunnen proactieve communicatie en het aanbieden van cultuursensitieve voorlichting in meerdere talen helpen om barrières te verminderen en de ervaring van de menopauze voor vrouwen met een migratieachtergrond verbeteren. Het is belangrijk dat zorgverleners de menopauze niet alleen lichamelijk benaderen, maar ook rekening houden met de culturele, sociale en persoonlijke factoren die de beleving van de menopauze beïnvloeden.

Inhoudstabel

Abstract 3

Inhoudstabel 4

Verklarende woordenlijst 6

1.1 Menopauze 6

1.2 Perimenopauze 6

1.3 Postmenopauze 6

1.4 Overgang 6

1.5 Migratieachtergrond 6

1.6 Culturele factoren 6

1.7 Etniciteit 6

1.8 Ras 6

1.9 Westerse landen 6

1.10 Perceptie 7

2 Inleiding 7

2.1 Wat is de menopauze? 7

2.2 Etnische verschillen in de menopauzale klachten 7

2.3 De rol van culturele factoren op de menopauze 8

2.4 Doel en relevantie van dit onderzoek 8

3 Methode 9

3.1 Zoekstrategie 9

3.2 Selectiecriteria 9

3.3 Data extractie 10

3.4 Kwaliteitsbeoordeling 10

4 Resultaten 10

4.1 Studiekenmerken 10

4.2 Bevindingen 11

4.2.1 Kennis en narratieven over de menopauze 11
4.2.2 Aangeleerde copingmechanismen 12
4.2.3 Sociaal netwerk 12
4.2.4 Identiteit en rol van de vrouw 13
4.2.5 Relatie met de zorg 13
5 Discussie 14
5.1 Interpretatie van resultaten 14
5.2 Aanbeveling voor de praktijk 16
5.3 Beperkingen van deze studie 16
5.4 Aanbeveling voor verder onderzoek 17
6 Conclusie 17
7 Persoonlijke reflectie 18
8 Referentielijst 20
9 Bijlagen 22
9.1 Bijlage 1: Zoekstrategie 22
9.2 Bijlage 2: De Prisma Flowchart 24
9.3 Bijlage 3: kwaliteitsbeoordeling 25
9.4 Bijlage 4: studiekenmerken 26

Verklarende woordenlijst

1.1 Menopauze

De laatste menstruatie van een vrouw, door verlies van de ovariële activiteit(1). De leeftijd waarop de natuurlijke menopauze optreedt, ligt wereldwijd doorgaans tussen de 45 en 55 jaar (2).

1.2 Perimenopauze

De periode voor de menopauze waarin de menstruaties veranderen, tot 1 jaar na de laatste menstruatie (1).

1.3 Postmenopauze

De periode vanaf 1 jaar na de laatste menstruatie (1).

1.4 Overgang

De periode van een veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw klachten en symptomen kan ervaren die een relatie hebben met een veranderende ovariële functie (1).

1.5 Migratieachtergrond

In deze thesis wordt iemand met een migratieachtergrond gedefinieerd als een persoon die eerste-, tweede- of derdegeneratie migrant is uit een niet- westers land. Vluchtelingen, asielzoekers en etnische minderheidsgroepen (bv. African American of Asian American) worden ook beschouwd als een persoon met een migratieachtergrond.

1.6 Culturele factoren

Een collectieve uitdrukking voor alle gedragspatronen die zijn verworven en sociaal overgedragen door middel van symbolen. Cultuur omvat gewoonten, tradities, religieuze overtuigingen, traditionele opvattingen, genderrollen, culturele praktijken, sociale normen en taal (3).

1.7 Etniciteit

Etniciteit is een sociaal construct dat verwijst naar een groep mensen met gedeelde culturele kenmerken, zoals taal, religie, gewoonten en een gemeenschappelijke geschiedenis of afkomst (4).

1.8 Ras

Ras is een sociaal en politiek construct dat mensen categoriseert op basis van fysieke kenmerken. Hoewel de wetenschap sterk betrokken was (en is) bij de ontwikkeling van ras en van raciale categorieën, bestaat er geen wetenschappelijk onderbouwde biologische basis voor raciale categorieën (5, 6).

1.9 Westerse landen

De landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, en Indonesië en Japan (7, 8).

1.10 Perceptie

Perceptie is het proces van het waarnemen, verwerken en interpreteren van indrukken, waarbij een subjectief beeld van de objectieve werkelijkheid wordt gevormd (9). In deze thesis worden kennis, ervaring, emoties, houding en managementstrategieën meegenomen, aangezien perceptie door deze factoren wordt beïnvloed.

2 Inleiding

2.1 Wat is de menopauze?

De menopauze, die gemiddeld optreedt tussen 45 en 55 jaar, markeert het einde van de reproductieve levensfase van een vrouw en wordt gedefinieerd als de laatste menstruatie. Het is een universele ervaring die iedere vrouw zal meemaken als ze lang genoeg leeft (2, 10). De overgang is de periode waarin de menstruatiecycli onregelmatig worden, vaak gepaard gaande met verschillende menopauzale symptomen. De menopauze zelf wordt retrospectief gediagnosticeerd wanneer de menstruatie gedurende minstens één jaar is gestopt (11).

Vasomotorische symptomen (VMS), zoals opvliegers en nachtelijk zweten, komen het vaakst voor en treffen ongeveer 80% van de vrouwen in de overgang. Bij ongeveer één derde van deze vrouwen zijn de symptomen ernstig. Andere veelvoorkomende menopauzale klachten zijn slaapproblemen, vermoeidheid, stemmingswisselingen, angst, palpitaties, vaginale droogheid, dyspareunie, mictieklachten, geheugenklachten, gewrichtspijnen en veranderingen in huid en haar (11).

2.2 Etnische verschillen in de menopauzale klachten

Hoewel de menopauze een universeel verschijnsel is bij vrouwen, variëren het tijdstip van de menopauze (laatste menstruatie), de duur van de overgang en de intensiteit van de VMS tussen verschillende etnische groepen (12). Dit blijkt uit de Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), één van de grootste en meest etnisch diverse longitudinale studies in de VS. De studie, die in 1994 werd gelanceerd en nog steeds gaande is, onderzoekt het natuurlijke verloop van de menopauze en omvat meer dan 3.000 deelnemers uit vijf etnische groepen (Kaukasisch, Afro-Amerikaans, Chinees, Latijns-Amerikaans en Japans) (13).

Resultaten uit SWAN toonden aan dat Latijns-Amerikaanse en zwarte vrouwen gemiddeld één jaar eerder de menopauze (laatste menstruatie) bereikten dan Kaukasische, Chinese en Japanse vrouwen (13). Daarnaast waren er etnische verschillen in de duur van de overgang en de intensiteit van menopauzale klachten. Zwarte vrouwen meldden de langste overgangsduur (10,1 jaar), terwijl Japanse en Chinese vrouwen de kortste overgangsduur hadden (respectievelijk 4,8 en 5,4 jaar). De overgangsduur was 6,5 jaar voor Kaukasische vrouwen en 8,9 jaar voor Latijns- Amerikaanse vrouwen (14). Zwarte vrouwen vertoonden de hoogste prevalentie van VMS en ervaarden de meeste hinder van deze symptomen. Japanse en Chinese vrouwen hadden de laagste prevalentie van VMS, terwijl Latijns-Amerikaanse en Kaukasische vrouwen daartussenin lagen (15).

Wanneer in de SWAN-studies werd gecorrigeerd voor sociodemografische, socio-economische, levensstijl- en gezondheidsfactoren, waren de etnische verschillen in de menopauzale klachten echter niet meer significant (13-15).

2.3 De rol van culturele factoren op de menopauze

De etnische variaties in menopauzale klachten kunnen deels worden verklaard door een interactie van biologische en niet-biologische factoren. Voornamelijk niet-biologische factoren zoals de socio-economische status (SES), levensstijl, psychosociale en culturele factoren spelen een belangrijke rol. Vrouwen met een lagere SES rapporteren vaker ernstigere VMS, vaak als gevolg van een ongezondere levensstijl, waaronder hogere stress, roken, een slecht dieet, minder fysieke activiteit en een hoger BMI. Uit SWAN blijkt dat zwarte en Latijns-Amerikaanse vrouwen vaker een lagere SES hebben dan Kaukasische vrouwen, wat mogelijk bijdraagt aan de verschillen in menopauzale klachten (16).

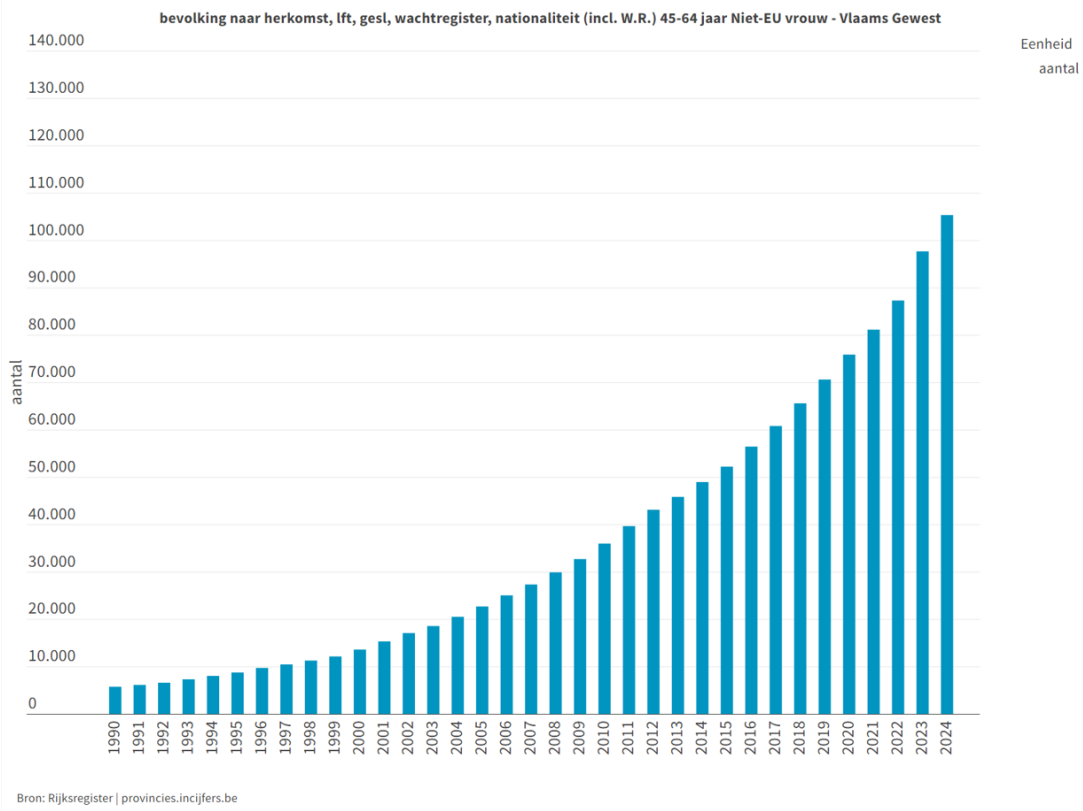
Toch is het belangrijk te benadrukken dat de ernst van de symptomen niet altijd samenvalt met hoe vrouwen de menopauze ervaren. Zo ervaren niet-westerse vrouwen de menopauze vaak als een positief en natuurlijk proces. De menopauze wordt minder vaak als iets gezien dat medische interventie vereist, waardoor VMS voor deze vrouwen wellicht minder opvallend of memorabel zijn (16). Hier speelt cultuur waarschijnlijk een belangrijke rol.

Cultuur, gedefinieerd als de verzameling van overtuigingen, waarden, intellectuele en religieuze kenmerken die typisch zijn voor een gemeenschap, beïnvloedt hoe gezondheid en ziekte worden ervaren (16, 17). Dit geldt ook voor de menopauze, culturele opvattingen kunnen de manier beïnvloeden waarop de menopauze wordt geïnterpreteerd, benoemd en gerapporteerd (18, 19).

2.4 Doel en relevantie van dit onderzoek

Historisch gezien is het meeste onderzoek naar de menopauze uitgevoerd in westerse landen, voornamelijk bij Kaukasische vrouwen. Het is echter belangrijk om de ervaringen van niet-westerse vrouwen met betrekking tot de menopauze beter te begrijpen. Hoewel er al onderzoek is gedaan naar etnische verschillen in menopauzale klachten, is er weinig bekend over de invloed van culturele factoren op de menopauze, vooral bij niet-westerse vrouwen. Dit wordt steeds relevanter nu onze maatschappij diverser wordt. In 2024 telde het Vlaamse Gewest 105.311 vrouwen van niet-Europese afkomst in de menopauzale leeftijd (45-64 jaar), en dit aantal is sinds 1990 sterk gestegen (**zie figuur 1).**

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop culturele factoren de perceptie en ervaringen van de menopauze beïnvloeden bij vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond in Westerse landen. Dit onderzoek is niet bedoeld om stereotype menopauzale ervaringen te beschrijven, aangezien de ervaring van iedere vrouw uniek is. De persoonlijke percepties van vrouwen kunnen al dan niet geassocieerd worden met hun culturele achtergrond. Door te begrijpen hoe cultuur de percepties van niet-westerse vrouwen over de menopauze beïnvloedt, kan deze systematic review bijdragen aan het verbeteren van cultuursensitieve zorg door zorgverleners (8).



Figuur 1: Bevolkingscijfers: 45-64jaar niet- EU vrouw in het Vlaamse Gewest (provincies.incijfers.be)

3 Methode

3.1 Zoekstrategie

Voor deze systematic review werd gezocht in de databanken PubMed, Embase, Scopus en Web of Science. De zoekopdracht omvatte de concepten "menopause", "migrant" en "culture". Voor elk van deze concepten werden relevante termen en synoniemen geïdentificeerd. Vervolgens werden de concepten met 'AND' gecombineerd. De zoekstrategie werd eerst toegepast in PubMed en daarna in de overige databanken. **(De zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1)**

De verkregen resultaten werden geïmporteerd in EndNote 21. In EndNote 21 en Rayyan werden duplicaten verwijderd met behulp van de deduplicatiefunctie. Vervolgens werd een handmatige controle uitgevoerd, zowel in EndNote als in Rayyan, om resterende duplicaten te identificeren. Na het verwijderen van de duplicaten werden de overgebleven resultaten op titel en abstract gescreend op basis van inclusie- en exclusiecriteria, door één onderzoeker via Rayyan. Na het screenen op titel en abstract werd de fulltext van de overgebleven artikels gelezen. Uiteindelijk werden 13 artikels gekozen voor deze systematic review. **(De Prisma Flowchart is terug te vinden in bijlage 2)**

3.2 Selectiecriteria

Inclusiecriteria:

- Populatie: vrouwen in de overgang met een niet-westerse migratieachtergrond die wonen in Westerse landen.

- Uitkomst: studies die culturele factoren evalueren én onderzoeken hoe deze culturele factoren de perceptie op de menopauze beïnvloeden.
- Studietype: enkel kwalitatieve studies worden geïncludeerd.
- Taal: studies gepubliceerd in het Engels of Nederlands worden geïncludeerd.

Exclusiecriteria:

- Populatie: westerse vrouwen en vrouwen niet in de overgang.
- Uitkomst: Studies die niet focussen op culturele factoren die de menopauze beïnvloeden. Studies die zich uitsluitend richten op medische/biologische aspecten van de menopauze zonder culturele context. (bv. Botdensiteit, osteoporose, borstkanker, hart- en vaatziekten, hormoontherapie,…). Studies die uitsluitend epidemiologische gegevens rond etnische verschillen in menopauzale symptomen bespreken.

3.3 Data extractie

De geselecteerde fulltexts werden in detail geanalyseerd. De volgende gegevens werden uit elke studie gehaald:

- Auteur (jaar)
- Studietype
- Methode
- Populatie
- Menopauzale status
- Leeftijd
- Land
- Bevindingen

3.4 Kwaliteitsbeoordeling

The Joanna Briggs Institute's (JBI-QARI) critical appraisal checklist for interpretive and critical research (een checklist voor kwalitatief onderzoek) werd gebruikt om de kwaliteit van de geselecteerde studies te evalueren. De JBI QARI checklist bevat 10 vragen om te beoordelen in hoeverre het studietype, de methodologie en de analyse van een studie het risico op bias hebben aangepakt. Op basis van deze gegevens werd elke studie ingedeeld in een van de drie groepen: goede kwaliteit (8–10), middelmatige kwaliteit (5–7) of slechte kwaliteit (<5). **(De checklist is terug te vinden in bijlage 3)**

4 Resultaten

4.1 Studiekenmerken

13 studies werden opgenomen in deze systematic review. Alle studies werden gepubliceerd tussen 1986 en 2022. Alle studies waren kwalitatief en de toegepaste methoden waren: (individuele) interviews, focusgroepen, participerende observaties, online forums en één studie maakte gebruik van non-directieve groepsdiscussies. Het aantal deelnemers per studie varieerde van 11 tot 81. Het totaal aantal deelnemers over de 13 studies bedraagt 430. De deelnemers waren voornamelijk in de overgang en hun leeftijd varieerde van 35 tot 75 jaar. De deelnemers hadden verschillende etnische achtergronden: Macedonisch, Aziatisch (Filipijns, Aziatisch-Amerikaans, Indisch, Koreaans, Vietnamees en Zuid-Aziatisch), Afrikaans (Afro-Amerikaans, van de Hoorn van Afrika en Tunesisch), Latina (Mexicaans, Latijns-Amerikaans en Ecuadoriaans) en twee deelnemers waren multiraciaal. De studies

werden uitgevoerd in westerse landen (de Verenigde Staten, Canada, het Verenigd Koninkrijk, Europa en Australië). De studiekenmerken van de 13 geïncludeerde studies zijn terug te vinden in **bijlage 4**.

4.2 Bevindingen

4.2.1 Kennis en narratieven over de menopauze

Vrouwen uit verschillende studies gaven aan weinig kennis te hebben over de menopauze (20-26). Sommige vrouwen in de overgang wisten niet wat er met hun lichaam gebeurde, wat soms leidde tot verwarring en angst (24, 25). Het gebrek aan kennis werd volgens de vrouwen veroorzaakt door verschillende factoren, waaronder taboe en schaamte rondom het onderwerp. In veel niet-westerse culturen is het ongepast om openlijk over de menopauze te spreken, zowel binnen hun families als daarbuiten, vanwege het taboe van zulke gesprekken in hun gemeenschap. Onderwerpen rond seksualiteit werden als zeer persoonlijk en privé beschouwd. Dit resulteerde erin dat veel vrouwen hun gevoelens en klachten rond de menopauze voor zichzelf hielden (20-23, 26, 27). De menopauze riep soms ook gevoelens op van schaamte en verlies, omdat vrouwelijkheid en moederschap voor sommige vrouwen essentiële onderdelen waren van hun vrouw-zijn (20). Andere factoren die het gebrek aan kennis over de menopauze beïnvloedden, waren de beperkte onderwijsmogelijkheden in hun land van oorsprong en het feit dat sommige vrouwen een groot deel van hun leven in oorlogsgebieden hadden doorgebracht, waardoor de gezondheidszorg in hun land van oorsprong vaak primitief was door armoede, oorlog en politieke onrust. Er werd weinig aandacht besteed aan patiënteneducatie, en vooral aan gezondheidsinformatie voor vrouwen(23, 26).

Soms zochten vrouwen informatie over de menopauze op via het internet of in de bibliotheek. De informatie die ze vonden, was vaak te algemeen, en de boeken over de menopauze in de bibliotheek waren vaak in de taal van hun nieuwe land, wat het moeilijk maakte voor vrouwen die de taal niet goed beheersten. Sommige vrouwen gaven ook aan niet te kunnen lezen, waardoor ze geen gebruik konden maken van deze bronnen (23, 26).

Vrouwen gebruikten verschillende termen en narratieven om de menopauze te beschrijven. Afro-Amerikaanse vrouwen noemden het ‘the change’ (24, 28), terwijl Tunesische en Macedonische vrouwen eufemismen zoals “my periods have left me” en “to not see myself” gebruikten (een Macedonische uitdrukking die verwijst naar het uitblijven van de maandelijkse menstruatie) (24, 29). Indische vrouwen spraken van de ‘final cleansing’ (17). In de meeste studies werd de menopauze gezien als een positieve of natuurlijke ervaring. Veel vrouwen beschouwden het als een normaal proces en waren blij met het stoppen van de menstruatie, hoewel sommigen het stoppen van de menstruatie associeerden met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Menstruatie werd namelijk gezien als een zuiverend proces, en zonder menstruatie werd het lichaam als onbeschermd en vatbaar voor ziektes beschouwd (21). Voor sommige vrouwen, vooral Indische vrouwen, was de timing van de menopauze belangrijk. Ze geloofden dat een te vroege menopauze ongezond was en problemen zoals hoofdpijn kon veroorzaken door "bloed dat naar het hoofd ging". Als de menopauze te laat optrad, zou dit de vrouw verzwakken door "alle energie uit haar te trekken". Daarom vonden de vrouwen het belangrijk dat de menopauze binnen een gepaste tijdsvenster plaatsvond. Aangezien er voldoende ruimte was binnen dit tijdsvenster, veroorzaakte het zelden grote bezorgdheid (17). Sommige Aziatische en Ecuadoriaanse vrouwen beschouwden menopauzale symptomen als een

onvermijdelijk gevolg van veroudering , zelfs met behandeling (27, 30). Een ander narratief was dat de menopauze een teken is van maturiteit en toenemende wijsheid (22, 23).

4.2.2 Aangeleerde copingmechanismen

De rol van aangeleerde copingmechanismen in de beleving van de menopauze door niet-westerse vrouwen werd in verschillende studies besproken. Afrikaanse, Afro-Amerikaanse, Aziatische en Latijns-Amerikaanse vrouwen benaderden hun symptomen vaak door deze te minimaliseren of te verdragen (20, 22, 27, 28, 31). Deze benadering was sterk beïnvloed door hun socio-culturele context, waarin hen werd aangeleerd om sterk te zijn en moeilijke situaties te doorstaan. De vrouwen gaven aan dat zij van hun moeders leerden hoe ze met de uitdagingen van het leven moesten omgaan. Deze lessen over kracht en volharding werden toegepast om de moeilijkheden van de menopauze aan te pakken (20, 28).

Humor bleek een belangrijke factor bij het omgaan met de menopauze. Het maken van grappen over de menopauze werd door de vrouwen gezien als een manier om de situatie te verlichten, in plaats van zich verdrietig of overweldigd te voelen (22, 31). Hoewel de symptomen soms storend waren, gaven de vrouwen aan dat andere stressoren in hun dagelijks leven, zoals migratie, werk, financiën en familie, meer tijd en energie vergden dan de menopauze zelf. Ze waren opgevoed om sterk te zijn en te overleven, zonder te klagen (20, 27).

Het belang van religie en spiritualiteit in de ervaringen van vrouwen tijdens de menopauze werd ook benadrukt (17, 20, 21, 24, 25). Afro-Amerikaanse en Macedonische vrouwen gaven aan dat gebed, vasten en gesprekken met de priester hen hielpen om menopauzale klachten te verlichten. Het geloof bood hoop, troost en steun, vooral wanneer zij deze klachten niet met familie konden bespreken (20, 24, 25). In bepaalde religies, zoals de Islam en het Hindoeïsme, werd de menopauze gezien als een bevrijding van de onreinheid die verbonden was aan de menstruatie (17, 21). In traditionele hindoehuishoudens werden menstruerende vrouwen bijvoorbeeld uitgesloten van bepaalde activiteiten, zoals koken, en moesten vrouwen na de bevalling zuiveringsrituelen ondergaan om als rein beschouwd te worden (17). De menopauze gaf vrouwen de mogelijkheid om meer deel te nemen aan religieuze rituelen, zoals het dagelijks lezen van de Namaz, wat hun spirituele welzijn versterkte. Voorheen was dit tijdens de menstruatie niet mogelijk, maar tijdens de menopauze konden vrouwen dagelijks deelnemen aan deze rituelen (21).

4.2.3 Sociaal netwerk

Ondanks het feit dat spreken over de menopauze taboe was in veel niet-westerse culturen, benadrukten vrouwen het belang van een netwerk van vrouwen in hun ervaring van de menopauze. Vrouwen uit verschillende etnische minderheidsgroepen, waaronder Afro-Amerikaanse, Latijns-Amerikaanse, Aziatische en Macedonische gemeenschappen, gaven aan dat een sociaal netwerk een cruciale rol speelde in hun ervaring (20, 22-26, 28, 31). Deze netwerken, meestal bestaande uit vrouwen van dezelfde etniciteit en leeftijd, boden steun en vergemakkelijkten het bespreekbaar maken van de menopauze. Buiten deze groepen werd het onderwerp vaak als privé beschouwd (20, 22, 23, 26, 31).

Deze netwerken boden niet alleen waardevolle kennis over vrouwelijkheid en de menopauze, maar ook emotionele steun bij andere levensmoeilijkheden die vrouwen tijdens de overgang konden ervaren, wat hun ervaring positief beïnvloedde.(20, 28) In informele omgevingen, zoals kerken of

lokale gemeenschappen, deelden vrouwen kennis over de menopauze, waardoor ze steun vonden in andere vrouwen die soortgelijke ervaringen deelden (28). Afro-Amerikaanse vrouwen noemden bijvoorbeeld de rol van "othermothers" – vrouwen buiten hun biologische moeders, zoals grootmoeders, tantes of andere vrouwen in hun gemeenschap, die hen adviseerden over vrouwelijkheid en ouder worden (28). Wanneer vrouwen weinig toegang hadden tot deze netwerken, bijvoorbeeld door migratie en de daarbij behorende sociale isolatie, werd de menopauze vaak als negatiever ervaren (25). Migranten ervaren vaak extra stressfactoren, zoals het verlies van familie en een vertrouwde omgeving, onzekerheid over de toekomst, en de noodzaak zich aan te passen aan nieuwe gewoontes en taal (32).

Vrouwen gaven aan behoefte te hebben aan cultuursensitieve steungroepen en voorlichting in hun moedertaal, vooral voor degenen die door migratie hun ondersteuningsnetwerken hadden verloren. Ze geloofden dat dit hun kennis en bewustzijn over de menopauze zou vergroten (20, 22-26).

4.2.4 Identiteit en rol van de vrouw

In verschillende studies werd besproken hoe de identiteit en rol van de vrouw de ervaring van de menopauze kon beïnvloeden. In veel niet-westerse culturen wordt de identiteit van een vrouw sterk gekoppeld aan haar rol als moeder en het voldoen aan de verwachtingen van haar man. Vrouwen nemen vaak een zorgende rol op binnen het gezin en worden geacht de behoeften van hun familie boven die van zichzelf te stellen, wat ten koste gaat van hun eigen welzijn (17, 20, 23, 25, 27, 29, 30).

De menopauze wordt in sommige niet-westerse culturen met gemengde gevoelens ervaren, afhankelijk van de mate waarin de vrouw zich identificeert met haar vruchtbaarheid. Voor sommigen was de menopauze een bevrijdende en positieve gebeurtenis, waarin vrouwen zich voldaan voelden over de levenscyclus die ze hadden doorlopen. Ze hadden hun kinderen grootgebracht en waren bevrijd van de maatschappelijke druk om kinderen te krijgen. Bovendien kregen oudere vrouwen in deze culturen, vooral degenen die een gezin hebben grootgebracht, vaak een hogere sociale status en meer respect (17, 23, 30).

Bijvoorbeeld in traditionele Indische en Sikh-gemeenschappen zijn er onderliggende overtuigingen over de verschillende fasen in het leven van een vrouw. Er wordt aangenomen dat een vrouw eerst een periode van jeugd en zorgeloosheid doormaakt, gevolgd door een fase waarin zij de rol van vrouw en moeder vervult, met de verantwoordelijkheid om zonen voor haar man en zijn nageslacht te baren. De menopauze wordt gezien als de overgang naar een fase voorbij de vruchtbaarheid, waarin vrouwen de rol van ‘oudste’ binnen het gezin op zich nemen, wat hen een gerespecteerde en invloedrijke positie binnen de familie geeft (17).

Voor vrouwen die hun identiteit toeschrijven aan het moederschap en het voldoen aan de verwachtingen van hun man, kan de menopauze, en daarmee het verlies van vruchtbaarheid, als een verlies van vrouwelijkheid worden ervaren. Dit kan zelfs leiden tot de angst dat hun man hen zal verlaten voor een jongere vrouw, die wel nog in staat is kinderen te krijgen (20, 29, 30).

4.2.5 Relatie met de zorg

Sommige vrouwen gingen naar hun huisarts bij vragen over de menopauze, aangezien zij hun huisarts beschouwden als een betrouwbare bron van informatie (26). Vrouwen die onvoldoende de taal beheersten van hun nieuwe land, werden vaak begeleid door familieleden die als tolken fungeerden

of maakten gebruik van telefonische tolkdiensten (23). Veel vrouwen gaven aan dat ze liever zorg ontvingen van vrouwelijke artsen die hun moedertaal spraken en eenzelfde culturele achtergrond hadden, omdat dit het gevoel van begrip vergrootte en de zorg beter afstemde op hun behoeften (23, 24, 26).

Sommige vrouwen die hun huisarts raadpleegden voor menopauze-gerelateerde zorg, waren teleurgesteld over het gebrek aan informatie die werd aangeboden. Zorgverleners werden soms als ongeïnteresseerd ervaren, omdat zij het onderwerp van de menopauze nooit aansneden en vrouwen hadden het gevoel dat hun klachten of zorgen werden geminimaliseerd. Veel vrouwen wisten niet welke vragen ze aan zorgverleners moesten stellen, omdat ze zelf weinig kennis hadden van de menopauze (20, 23, 25). Daarnaast gaven sommige vrouwen, zoals Vietnamese vrouwen, aan te verlegen te zijn om zelf vragen te stellen over de menopauze. Dit kwam doordat artsen in Vietnam een hoog aanzien hadden in de gemeenschap, waardoor vrouwen zich verlegen voelden en het ongepast vonden om vragen te stellen over de menopauze (26).

Sommige Afro-Amerikaanse vrouwen gaven aan weinig vertrouwen te hebben in zorgverleners. Dit wantrouwen was vaak geworteld in de geschiedenis van discriminatie in de gezondheidszorg tegen Afro-Amerikanen. Vrouwen verwezen naar onmenselijke behandelingen, zoals hoe familieleden in de kelder van het ziekenhuis werden verzorgd tijdens de segregatie of er hysterectomieën werden uitgevoerd zonder toestemming van patiënten. Deze herinneringen aan onrecht en onderdrukking beïnvloeden hun huidige vertrouwen en keuzes in de gezondheidszorg (28, 31).

Vrouwen suggereerden dat huisartsen proactiever zouden moeten zijn door het gesprek over de menopauze zelf te starten en vrouwen meer gedetailleerde informatie te geven over de symptomen en de gezondheidsimplicaties van de menopauze (20, 22-26).

5 Discussie

5.1 Interpretatie van resultaten

Deze systematic review toont aan dat culturele factoren een significante rol spelen in de manier waarop niet-westerse vrouwen in westerse landen de menopauze ervaren. Hoewel de vrouwen hetzelfde fysiologische proces (de menopauze) deelden, waren hun attitude, begrip en ervaringen ervan sterk beïnvloed door hun culturele achtergronden (28).

In de meeste studies gaven vrouwen aan de menopauze als iets positiefs of natuurlijks te ervaren. Een veel voorkomend thema was dat veel niet-westerse vrouwen copingmechanismen hebben ontwikkeld die voortkomen uit hun opvoeding, zoals het minimaliseren van symptomen, zich sterk voordoen, volharden of het verdragen van ongemak. Dit patroon kan mogelijks verklaard worden door een reactie op (ervaren en werkelijke) raciale discriminatie, die vrouwen uit een etnische minderheidsgroep kunnen ervaren. Dit kan hen de behoefte geven om hun kracht te bewijzen in een maatschappij die hen marginaliseert. Dit was vooral zichtbaar in de studies met Afro-Amerikaanse vrouwen, die opgevoed werden om moeilijkheden, zoals gezondheidsklachten, zelf te overwinnen (20, 31). Een andere mogelijke verklaring voor het minimaliseren van hun klachten, was dat de vrouwen ook andere belangrijke overgangen doormaakten. De eisen van hun dagelijks leven als migranten en werkenden waren vaak zwaarder, waardoor de menopauze voor hen geen prioriteit was (27). Het concept van "kracht" waar veel van deze vrouwen op vertrouwen, kan hen ertoe brengen

moeilijkheden en pijn te verdragen zonder hulp te zoeken, uit angst als zwak te worden gezien. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen een drempel voelen om tijdig hulp te zoeken(28).

Verder kwam naar voren dat religie en spiritualiteit voor veel vrouwen een belangrijke bron van steun vormden tijdens de menopauze. Praktijken zoals gebed, vasten en deelname aan religieuze rituelen boden niet alleen een gevoel van spiritueel welzijn, maar ook een manier om de menopauzale klachten te verzachten. Dit benadrukt dat de menopauze niet alleen een lichamelijke ervaring is, maar ook diep geworteld is in de spirituele en culturele context van de vrouwen(20).

De vrouwelijke identiteit wordt sterk beïnvloed door culturele factoren. In veel niet-westerse culturen wordt de identiteit van een vrouw vaak gekoppeld aan haar rol als moeder en het voldoen aan de verwachtingen van haar man. Traditionele genderrollen en taboes rond seksualiteit blijven in veel niet-westerse samenlevingen sterk aanwezig, wat deels kan worden toegeschreven aan patriarchale opvattingen (27, 30). In westerse landen daarentegen worden dergelijke thema's vaak openlijker besproken, mede door invloed van het feminisme. Het feminisme heeft de vrouwelijke identiteit herdefinieerd en vrouwen aangemoedigd om hun seksualiteit openlijker te bespreken, wat in veel westerse samenlevingen heeft bijgedragen aan het verminderen van taboes rondom deze onderwerpen (17).

Sociale netwerken, vooral die bestaande uit vrouwen van dezelfde etnische achtergrond, waren essentieel voor de menopauze-ervaring. Deze netwerken bieden niet alleen emotionele steun, maar zijn ook van belang voor de uitwisseling van kennis. Vrouwen gaven aan onvoldoende kennis te hebben over de menopauze. Het gebrek aan informatie in hun eigen taal en de beperkte gezondheidsvaardigheden van sommige vrouwen waren beperkingen in het verkrijgen van bruikbare informatie over de menopauze (23, 26). Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als het vermogen om gezondheidsinformatie te verkrijgen, begrijpen, evalueren en gebruiken. Dit verkrijgen van informatie is essentieel en vormt de basis tot het bevorderen van gezondheidsvaardigheden en dus ook in het verkrijgen van zelfbeschikking over het lichaam (33). Beperkingen in de toegang tot gezondheidsinformatie belemmeren het ontwikkelen van deze vaardigheden, wat vaak het geval kan zijn bij migranten. Migratie brengt de noodzaak met zich mee om zich aan te passen aan nieuwe waarden, praktijken en zorgsystemen. Migranten kunnen verschillende barrières ondervinden bij het verkrijgen van zorg, zoals beperkte taalvaardigheid, culturele verschillen in opvattingen over gezondheid en een gebrek aan informatie in hun eigen taal. Migrantenvrouwen zijn bijzonder kwetsbaar, omdat zij vaak laagbetaalde jobs hebben, beperkt onderwijs hebben genoten in hun land van oorsprong en moeite kunnen hebben met het verkrijgen van gepaste zorg in hun nieuwe land (26).

Vrouwen benadrukten het belang van proactieve communicatie door zorgverleners over de menopauze. Daarnaast gaven ze aan een voorkeur te hebben voor zorgverleners die dezelfde taal spraken en van hetzelfde geslacht waren. Een systematic review over patiëntperspectieven op diversiteitssensitieve zorg door zorgverleners toonde aan dat etnische minderheidsgroepen de voorkeur gaven aan zorgverleners die hun etniciteit, taal, cultuur of geslacht deelden. Zonder een gedeelde identiteit voelden patiënten zich soms gedwongen om emoties te verbergen en ondervonden zij meer stress. Gedeelde ervaringen zorgden voor meer comfort tijdens consultaties en een gemeenschappelijke taal bevorderde de communicatie en vergrootte de tevredenheid. Een gedeelde cultuur of etniciteit vergrootte het begrip van de zorgverlener voor de achtergrond van de patiënt (34).

Zorgverleners kunnen cultuursensitieve zorg bieden, ook zonder dezelfde culturele achtergrond te hebben als hun patiënten. Zorgverleners worden als cultuursensitief beschouwd wanneer ze bewust zijn van de impact van culturele verschillen op gezondheid en ziekte en deze erkennen en respecteren (34). Arthur Kleinman bespreekt de impact van cultuur op gezondheid en ziekte en introduceert het concept van 'the illness narrative'. Ziekte kan verschillende betekenissen hebben; het is "multivocaal", wat betekent dat het in verschillende contexten en voor verschillende mensen verschillende dingen betekent. Hij stelt dat ziekte meer is dan alleen biologische dysfunctie en dat het significante culturele en persoonlijke implicaties heeft. Hij benadrukt het belang van het begrijpen van deze betekenissen (35). Daarom is het belangrijk dat zorgverleners inzicht hebben in de narratieven, culturele terminologie en in de culturele factoren die de ervaring van de menopauze beïnvloeden. Het tonen van respect voor deze verschillen draagt bij aan hogere zelfgerapporteerde patiënttevredenheid (34).

5.2 Aanbeveling voor de praktijk

Bewustwording bij hulpverleners van de culturele factoren die de ervaringen en percepties van niet-westerse migrantenvrouwen over de menopauze beïnvloeden, kan helpen om de barrières voor het verkrijgen van menopauze-gerelateerde gezondheidsinformatie te verminderen (23). Zorgverleners in de eerste lijn zouden een proactieve benadering kunnen aannemen bij het bespreken van menopauze-gerelateerde gezondheid tijdens hun consultaties met migrantenvrouwen. Elke consultatie in de eerstelijnszorg biedt een kans om menopauze-gerelateerde gezondheidskennis te beoordelen, gezondheidsgedrag te screenen en bespreken en gezondheidsbevorderende informatie te verstrekken (23, 26).

Gezondheidsinformatie over de menopauze is beschikbaar in België en momenteel is het onderwerp een veelbesproken thema in de media, vooral gericht op westerse vrouwen. Er is een gebrek aan representatie in de beschikbare informatie en berichtgeving: voor niet-westerse vrouwen is er weinig mediabelangstelling of informatie beschikbaar. De meeste gezondheidsinformatie over de menopauze is internetgebaseerd, wat de toegankelijkheid voor migrantenvrouwen met beperkte geletterdheid en internetvaardigheden moeilijk kan maken (23). Om de toegankelijkheid te verbeteren, zouden hulpbronnen, in samenwerking met relevante gemeenschapsleden, ontwikkeld kunnen worden in verschillende vormen, zoals schriftelijke, visuele en audiomaterialen. Deze informatie zou gepromoot moeten worden via publiekscampagnes in multiculturele omgevingen. Het verbeteren van de toegang tot gezondheidsinformatie en andere hulpbronnen in de relevante gemeenschapstalen is noodzakelijk om de kennis van migrantenvrouwen over de menopauze te verbeteren (26).

Verder zouden onderzoekers en zorgverleners educatieve programma's moeten ontwikkelen om informatie en kennis over de menopauze te verstrekken. De deelnemers in de verschillende studies gaven duidelijk aan behoefte te hebben aan meer informatie, evenals de behoefte aan cultuursensitieve steungroepen (22).

5.3 Beperkingen van deze studie

Deze systematic review heeft enkele beperkingen. Het onderzoek werd uitgevoerd door één onderzoeker, wat mogelijk leidde tot bias in de verzameling, analyse en interpretatie van de data. Idealiter zou de data-analyse door minimaal twee onderzoekers uitgevoerd moeten worden om vooroordelen van een individuele onderzoeker te minimaliseren. Een andere beperking was dat 38 van de 105 geselecteerde fulltext artikels niet beschikbaar waren, omdat ze betalend waren, waardoor

mogelijks enkele waardevolle studies werden gemist. Verder werden slechts 13 studies geïncludeerd in de review, wat mogelijk onvoldoende is om algemene conclusies te trekken.

Daarnaast werden er ook enkele beperkingen besproken in de verschillende studies. In sommige studies werden deelnemers gekozen door huisartsen of in gezondheidscentra, wat mogelijks een selectiebias geeft, door de oververtegenwoordiging van vrouwen die meer medische zorg zoeken en daardoor een meer gemedicaliseerde ervaring van de menopauze doormaken (29). In verschillende studies sprak de onderzoeker niet dezelfde taal als de deelnemers en moest gebruik worden gemaakt van een tolk. Dit brengt altijd het risico met zich mee dat subtiliteiten en mogelijk relevante informatie verloren gaan. (17, 23, 26)

5.4 Aanbeveling voor verder onderzoek

Mogelijke aanbeveling voor verder onderzoek is het onderzoeken hoe mensen met lage gezondheidsvaardigheden toegang krijgen tot gezondheidsinformatie en welke bronnen ze gebruiken om barrières tot het verkrijgen van informatie te overwinnen. Dit kan helpen bij het ontwikkelen van interventies om mensen met een lage geletterdheid te bereiken met preventieve gezondheidsinformatie (23).

Zorgverleners in de eerste lijn zijn in de ideale positie om gezondheidsevaluaties uit te voeren en gezondheidspromotie te bevorderen voor vrouwen in de menopauze. Onderzoek naar welke barrières zorgverleners ervaren om gesprekken te starten over de menopauze bij vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond kunnen een meerwaarde zijn om de zorg voor oudere niet-westerse migrantvrouwen te verbeteren (20, 23, 26)

Daarnaast is het relevant om te onderzoeken hoe niet-westerse vrouwen die geen kinderen hebben gekregen, de menopauze ervaren, aangezien dit een belangrijke rol speelt in hoe de menopauze wordt beleefd.

6 Conclusie

Het is van groot belang om te begrijpen welke culturele factoren de menopauze-ervaring van vrouwen met een niet-westerse achtergrond beïnvloeden. In verschillende studies wordt vaak aangegeven dat niet-westerse vrouwen een neutrale of positieve houding ten opzichte van de menopauze hebben. Toch blijkt uit sommige onderzoeken dat bepaalde minderheidsgroepen, zoals zwarte en Latijns-Amerikaanse vrouwen, mogelijk intensere en langdurigere klachten ervaren.

Copingmechanismen, zoals het minimaliseren van symptomen, religie en spiritualiteit spelen een belangrijke rol voor veel niet-westerse vrouwen in het bieden van steun tijdens de overgang. De identiteit van de vrouw, die in veel niet-westerse culturen vaak wordt gekoppeld aan moederschap en vruchtbaarheid, beïnvloedt de manier waarop de menopauze wordt ervaren.

Daarnaast wordt duidelijk dat de toegang tot informatie en gezondheidszorg voor vrouwen met een migratieachtergrond bemoeilijkt wordt door barrières zoals taal, beperkte kennis en gezondheidsvaardigheden, en culturele verschillen. Het is essentieel voor zorgverleners om zich bewust te zijn van deze factoren en niet-westerse vrouwen op een cultuursensitieve manier te benaderen. Het is eveneens belangrijk een proactieve houding aan te nemen in het bespreken van de menopauze. Dit kan bijdragen aan het verminderen van deze barrières en de ervaring van de menopauze voor deze vrouwen verbeteren.

Een belangrijke stap in het verbeteren van de toegang tot gezondheidsinformatie voor vrouwen met een migratieachtergrond is het ontwikkelen van cultuursensitieve voorlichtingsmaterialen in verschillende talen. Bovendien werd de behoefte aan het organiseren van cultuursensitieve steungroepen genoemd, wat ook kan bijdragen aan een verbeterde menopauze-ervaring.

Concluderend is het van groot belang dat zorgverleners niet alleen de fysieke symptomen van de menopauze behandelen, maar ook rekening houden met de culturele, sociale, en persoonlijke factoren die de beleving van menopauze beïnvloeden. Het is echter belangrijk te benadrukken dat niet alle vrouwen uit dezelfde cultuur dezelfde menopauze-ervaringen of -betekenis toekennen aan hun klachten. Menopauze is een unieke ervaring, en het is cruciaal om elke vrouw individueel te benaderen. Alleen dan kan er adequate en respectvolle zorg geboden worden die aansluit bij de specifieke behoeften van migrantenvrouwen in de menopauze.

7 Persoonlijke reflectie

Als zwarte vrouw, zorgverlener en eerste generatie migrant uit Nigeria sprak het onderwerp over de menopauze me aan, vooral omdat het in mijn directe omgeving nauwelijks besproken werd. Voor ik begon aan mijn onderzoek besloot ik mijn moeder - ook een zwarte vrouw en eerste generatie migrant uit Nigeria, die inmiddels postmenopauzaal is - te vragen naar haar ervaring van de menopauze. Ze vertelde me dat haar ervaring van de menopauze niet memorabel was. Ze had geen klachten en kon zich zelfs niet herinneren wanneer ze de menopauze had bereikt. Ik heb haar nooit horen klagen of zelfs maar horen spreken over de menopauze.

Toen ik de gegevens verzamelde voor mijn onderzoek, herkende ik veel van de bevindingen in het leven van mijn moeder. Na het afronden van het onderzoek ging ik weer met haar in gesprek en besprak ik de resultaten met haar. Ze herkende veel van de copingmechanismen die ik had beschreven. Mijn moeder heeft geleerd om moeilijke situaties te doorstaan door kracht te vinden in haar geloof in God. Haar manier van omgaan met uitdagingen is simpelweg door niet te klagen en door te zetten. Mijn moeder weet relatief weinig over de menopauze en beschouwt het niet als iets waar ze over hoeft te praten, ook niet met haar vriendinnen. Ze ziet het niet als een onderwerp dat belangrijk is om te bespreken.

Hoewel ik zelf nog niet in de menopauze ben, besef ik dat de culturele invloeden waarmee ik ben opgegroeid een belangrijke rol zullen spelen in hoe ik de menopauze zal ervaren. Wanneer ik nadenk over de verschillende culturele factoren die de perceptie van de menopauze beïnvloeden bij vrouwen met een migratieachtergrond, zie ik veel aspecten waar ik me mee kan identificeren, maar ook zaken die voor mij minder relevant zijn. Hoewel ik het grootste deel van mijn leven in België heb doorgebracht, ben ik sterk gevormd door mijn niet-westerse achtergrond en die culturele invloeden blijven een rol spelen in mijn dagelijks leven. Zo is mijn geloof als christen een belangrijke bron van kracht voor mij. Ook de waarden die mijn moeder me heeft meegegeven, zoals "sterk zijn en doorgaan zonder te klagen", spelen een belangrijke rol in hoe ik omga met uitdagingen. Tegelijkertijd voel ik me minder verbonden met de traditionele rol die vrouwen in sommige niet-westerse culturen wordt toegeschreven. In mijn cultuur is het bijvoorbeeld een taboe om onderwerpen rond seksualiteit te bespreken, maar is er wel een verwachting om te voldoen aan traditionele rolpatronen (bijvoorbeeld trouwen of kinderen krijgen). Ook al zijn deze zaken voor mij ook wel belangrijk, besef ik dat mijn rol als vrouw veel breder is dan deze verwachtingen. Dit besef komt grotendeels door de invloed van de westerse maatschappij en de empowerment van vrouwen.

Deze inzichten benadrukken het belang voor zorgverleners om niet te vervallen in stereotypen. Het is essentieel te begrijpen dat patiënten zich weliswaar kunnen identificeren met een bepaalde cultuur, maar dit niet automatisch betekent dat ze alle traditionele gewoonten volgen. Het is van groot belang om elk individu te benaderen met interesse en respect voor hun persoonlijke achtergrond en ervaringen, en zo een meer cultuursensitieve benadering te bieden.

8 Referentielijst

1. Blom JW DVC, Eekhof H, Engel HF, Hoenjet E, Janssen CA, Schep A, Stevens NT, Van den Donk M, Wiersma Tj, Woudstra SJ. De overgang: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2022. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/de-overgang.
2. Organisation WH. Menopause: World Health Organisation; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause#:~:text=Most%20women%20experience%20menopause%20between,in%20circulating%20blood%20oestrogen%20levels.
3. MeSH NLoM-. Culture: National Library of Medicine. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003469.
4. R. V. Navigating ethnic diversity in Flemish general practices. Faculty of Medicine and Health Sciences. 2025.
5. Information. CIfH. Guidance on the Use of Standards for Race-Based and Indigenous Identity Data Collection and Health Reporting in Canada. Ottawa: CIHI; 2022.
6. Harpi LN. Raciale ongelijkheden in de medische wereld: Instituut voor Tropische Geneeskunde; 2023. Available from: https://www.itg.be/nl/health-stories/opiniestukken/raciale-ongelijkheden-in-de-medische-wereld.
7. Statistiek CBvd. Wat is het verschil tussen een westerse en niet-westerse allochtoon? : Centraal Bureau voor de Statistiek. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-is-het-verschil-tussen-een-westerse-en-niet-westerse-allochtoon-.
8. Zaken MvB. Lijst van 'westerse' en 'niet-westerse' landen: Ministerie van Buitenlandse Zaken. Available from: https://www.sso3w.nl/onze-diensten/medische-diensten/keuringen-vaccinaties-en-medische-voorlichting-in-niet-westerse-landen/lijst-westerse-en-niet-westerse-landen.
9. MeSH NLoM-. Perception: National Library of Medicine. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68010465.
10. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2007;21(2):261-74.
11. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:3-7.
12. Gold EB, Greendale CA. Epidemiology of Menopause: Demographics, Environmental Influences, and Ethnic and International Differences in the Menopausal Experience2007. 77-96 p.
13. Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. Am J Epidemiol. 2013;178(1):70-83.
14. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med. 2015;175(4):531-9.
15. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Social Science and Medicine. 2001;52(3):345-56.
16. Crawford SL. The roles of biologic and nonbiologic factors in cultural differences in vasomotor symptoms measured by surveys. Menopause. 2007;14(4):725-33.
17. George T. There is a time for everything: a study of menopausal/climacteric experiences of Sikh women in Canada: University of Utah; 1986.
18. Sievert LL. Menopause across cultures: Clinical considerations. Menopause. 2014;21(4):421-3.
19. Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association. 2007;25(2):106-18.
20. Aririguzo C, Spencer BS, Freysteinson W. "You're acting womanish!" A qualitative descriptive study of the experiences of African American women in menopausal transition. J Women Aging. 2022;34(2):258-75.

21. Hunter MS, Gupta P, Papitsch-Clark A, Sturdee DW. Mid-Aged Health in Women from the Indian Subcontinent (MAHWIS): a further quantitative and qualitative investigation of experience of menopause in UK Asian women, compared to UK Caucasian women and women living in Delhi. Climacteric. 2009;12(1):26-37.
22. Im EO, Lee B, Chee W, Dormire S, Brown A. A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. Nurs Res. 2010;59(1):26-33.
23. Stanzel KA, Hammarberg K, Fisher J. 'Not everybody is an internet person': Barriers for menopause-related health literacy among immigrant women from the Horn of Africa nations. Health Promot J Austr. 2021;32 Suppl 1:61-8.
24. Strezova A, O'Neill S, O'Callaghan C, Perry A, Liu J, Eden J. Cultural issues in menopause: An exploratory qualitative study of Macedonian women in Australia. Menopause. 2016;24(3):308-15.
25. Zou P, Shao J, Luo Y, Thayaparan A, Zhang H, Alam A, et al. Facilitators and Barriers to Healthy Midlife Transition among South Asian Immigrant Women in Canada: A Qualitative Exploration. Healthcare. 2021;9(2).
26. Stanzel KA, Hammarberg K, Nguyen T, Fisher J. 'They should come forward with the information': menopause-related health literacy and health care experiences among Vietnamese-born women in Melbourne, Australia. Ethn Health. 2022;27(3):601-16.
27. Im EO, Meleis AI. A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. Image--the journal of nursing scholarship. 1999;31(4):333-8.
28. Agee E. Menopause and the transmission of women's knowledge: African American and white women's perspectives. Med Anthropol Q. 2000;14(1):73-95.
29. Delanoë D, Hajri S, Bachelot A, Mahfoudh Draoui D, Hassoun D, Marsicano E, et al. Class, gender and culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France. Soc Sci Med. 2012;75(2):401-9.
30. Leyva-Moral JM. The menopause and immigrant Equadorian women: A natural experience in the hands of others. Index de Enfermeria. 2013;22(4):204-8.
31. Dillaway H, Byrnes M, Miller S, Rehan S. Talking "Among Us":: How women from different racial-ethnic groups define and discuss menopause. Health Care Women Int. 2008;29(7):766-81.
32. muijsenbergh pdmvd. Verschil moet er zijn! : Radboud Universiteit; 2018. Available from: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Verschil_moet_er_zijn_oratie_Pharos.pdf#:~:text=Daarvoor%20moeten%20wij%20wel%20verschil%20durven%20maken%3A%20elke,geboorte%20gelijk.%20Elk%20ander%20is%20gelijkwaardig%20aan%20onszelf.
33. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12:80.
34. Lauwers EDL, Vandecasteele R, McMahon M, De Maesschalck S, Willems S. The patient perspective on diversity-sensitive care: a systematic review. Int J Equity Health. 2024;23(1):117.
35. Gahan K. A short Review on "The Illness Narratives" by Arthur Kleinman (2020 Edition). 2024.

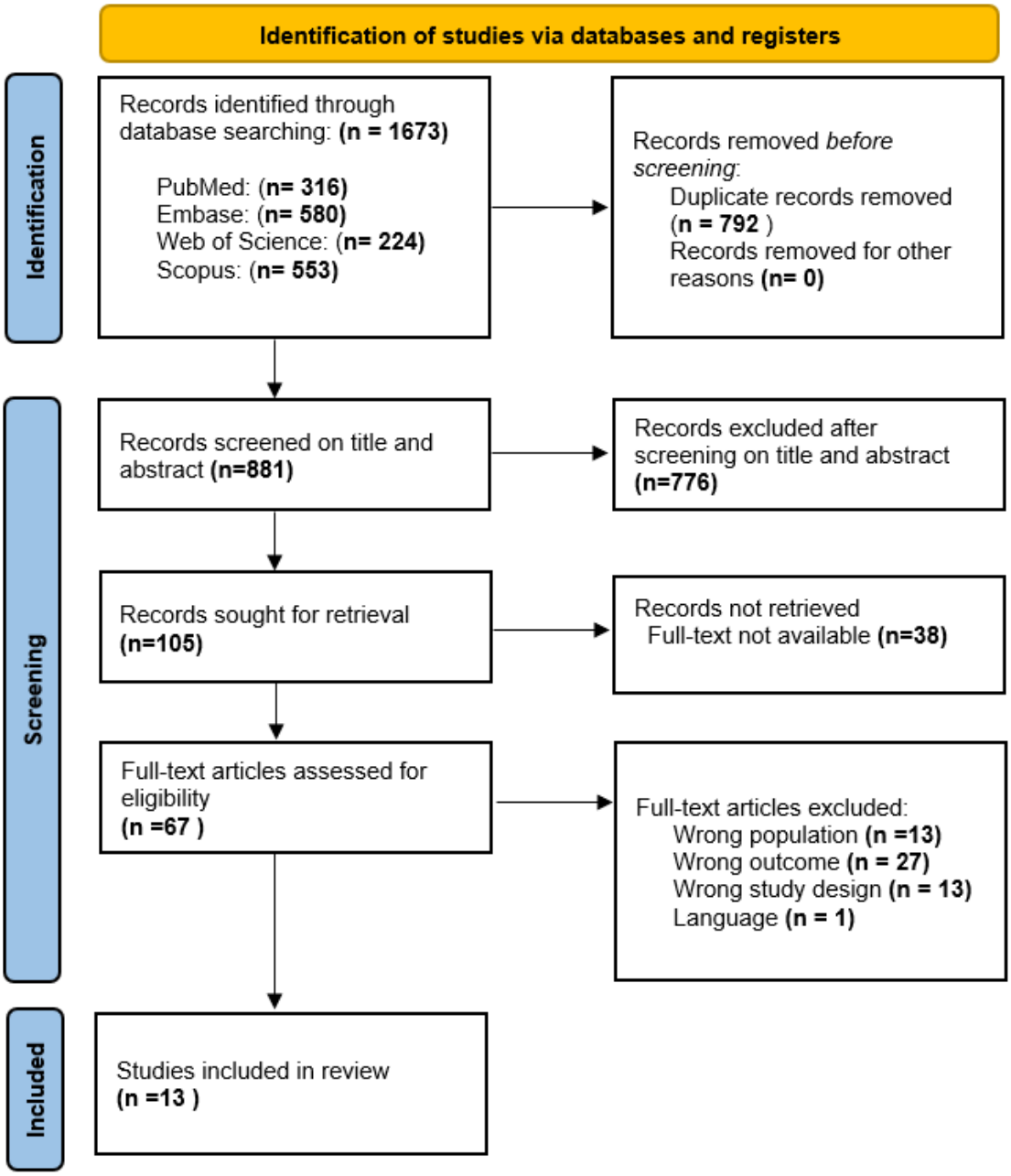
9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Zoekstrategie

Zoekstrategie	
Pubmed	**Concept 1: menopause** "Menopause"[Mesh:NoExp] OR "Perimenopause"[Mesh] OR "Postmenopause"[Mesh] OR "Hot Flashes"[Mesh] OR "Climacteric"[Mesh:NoExp] OR menopaus*[TIAB] OR Climacteri*[TIAB] OR "Perimenopaus*"[TIAB] OR "Postmenopaus*"[TIAB] OR "Hot Flashes"[TIAB] OR vasomotor symptom*[TIAB] **Concept 2: migrant** "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Refugees"[Mesh] OR "Health Disparate Minority and Vulnerable Populations"[Mesh:NoExp] OR "Ethnicity"[Mesh] OR "Ethnology"[Mesh] OR "Racial Groups"[Mesh] OR "Ethnic and Racial Minorities"[Mesh] OR Migrant*[TIAB] OR Immigrant*[TIAB] OR Refugee*[TIAB] OR foreign*[TIAB] OR "new comer*"[TIAB] OR newcomer*[TIAB] OR resettler*[TIAB] OR "asylum seeker*"[TIAB] OR "displaced person*"[TIAB] OR "displaced people"[TIAB] OR "Ethnolog*"[TIAB] OR "Ethnic*"[TIAB] OR Race*[TIAB] OR Racial*[TIAB] **Concept 3: culture** "Culture"[Mesh:NoExp] OR "Cross-Cultural Comparison"[Mesh] OR "Cultural Characteristics"[Mesh] OR "Cultural Diversity"[Mesh:NoExp] OR "Cultural Competency"[Mesh] OR "Anthropology, Cultural"[Mesh:NoExp] OR "Cultur*"[TIAB] OR cross-cultural[tiab] OR crosscultural[tiab] **Combination of concepts:** #1 AND #2 AND #3
Embase	**Concept 1: menopause** 'menopause'/exp OR 'postmenopause'/exp OR menopaus*:ti,ab,kw OR Climacteri*:ti,ab,kw OR 'Perimenopaus*':ti,ab,kw OR 'Postmenopaus*':ti,ab,kw OR 'Hot Flashes':ti,ab,kw OR 'vasomotor symptom*':ti,ab,kw **Concept 2: migrant** 'immigrant'/exp OR 'forced migrant'/exp OR 'refugee'/exp OR 'asylum seeker'/exp OR 'ethnic group'/exp OR 'ancestry group'/exp OR Migrant*:ti,ab,kw OR Immigrant*:ti,ab,kw OR Refugee*:ti,ab,kw OR foreign*:ti,ab,kw OR 'new comer*':ti,ab,kw OR newcomer*:ti,ab,kw OR resettler*:ti,ab,kw OR 'asylum seeker*':ti,ab,kw OR 'displaced person*':ti,ab,kw OR 'displaced people':ti,ab,kw OR Ethnolog*:ti,ab,kw OR Ethnic*:ti,ab,kw OR Race*:ti,ab,kw OR Racial*:ti,ab,kw **Concept 3: culture** 'cultural anthropology'/exp OR 'cultural factor'/exp OR 'cultural diversity'/exp OR 'cultural competence'/exp OR Cultur*:ti,ab,kw OR cross-cultural:ti,ab,kw OR crosscultural:ti,ab,kw **Combination of concepts:** #1 AND #2 AND #3
Web of Science	**Concept 1: menopause** TS=(menopaus* OR Climacteri* OR Perimenopaus* OR Postmenopaus* OR "Hot Flashes" OR "vasomotor symptom*")

	Concept 2: migrant TS=(Migrant* OR Immigrant* OR Refugee* OR foreign* OR "new comer*" OR newcomer* OR resettler* OR “asylum seeker*” OR "displaced person*" OR "displaced people" OR "Ethnolog*" OR "Ethnic*" OR Race* OR Racial*) **Concept 3: culture** TS=("Cultur*"OR cross-cultural OR crosscultural) **Combination of concepts:** #1 AND #2 AND #3
Scopus	**Concept 1: menopause** INDEXTERMS("Menopause" OR “Perimenopause” OR "Postmenopause" OR "Hot Flashes" OR "Climacteric") OR TITLE-ABS-KEY(menopaus* OR Climacteri* OR Perimenopaus* OR Postmenopaus* OR {Hot Flashes} OR {vasomotor symptom*}) **Concept 2: migrant** INDEXTERMS(“Transients and Migrants” OR “Refugees" OR "Ethnicity" OR "Ethnology" OR “Racial Groups” OR “Ethnic and Racial Minorities” OR “immigrant”OR “forced migrant” OR “asylum seeker” OR “ethnic group” OR “ancestry group”) OR TITLE-ABS-KEY(Migrant* OR Immigrant* OR Refugee* OR foreign* OR {new comer*} OR newcomer* OR resettler* OR {asylum seeker*} OR {displaced person*} OR {displaced people} OR Ethnolog* OR Ethnic* OR Race* OR Racial*) **Concept 3: culture** INDEXTERMS(Culture OR “Cross-Cultural Comparison” OR "Cultural Characteristics" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Competency” OR “cultural anthropology” OR “cultural factor”) OR TITLE-ABS-KEY("Cultur*"OR cross-cultural OR crosscultural) **Combination of concepts:** #1 AND #2 AND #3

9.2 Bijlage 2: De Prisma Flowchart



9.3 Bijlage 3: kwaliteitsbeoordeling

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	QUALITY APPRAISAL
AGEE, E. (2000)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	High
ARIRIGUZO, C. (2022)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	High
DELANOË, D. (2012)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	High
DILLAWAY, H. (2008)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Medium
GEORGE, T. (1986)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	High
HUNTER, M. S. (2009)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	High
IM, E. O. (2010)	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Medium
IM, E. O. (1999)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Medium
LEYVA-MORAL, J. M. (2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Medium
STANZEL, K. A. (2021)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	High
STANZEL, K. A. (2022)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	High
STREZOVA, A. (2016)	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	High
ZOU, P. (2021)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	High

Q1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?
Q2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?
Q3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?
Q4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?
Q5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?
Q6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?
Q7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?
Q8. Are participants, and their voices, adequately represented?
Q9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?
Q10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?

9.4 Bijlage 4: studiekenmerken

Overzichtstabel geïncludeerde studies

Author (Year)	Study design	Method	Population	Menopausal status	Age	County	Findings
1. Agee, E. (2000)	Qualitative research	- participant-observations - Interviews	35 African American women	Peri- or postmenopause	40 and older	USA	- Intergenerational knowledge transfer from mother to daughter shaped attitudes toward menopause - Mothers taught strength and perseverance, which helped to deal with menopause challenges.
2. Aririguzo, C. (2022)	Qualitative research	- Individual interviews - a focus group	16 African American women	perimenopause	35 to 55 years	USA	- silence as a form of survival - resilience amidst the chaos - socialization for self-preservation and empowerment - reshaping and reclaiming womanhood.
3. Delanoë, D. (2012)	Qualitative research	- Semi-structured interviews	20 Tunisian women	Peri- or postmenopause	45 to 70 years	France	- The fear of the husband straying to a younger woman was strong. Marital sex was often seen as a duty.
4. Dillaway, H. (2008)	Qualitative research	- Individual interviews - Focus groups	18 women of color: 11 African American, 3 Mexican American, 2 Asian American, and 2 identified as Multiracial	Peri- or postmenopause	38 to 60 years	USA	- positive attitude toward menopause - Women of color preferred discussing menopause with same-race, same-sex friends. - They may present themselves as “strong” in dealing with menopause, focusing on “getting through life” rather than menopause.
5. George, T. (1986)	Qualitative research	- Participant-observations - Interviews	50 first-generation Indian, Sikh immigrant women	pre-, peri- or postmenopause	35 and above	Canada	- Positive attitude toward menopause. - Women saw menstruation as impure and viewed the menopause as the point at which they become clean.
6. Hunter, M. S. (2009)	Qualitative research	- Interviews	52 UK Asian women	peri- or postmenopause	45 to 55 years	UK	- A key benefit of menopause was being able to participate in religious practices, like Muslim prayers - Embarrassment and silence about menopause, as it's a taboo topic in Indian culture.

7.	Im, E. O. (2010)	Qualitative research	- Online forums	27 African American, 13 Asian American, 27 Hispanic	peri- or postmenopause	40 to 60 years	USA	- Menopause seen as part of life. - Women used humor to stay optimistic during changes. - Ethnic minority women preferred support from those of the same ethnicity, gender, and age. - They remained silent about symptoms, viewing discussion about menopause as inappropriate in their cultures. - They minimized symptoms by enduring them.
8.	Im, E. O. (1999)	Qualitative research	- Interviews	21 first-generation Korean immigrant women	peri- or postmenopause	40 to 60 years	USA	- Women focused more on immigrant and work transitions than menopause. - menopause was a hidden experience in cultural background - Women "normalized," ignored, and endured symptoms.
9.	Leyva-Moral, J. M. (2013)	Qualitative research	- Interviews	13 first-generation Ecuadorian immigrant women	peri- or postmenopause	Average age of 52 years	Spain	- A natural individual experience. - Importance of gender roles and the impact of menopause on female identity - Fear of their husbands leaving them for younger women.
10.	Stanzel, K. A. (2021)	Qualitative research	- Semi-structured interviews	11 first-generation immigrant women from the Horn of Africa	peri- or postmenopause	45 to 60 years	Australia	- Menopause seen as a normal life phase - no need for accessing menopause-related information and care - Preferred healthcare providers who spoke their first language
11.	Stanzel, K. A. (2022)	Qualitative research	- Semi-structured interviews	12 first-generation Vietnamese immigrant women	peri- or postmenopause	45 to 60 years	Australia	- Menopause seen as natural event - Most menopause info from family and friends. - Limited English language proficiency hindered access to menopause-related health info. - Vietnamese-speaking GPs were trusted, but 'shyness' prevented women from asking menopause questions.
12.	Strezova, A. (2016)	Qualitative research	- Unstructured, nondirective group discussions	81 first- and second-generation Macedonian immigrant women	peri- or postmenopause	45 to 75 years	Australia	- Lack of information about menopause in their native language. - Some women prefer Macedonian doctors. - Symptom relief when visiting their homeland.

							- Religion is important, and they consult priests as much as doctors. - Macedonian men often treat their wives as "non-sexual" after menopause.
13. Zou, P. (2021)	Qualitative research	- Online focus groups - Individual interviews	34 first-generation South Asian immigrant women	peri- or postmenopause	45 to 60 years	Australia	- Facilitators and barriers experienced by South Asian immigrant women during the menopausal transition. - Facilitators: religion, familial support, close social circle - Barriers: limited social support, cultural expectation, acculturative stress