

Oorspronkelijk artikel

De taalbarrière bij oudere Turkse vrouwen nader onderzocht

Anna Pot  · Merel Keijzer · Kees de Bot

Samenvatting

Een groeiende groep migranten wordt oud in een omgeving waar de dominante taal (T2) verschilt van hun moedertaal (T1). Deze studie bekijkt in hoeverre er een taalbarrière bestaat bij het verkrijgen van informatie over en toegang tot (zorg)voorzieningen, en wanneer een beperkte T2 taalvaardigheid een belemmering vormt voor het welbevinden van een groep oudere Turkse vrouwen in Nederland. Interviews met 39 oudere Turkse vrouwen laten zien dat een beperkte T2 vaardigheid niet automatisch leidt tot een verminderd welbevinden. Wanneer men goed is ingebed in een sociaal netwerk (en zich daarmee verbonden voelen) kan een beperkte T2 vaardigheid worden opgevangen door T1 hulp in de omgeving of het faciliteren van een tolk in T2 situaties. Echter, wanneer zo'n netwerk niet beschikbaar is, kunnen T2 situaties voor angst en stress zorgen, wat zijn weerslag heeft op iemands welbevinden. Ondanks dat er geen een-op-een relatie tussen taal en welbevinden bestaat, speelt taal wel een rol in veel (sociale) processen die het welbevinden beïnvloeden.

Dit artikel is een ingekorte en vertaalde versie van een eerder gepubliceerd artikel in *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* op 8 februari 2018, online beschikbaar. <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>

Trefwoorden veroudering · migranten · taalbarrière · welbevinden · sociale ondersteuning

The language barrier for older Turkish females, further investigated

Abstract

A growing group of migrants age in an environment in which the dominant language (L2) differs from their mother tongue (L1). This study considers the occurrence of a language barrier in accessing (information on) health and healthcare provisions, and under which

*This chapter is a translated and shortened version of an article published in *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* on 8 February 2018, available online: <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>.*

A. Pot (✉) · M. Keijzer · K. de Bot
Rijksuniversiteit Groningen, Oude Kijk in 't Jatstraat 2, 9712 EK Groningen, Nederland
e-mail: a.pot@rug.nl

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0270-8>
Published online: 26 November 2018

circumstances a limited proficiency in the L2 negatively influences well-being for a group of older Turkish women in the Netherlands. Data from interviews with 39 Turkish females reveal that a limited L2 proficiency does not automatically result in a lower level of well-being. When individuals are well-embedded in a social network (and feel belonging to it), a limited L2 proficiency can be alleviated by either L1 assistance from their environment or by facilitating an interpreter in L2 situations. However, when such a network is absent, L2 situations can cause anxiety, which may have repercussions for well-being. Even though there is no clear one-on-one relationship between language and well-being, language does play a role in many (social) processes that influence well-being.

Keywords Ageing · Migrants · Language barrier · Well-being · Social support

Introductie

De toegenomen globalisering in de afgelopen decennia heeft geleid tot grote groepen migranten in Europa die oud worden in een omgeving die in cultureel, sociaal maar ook taalkundig opzicht verschilt van hun omgeving van herkomst. Zo is 8 procent van de huidige Nederlandse 65-plussers buiten Nederland geboren [1]. Een gebrek aan taalvaardigheid in de dominante taal van de omgeving (T2) kan leiden tot een taalbarrière en kan toegang tot en gebruik van (met name zorg)voorzieningen beperken [2].

Taal kan niet alleen een bepalende rol spelen bij het verkrijgen van (toegang tot) zorg, maar kan ook bijdragen aan het welbevinden van individuen [2, 3]. Een beperkte T2 taalvaardigheid kan verschillende gevolgen hebben: van een geringe sociale interactie met personen buiten de eigen gemeenschap en daardoor minder mogelijkheden om sociale netwerken te vormen, tot minder vaardigheden om gezondheidsproblemen kenbaar te maken.

Dit artikel gaat specifiek in op de situatie van oudere Turkse vrouwen in Nederland, omdat de Turkse migranten een van de grootste migrantengroepen vormen in de Nederlandse samenleving. Het aantal Turkse ouderen dat wordt aangemerkt als eerste generatie migrant bedraagt 0,7 procent van de totale populatie 65-plussers in Nederland, en 8,8 procent van de totale populatie eerste generatie 65-plussers [1]. De centrale vraag die wordt gesteld is in welke omstandigheden een beperkte T2 vaardigheid nadelige gevolgen heeft voor het welbevinden van oudere Turkse vrouwen in Nederland.

Theoretisch kader

Taal en identiteit

Onder Turkse migranten in Europa is de Turkse taal de sterkste markering van identiteit [4]. Hierdoor wordt de Turkse migrantengroep in Nederland gezien als een groep met een hoge ethnolinguïstische vitaliteit, dat wil zeggen een hoog gebruik van de thuistaal (T1) [5]. De hoge T1 handhaving van de Turkse groep is voornamelijk ontstaan door de goed georganiseerde groep die zij vormen in de Nederlandse samenleving (te zien aan bijvoorbeeld geconcentreerde leefgebieden, een hoog percentage personen dat trouwt binnen de eigen gemeenschap en hun sterke etnische netwerk van sociale steun) [6].

Deze hoge mate van T1 behoud kan ten koste gaan van taalvaardigheid in de T2. Taalstatistieken in het Nederlands laten zien dat, over het algemeen, de oudere Turkse bevolking (55+) regelmatig problemen rapporteert met het begrijpen en spreken van het Nederlands [7]. Een gebrekkige T2 vaardigheid kan toegang tot zorg belemmeren [8], en heeft ook repercussies voor

het gebruik van (thuis)zorgvoorzieningen: men weet vaak niet welke voorzieningen beschikbaar zijn, heeft een beperkt of geen netwerk om deze informatie op te doen en kan moeilijk communiceren over wensen ten aanzien van zorg [9].

De taalbarrière

Goede communicatieve T2 vaardigheden hangen positief samen met gebruik van reguliere gezondheids- en zorgvoorzieningen door Turkse ouderen [10, 11]. In communiceren over zorg loont het in sommige gevallen een tolk in de arm te nemen. Opvallend genoeg zijn juist migranten die de dominante taal net voldoende beheersen om geen vertaler in de hand te nemen het meest gelimiteerd in het uitdrukken van hun klachten en emoties tijdens medische consulten. Zij blijken in dit geval kwetsbaarder dan migranten zonder enige T2 vaardigheden, die hun emoties via de vertaler wel kunnen uitdrukken [12]. Ondanks een matige T2 beheersing loont het dus in sommige gevallen een gebrekkige T2 vaardigheid te erkennen en een tolk in te schakelen. Het geeft ook aan dat individuen zonder T2 vaardigheid niet noodzakelijk slechter af zijn wat hun gezondheid betreft, maar wel in T2 situaties sterker afhankelijk zijn van iemand anders.

Taalbarrières kunnen daarnaast repercussies hebben voor het gevoel van individuen ergens 'bij te horen' doordat ze het aangaan van sociale relaties buiten de eigen gemeenschap belemmeren [13]. Zo werkt een hoge mate van T1 handhaving en lage T2 vaardigheden taalkundige onzekerheid of angst in T2 situaties in de hand. Voor de eerste generatie Turkse migranten in Nederland toonden Sevinc en Backus en Sevinc en Dewaele [14, 15] aan dat angst om de dominante taal te spreken voort komt uit een negatieve evaluatie van T2 gebruik door moedertaalsprekers, en kan leiden tot het vermijden van situaties (en sociale relaties) waarin die taal wordt gesproken. Een gevoel van (sociale) verbondenheid is belangrijk voor het welbevinden van individuen [16], en een talige barrière kan het stimuleren van deze verbondenheid, en daarmee het welbevinden, in de weg staan.

Gezondheid

Met name Turkse en Marokkaanse ouderen verkeren gemiddeld in een slechtere staat van gezondheid, zowel fysiek als mentaal, dan ouderen zonder migratieachtergrond [17, 18]. Het helder uit kunnen drukken van gezondheidsklachten en zorgwensen, zoals hierboven genoemd, is dus cruciaal om de juiste zorg te kunnen ontvangen. De algemene slechtere gezondheidsstatus van Turkse en Marokkaanse migranten komt niet voort uit het migrant-zijn op zich, maar is een opeenstapeling van factoren die gerelateerd zijn aan de migrantenervaring. Een lagere sociaaleconomische status en fysieke

en mentale problemen, samen met sociale kwetsbaarheid door een gebrek aan T2 taalvaardigheid, of een sterke T2 sociale afhankelijkheid, leiden ertoe dat deze groep oudere migranten vaak onzichtbaar blijft in de maatschappij [19].

Deze studie

De manier waarop oudere Turkse migranten omgaan met T2 situaties lijkt dus even cruciaal voor het ontvangen van en toegang tot de juiste zorg en het welbevinden als het wel of niet hebben van T2 vaardigheden [20]. In deze studie bekijken we hoe het hebben van een beperkte T2 vaardigheid in een T2 omgeving bijdraagt aan het welbevinden van een groep oudere Turkse vrouwen, voor wie vaardigheden in het Nederlands over het algemeen erg laag zijn [21].

Welbevinden beslaat, zoals Wright [22] aangeeft, meer dan een subjectieve maat voor 'levensgeluk' en is ook afhankelijk van de levensomstandigheden en omgevingsfactoren van een individu. Naast een maat om welbevinden te operationaliseren in algemene zin (w.o. tevredenheid met het leven en het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten), bekijken we daarom hoe welbevinden samenhangt met de hierboven besproken factoren (gezondheidsstatus, toegang tot en gebruik van zorgvoorzieningen, sociaal netwerk, het gevoel van (sociale) verbondenheid van een individu). Doordat een gedeelte van het succes van deze factoren wordt bepaald door taalvaardigheid, is het interessant te bekijken welke rol de T2 vaardigheid precies in deze relatie speelt.

De studie heeft een kwalitatieve insteek. De resultaten kunnen derhalve niet gegeneraliseerd worden naar de grotere groep Turkse ouderen, maar bieden wel een meer gedetailleerd inzicht in individuele T2 ervaringen en de relatie daarbij tot welbevinden. Door middel van semigestructureerde interviews en vaststelling van T2 taalbeheersing, geletterdheid en werkgeheugen (als cognitieve maat) zoeken we antwoord op de centrale vraag.

Doordat taal een bepalende rol speelt in het vormen van een identiteit en het helder kunnen overbrengen van een boodschap, is onze hypothese dat een goede sociale inbedding in zowel een T1 als een T2 netwerk (en het zich daarmee verbonden voelen) het welbevinden positief beïnvloedt, ondanks wellicht een slechtere gezondheid. Andersom kan welbevinden laag zijn wanneer het sociale netwerk ontoereikend is, met name in een communicatieve (gezondheids)context, en in het bijzonder bij een matige T2 beheersing.

Data en methode

Deelnemers

In 2015–2016 zijn 42 eerste generatie Turkse vrouwen geïnterviewd die arriveerden in Nederland als vrouw van een gastarbeider (gelijktijdig of na gezinshereniging in de jaren zeventig) of naar Nederland kwamen na hun huwelijk met iemand uit de tweede generatie. De deelnemers zijn gerekruteerd door het aanspreken van netwerken van zogenaemde ouderenadviseurs (zie hiervoor ook [3]) en door een zelf opgebouwd netwerk van een Turkssprekende mannelijke student-assistent. De interviews vonden plaats bij de deelnemers thuis ($n=17$, waarvan in 3 gevallen de echtgenoot actief deelnam aan het gesprek), in een cultureel ontmoetingscentrum ($n=14$) of in een ruimte in een moskee ($n=11$). De interviews duurden tussen de 90 en 120 minuten. Deelnemers werden in het Turks geïnterviewd, door een Nederlandssprekende interviewer met een informele tolk die vertaalde naar het Turks ($n=20$) of een mannelijke Turkssprekende interviewer ($n=22$). Voorafgaand aan het interview kregen de deelnemers alle informatie over de studie en gaven ze toestemming tot deelname. Van de 42 interviews zijn 3 om individuele redenen vroegtijdig afgebroken, waardoor we hier over 39 cases rapporteren.

Meetinstrumenten

Een vragenlijst met daarin de volgende onderwerpen vormde de basis van een semigestructureerd interview:

- Migratiegeschiedenis: jaar, verblijfsduur in Nederland en motief, hoe het zich vestigen in Nederland verliep, en wat de makkelijke en moeilijke momenten waren in dit vestigingsproces.
- Taalgebruik (zowel Nederlands als Turks): of het Turks wordt doorgegeven in de familie, en zo ja, in welke setting; hoe vaak er Nederlands wordt gesproken; of men bij het spreken van het Turks of het Nederlands moeilijkheden of belemmeringen ervaart en zo ja, in welke setting.
- Verbondenheid: of men zich thuis voelt in Nederland; met welke cultuur men zich meer verbonden voelt; of men (definitief) terug zou willen keren naar Turkije. Verbondenheid qua taal: welke houding men heeft ten opzichte van het Turks en het Nederlands.
- Sociaal netwerk: of men Nederlandstalige contacten heeft.
- Gezondheidsstatus en toegang tot en gebruik van zorgvoorzieningen: welke voorzieningen men nodig heeft (gezondheidsindicatie) en of men deze voorzieningen weet te vinden; of men intensief gebruik maakt van zorgvoorzieningen en zo ja, hoe de communicatie verloopt.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken van de deelnemers

ID	Leeftijd	Verblijfsduur in NL	Opleiding (jaren)	Taalvaardigheid (%)	Geletterdheid	Werkgeheugen	Welbevinden (CASP-12 score)
D1	51	18	7	21	39	6	42
D2	52	39	10	28	39	5	41
D3	52	35	10	48	39	6	38
D4	52	39	7	24	39	4	45
D5	53	39	10	24	39	6	35
D6	53	22	10	27	37	3	37
D7	53	34	4	16	39	5	45
D8	53	36	10	23	39	6	43
D9	54	41	4	45	39	3	48
D10	55	41	7	29	39	3	44
D11	56	38	7	43	39	6	29
D12	57	40	13	46	37	4	41
D13	58	36	0	6	29	3	41
D14	58	31	7	23	39	6	36
D15	58	38	7	18	39	3	34
D16	58	39	4	13	39	5	38
D17	59	27	4	26	39	5	35
D18	60	40	7	23	39	4	41
D19	61	40	4	44	39	3	41
D20	61	39	7	18	39	4	44
D21	62	39	4	31	39	5	33
D22	63	39	7	9	38	5	34
D23	63	40	0	5	25	4	35
D24	63	44	4		39	3	45
D25	64	47	4	29	34	4	48
D26	64	44	7	25	39	4	32
D27	65	31	0	21	25	3	46
D28	65	44	4	25	39	3	41
D29	65	47	0	17	28	3	27
D30	66	43	7	25	35	3	39
D31	66	43	4	26	38	3	42
D32	67	39	0	33	33	3	41
D33	67	43	7	38	38	3	33
D34	68	44	0	33	33	3	43
D35	72	44	0		19	4	27
D36	75	38	0		22	3	40
D37	76	37	4		20	4	45

Tabel 1 (Vervolg)

ID	Leeftijd	Verblijfsduur in NL	Opleiding (jaren)	Taalvaardigheid (%)	Geletterdheid	Werkgeheugen	Welbevinden (CASP-12 score)
D38	83	38	0	10		2	40
D39	84	41	4	31	31		29

De specifieke vragen zijn afgeleid van Keijzer [23].

Om het welbevinden van de deelnemers in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de *Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure* (CASP-12) schaal: een reeks van stellingen waar men het in meer of mindere mate mee eens is over gevoelens aangaande veroudering zoals het kunnen uitvoeren van dagelijkse taken, tevredenheid over en plezier in het leven, onzekerheden en mate van zelfstandigheid [24]. Antwoorden werden gegeven op een vierpuntsschaal (1 = nooit, 2 = af en toe, 3 = regelmatig, 4 = altijd) en opgeteld met een maximum totale score van 48 (hoog welbevinden).

Een maat van taalvaardigheid in het Nederlands werd verkregen door de deelnemers twee afbeeldingen te laten beschrijven en daarbij naar het gebruik van werkwoorden om zinnen te vormen te kijken (complexiteit) [25]. Specifiek werd de mate van T2 vaardigheid vastgesteld door de relatieve complexiteit van wat de deelnemer produceerde: van losstaande zelfstandig naamwoorden (lage complexiteit) tot complete zinnen (hoge complexiteit), uitgedrukt in percentage van de lengte van hun gesproken tekst.

Daarnaast is met het Raamwerk alfabetisering NT2 [26] de mate van geletterdheid in het Nederlands van de deelnemers vastgesteld. Deelnemers werd gevraagd aan te geven of ze 13 alledaagse korte passages konden lezen. Hierbij gebruikten we een driepuntsschaal (1 = niet, 2 = met moeite, 3 = gemakkelijk) met een maximumscore van 39 (geletterd).

Als laatste toetsten we het werkgeheugen van de deelnemers door middel van de *Corsi Blocks Tapping* taak [27], een snel af te nemen visuospatiële werkgeheugentaak. Een werkgeheugenscore (met een maximum van 8) bood inzicht in de cognitieve vaardigheden van de deelnemers, dat kon worden gerelateerd aan taal- en geletterdheidsprestaties in het Nederlands. Vanwege de tijdsinvestering en vermoeidheid voor de deelnemers zijn (nog) meer fijnmazigere maten buiten beschouwing gelaten.

Analyses

Alle interviews werden opgenomen en, voor de vertaalde interviews, gecheckt op accuraatheid door een Turkse moedertaalspreker. Vervolgens werden alle interviews volledig getranscribeerd en geanalyseerd door middel van een thematische analyse [28]. De dataset werd gecodeerd in verschillende categorieën die werden samengevoegd tot vier onderscheidende thema's:

T2 bekwaamheid (taalvaardigheid, mate van T2 geletterdheid en uitdrukkingsvaardigheid in de T2); gevoelens van verbondenheid met het Nederlands en Turks en de Nederlandse en Turkse cultuur; sociale relaties en interactiemogelijkheden/angsten; en gezondheidsstatus en toegang tot/gebruik van zorgvoorzieningen. De thema's gaven inzicht in de oorzaken van de verschillende scores op de (CASP-12) welbevindenschaal.

Resultaten

De gegevens in tab. 1 geven de diversiteit onder de deelnemers weer in leeftijd, verblijfsduur, opleidingsniveau, taalbekwaamheid (taalvaardigheid, geletterdheid, werkgeheugen) en welbevinden. De Turkse vrouwen varieerden in leeftijd van 51 tot 84 jaar (gemiddelde leeftijd was 61,8, met een standaarddeviatie van 6,3 jaar). De verblijfsduur van de deelnemers varieerde van 18 tot 47 jaar (gemiddeld 23,4 jaar, met een standaarddeviatie van 7,9 jaar). Het opleidingsniveau was over het algemeen laag; gemiddeld genomen hadden de vrouwen 5 jaar onderwijs gevolgd (met een standaarddeviatie van 2,9 jaar). De taalvaardigheid in het Nederlands (complexiteit) is gemiddeld laag: 26% van de totale gesproken tekst van de deelnemers kon aangemerkt worden als complete zinnen. De standaarddeviatie is 10%, wat aangeeft dat de individuele variatie met betrekking tot taalvaardigheid groot was. De gemiddelde score op de geletterdheidsmaat was relatief hoog met 35,3 (en een standaarddeviatie van 4,7). De gemiddelde werkgeheugenscore was 4 (standaarddeviatie van 0,9), wat betekent dat men gemiddeld een reeks van vier opeenvolgende elementen (posities van blokken in dit geval) correct kon onthouden. Wat betreft welbevinden scoorde men gemiddeld genomen redelijk hoog (38,9), met een standaarddeviatie van 4,7.

Onze interesse gaat echter uit naar de relatie tussen T2 vaardigheid en welbevinden. Sommige deelnemers hadden een relatief hoge mate van welbevinden en een lage T2 vaardigheid. Anderen scoorden laag op beide maten. Een enkele deelnemer rapporteerde een laag welbevinden en een hoge T2 vaardigheid. Een duidelijk verband tussen T2 vaardigheid en welbevinden kan dus niet worden vastgesteld (voor de statistisch getoetste verbanden verwijzen we naar de uitgebreidere Engelstalige versie van dit artikel).

Om meer inzicht te krijgen in de factoren die een hoger of lager niveau van welbevinden in de hand werken bij een beperkte T2 vaardigheid, is nagegaan hoe de

Tabel 2 Bevindingen uit de gecodeerde interviews geïllustreerd met interviewpassages

Bevinding	Passage
<i>Gelimiteerde gezondheidsstatus</i> beperkt sociale deelname. Minimale T2 vaardigheden belemmeren mobiliteit en sociale interactie	1. D11: 'Toen ik scheidde van mijn man kwamen dingen in beweging. In startte met een taal cursus, ik vond een baan. Ik nam rijlessen en zwemles. Maar door mijn gezondheidsproblemen moest ik stoppen'. 2. D21: 'Ik kan nergens heen. Ik zit hier maar. Soms ga ik naar de supermarkt, dat is makkelijk. Dan pak ik wat ik nodig heb en betaal aan de kassa'
T2 angst kan leiden tot het vermijden van T2 interactie. Groepsformatie of motivatie tot verbetering kan T2 angst verminderen	3. D15: 'Ik voel me minderwaardig wanneer ik met een Nederlander praat. Ik vermijd communicatie. Hoe minder ik praat hoe beter, vind ik'. 4. D21: 'Mijn collega's in de fabriek waren ook Turks. Als ik iets niet wist of ergens onzeker over was konden we elkaar vragen'. 5. D19: 'Als je de taal niet kent kijk je mensen aan maar begrijp je niks. Ik heb dit zelf ervaren, dus heb ik tegen mezelf gezegd dat ik hoe dan ook de taal zal leren'. 6. D24: 'In de jaren negentig was er een cursus Nederlands bij de Turkse vereniging. Daar kwam ik erachter dat ik de taal niet goed sprak. Ik gebruikte de verkeerde vormen en zinsconstructies. Daarna schaamde ik me bij de doctor en sociale activiteiten, dus daar stopte ik mee. Ik kon mezelf uiten, maar voelde schaamte en angst te spreken, nog steeds'
Een <i>sociaal netwerk</i> is belangrijk in het communiceren over zorg en wordt voornamelijk door familieleden en mensen in de directe omgeving gevormd	7. D20: 'Bij iets belangrijks zou ik graag iemand met een goede beheersing van de taal bij me willen hebben omdat ik bang ben dat ik de verkeerde dingen vertel. Soms neem ik een vriendin mee, maar niet altijd'. 8. D10: 'Aan het begin van ons verblijf in Nederland namen we altijd iemand mee naar de dokter, maar nu gaan we zelf. Als ik het nu niet snap vraag ik mijn dokter gewoon om uitleg. Ik moet wel, mijn kinderen werken dag en nacht, zij kunnen mij niet overal naartoe volgen'
Positieve emoties met sociale relaties dragen bij aan welbevinden en een <i>gevoel van verbondenheid</i> . Toch melden veel deelnemers dat ze tussen twee culturen in leven. Gevoelens van verbondenheid hebben impact op T2 investering	9. D13: 'Ik heb een Turkssprekend netwerk. Waar moet ik het met Nederlanders over hebben? Ik zeg 'moi' als ze langslopen. Er is veel verschil tussen onze culturen'. 10. D18: 'We zijn buitenlanders hier en 'Almanci' in Turkije. We zijn niet Nederlands en ook niet Turks'. 11. D10: 'Ik kijk nooit Nederlandse TV. Ik heb het gevoel dat ik in Turkije woon omdat ik altijd naar de Turkse TV kijk'

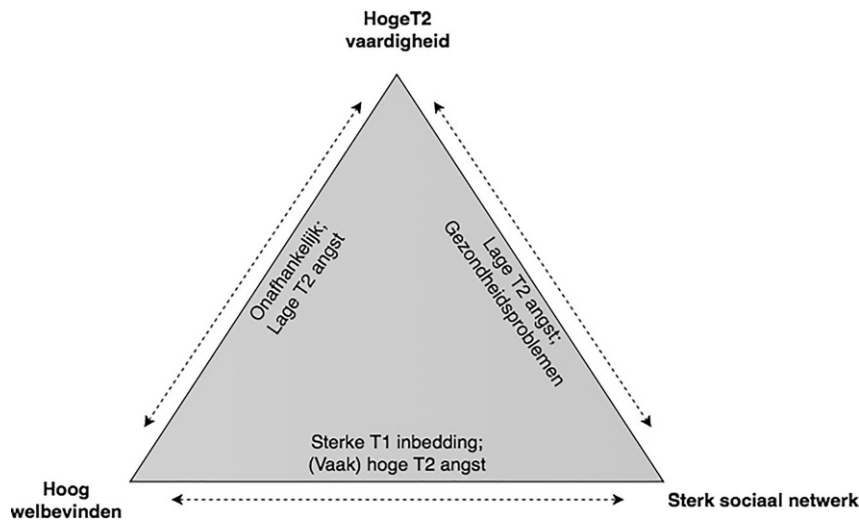
deelnemers zich verhielden tot de onderscheiden interviewthema's. In tab. 2 wordt deze exercitie geïllustreerd met passages uit enkele interviews.

Een gebrek aan T2 vaardigheid valt voor sommige deelnemers te verklaren vanuit een laag opleidingsniveau en/of laaggeletterdheid. Laaggeletterdheid leidt tot minder meta-linguïstische kennis (kennis over taal, zie [29]) waardoor laaggeletterden (en laaggeschoolden) typisch meer moeite hebben met het leren van een nieuwe taal op een traditionele, klassikale manier. Deelnemers gaven daarnaast aan dat huishoudelijke taken, soms in combinatie met fabriekswerk, deelname aan taalcursussen destijds beperkte, en dat door de hechte sociale T1 netwerken de noodzaak het Nederlands onder de knie te krijgen minimaal was (zie citaat 4).

Voor deze deelnemers waren gevoelens van verbondenheid met het Turks sterk (zie citaat 11) en T2 angsten hoog (zie citaat 3, in combinatie met een laag welbevinden in tab. 1). Wanneer een (T1) netwerk ont-

breekt, zoals in citaat 8, moet men talige onzekerheden overwinnen om duidelijk over gezondheid te kunnen communiceren in de T2 en isolatie te voorkomen (zie ook citaat 6). Een informele tolk kan uitkomst bieden in medische contexten – waar T2 onzekerheid vaak hoog is (zie citaat 7) – maar vormt soms ook een belemmering als deze informatie onjuist of maar gedeeltelijk overbrengt (zie ook sectie De taalbarrière). Interactie in de T2 bevordert het gevoel van verbondenheid met de Nederlandse context ([30], en zie citaat 5).

Gevoelens van verbondenheid met de T1 beperken investering in het ontwikkelen van T2 vaardigheden (zie citaten 4, 9 en 11 in combinatie met de lage scores op taalvaardigheid in tab. 1). Echter, zolang Turkse oudere vrouwen deze sterke verbondenheid met de T1 ervaarden en zij daarmee goed ingebed waren in een sociaal netwerk waren ze met lage T2 vaardigheden niet direct slechter af (zie citaat 9 en de hoge (CASP-12) welbevinden score).



Figuur 1 Schematische weergave van de interactie tussen T2 vaardigheid, welbevinden en sociaal netwerk

Gebaseerd op de interviewdata hebben we getracht de relatie tussen T2 vaardigheid, welbevinden en sociaal netwerk schematisch weer te geven (fig. 1).

De driehoek in fig. 1 illustreert drie van de vier scenario's uit de data. Aan de linkerzijde van de driehoek staan de deelnemers met een relatief hoge T2 vaardigheid en een hoge mate van welbevinden, maar een zwakker sociaal netwerk (of hebben dit minder aangegeven in de interviews omdat voor hun sociale (talige) ondersteuning minder nodig was). Zij lieten over het algemeen geen T2 angst zien. Aan de rechterzijde staan de deelnemers met een sterkere inbedding in een sociaal netwerk (voornamelijk T1, maar sommigen rapporteerden ook belangrijke T2 relaties) en een hoge T2 vaardigheid, maar met fysieke of mentale gezondheidsklachten die aanmerkelijk hun niveau van welbevinden verlaagden. Aan de onderzijde van de driehoek staan de deelnemers die goed ingebed waren in een T1 netwerk en zich konden redden met weinig T2 kennis omdat ze hiervoor sterk een beroep konden doen op hun netwerkleiden. Wanneer zij zich in T2 situaties bevonden, lieten ze een hoge mate van T2 angst zien. De driehoek laat een vierde, schadelijk scenario niet toe (maar wellicht dat dit in het midden geplaatst kan worden) waarbij individuen én een laag welbevinden, weinig sociale ondersteuning en een lage T2 vaardigheid hebben. Deze deelnemers ($n = 3$) zaten voornamelijk binnen en rapporteerden fysieke of mentale gezondheidsproblemen (zie citaat 2).

Deze vier scenario's zijn flexibel en men kan zich bewegen tussen de hoeken van de driehoek (of dus naar het midden), afhankelijk van veranderingen in sociale, talige of gezondheidsomstandigheden. Een kleine groep deelnemers hebben op latere leeftijd geïnvesteerd in Nederlandse taalcursussen (zie citaat 1 en 5) om hun talige angsten te overwinnen en minder afhankelijk te zijn van anderen (zie citaat 8). Anderen zien het netwerk in hun directe omgeving afbrokkelen. Voor deze

groep kan een acuut verlies van sociale ondersteuning een hoge mate van T2 angst voeden en tot teruggetrokkenheid leiden. Verlies van talige middelen kan worden gecompenseerd door de aanwezigheid van een steunnetwerk via de familie, wanneer deze in tijd kan en wil investeren (zie citaat 8).

Discussie

Oudere Turkse vrouwen in Nederland zijn over het algemeen beperkt taalvaardig in het Nederlands (T2). In deze studie bekeken we onder welke omstandigheden deze beperkte T2 vaardigheid een negatief effect heeft op iemands welbevinden en daarmee op de mogelijkheden om optimaal oud te worden. Uit ons onderzoek blijkt dat een beperkte T2 vaardigheid weliswaar resulteert in taal-gerelateerde angsten die onzekerheid in de hand werken en communicatie over zorg en het aangaan van sociale relaties in de T2 in de weg staan, maar dat het niet altijd samenhangt met een laag welbevinden. De communicatie barrière die een slechte T2 beheersing veroorzaakt kan worden opgeven door een tolk, ofschoon dit wel een sterkere mate van afhankelijkheid in de hand werkt.

De data in deze studie laten bovenal de dynamische en individueel verschillende rol van T2 vaardigheid op het proces van optimaal oud worden zien. Zo heeft één individu een hoge mate van talige onzekerheid en lage sociale interactie, terwijl anderen juist een bereidheid ontwikkelen de T2 onder de knie te krijgen en daardoor ook sociale T2 verbindingen op te zoeken. In combinatie met de initiële condities van individuen (opleidingsniveau, geletterdheidsvaardigheden en levensgebeurtenissen), heeft taal een verschillende en indirecte uitwerking op het welbevinden van oudere Turkse vrouwen.

Beperkingen

Er zijn een paar methodologische punten die hier genoemd dienen te worden. Deelnemers werden in verschillende omgevingen geïnterviewd, wat ongetwijfeld hun mogelijkheid of bereidheid informatie te delen heeft beïnvloed. Het kan zo zijn dat onze deelnemers ook een iets hogere mate van taalangst rapporteerden wanneer ze de vragen in het Nederlands (met tolk) gesteld kregen. Echter, de informele tolk was tevens een mediator op emotioneel niveau omdat hij/zij een vertrouwensband had met de deelnemer waardoor deze zich minder emotioneel geremd voelde. Voor de deelnemers die direct in het Turks werden geïnterviewd was het uiten van emoties wellicht eenvoudiger. Voor deze ouderen was misschien enige terughoudendheid merkbaar doordat de interviewer een man was en geen langdurige vertrouwensband met de deelnemers had opgebouwd.

We hebben geprobeerd een zo heterogeen mogelijke groep samen te stellen door deelnemers uit verschillende gebieden in Nederland te rekruteren, met diverse sociaaleconomische achtergronden. Desalniettemin hangt deelname af van toegankelijkheid en het is waarschijnlijk dat we niet de meest kwetsbare individuen in de populatie te pakken hebben gekregen. Ondanks deze beperkingen laten resultaten toch voldoende individuele variatie binnen de groep zien.

Daarnaast is het moeilijk taal los te zien van sociale interactie en is causaliteit tussen de twee onvermijdbaar: een betere taalvaardigheid leidt tot meer/gemakkelijkere sociale interactie wat de taalvaardigheid verder bevordert, en een sociaal netwerk leidt op zijn beurt weer tot mogelijkheden de T2 te ontwikkelen en het sociale netwerk uit te breiden.

Tot slot, omdat het een kwalitatieve studie betreft, zijn de uitkomsten maar beperkt te generaliseren naar een grotere populatie migranten.

Implicaties en conclusie

In een maatschappij met een groeiende ouderenpopulatie is gezondheidsbeleid vooral gericht op het voorzien van efficiënte zorg met gelimiteerde financiële en personele middelen. In Nederland betekende dit in 2015 een transitie in de zorg naar een liberaler model waarbij individuen gestimuleerd worden zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met hulp van het eigen sociale netwerk [31]. Wanneer men geen sociaal netwerk heeft om op terug te vallen, gecombineerd met een lage doeltaalvaardigheid (zoals bij sommige deelnemers in de studie) zou in eerste instantie meer aandacht uit moeten gaan naar het promoten van de ontwikkeling van T2 vaardigheden. Dit vermindert T2 angst en bevordert gezondheidsgerelateerde zelfstandigheid. Echter, dit is niet altijd haalbaar, zeker wanneer het individuele mentale of fysieke problemen rapporteert. In dat geval zou het, op korte termijn, helpen wanneer gezondheidsinstellingen meer interculturele kennis in huis hebben om ook de ouderen met verminderde T2 vaardigheden goed van dienst te kunnen zijn. Ouderenadviseurs voor speciale groepen zijn hier een goed voorbeeld van.

Deze studie draagt bij aan onze kennis over de differentieële impact van beperkte T2 vaardigheden op het welbevinden van migranten. Daarnaast legt het de ingebedde rol van taal in sociale processen (gerelateerd aan optimaal ouder worden en welbevinden) wat meer bloot. Sommigen vermijden T2 interacties en bouwen een sterk T1 steunnetwerk op, waardoor ze relatief goed oud kunnen worden in een T2 omgeving. Wanneer sociale mogelijkheden echter beperkt zijn, kan het oudere migranten veel moeite kosten talige onzekerheden te overwinnen om isolatie en eenzaamheid te voorkomen.

Literatuur

1. CBS Statline. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 1 januari [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2018. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37325/table?ts=1536742076139>. Geraadpleegd op: 22 okt 2018.
2. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
3. Pot A, Keijzer M, Bot K de. Do low L2 abilities impede healthy aging for migrant older adults in the Netherlands? *Dutch J Appl Linguist*. 2018;7(1):109–20.
4. Yagmur K, Vijver FJR van de. Acculturation and language orientations of Turkish immigrants in Australia, France, Germany and the Netherlands. *J Cross Cult Psychol*. 2012;43(7):1110–30.
5. Yagmur K. Language use and ethnolinguistic vitality of Turkish compared with the Dutch in the Netherlands. *J Multiling Multicult Dev*. 2009;30(3):219–33.
6. Huijnk W. Sociaal-culturele categorieën: migranten op afstand. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
7. Huijnk W, Andriessen I. Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken [Internet]. Den Haag: So-

- ciaal en Cultureel Planbureau. 2016. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Integratie_in_zicht. Geraadpleegd op: 23.2017.
8. Denktaş S. Health and healthcare use of elderly immigrants in the Netherlands: A comparative study. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2011.
 9. Suurmond J, Rosenmöller DL, El Mesbahi H, Lamkadem M, Essink-Bot M-L. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2016;54:23–35.
 10. Fassaert T, Hesselink AE, Verhoeff AP. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health.* 2009;9:332.
 11. Wengler A. The health status of first- and second-generation Turkish immigrants in Germany. *Int J Public Health.* 2011;56(5):493–501.
 12. De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. Language, culture and emotions: exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient Educ Couns.* 2011;84:406–12.
 13. Berg B van den, Sala M. Oud worden ver van huis: tussen wal en schip? [Internet]. Dienst Communicatie Wetenschapswinkel, Vrije Universiteit Amsterdam; 2003.. <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/8880/Rapport?sequence=1>. Geraadpleegd op: 12 sep 2018.
 14. Sevinç Y, Backus A. Anxiety, language use and linguistic competence in an immigrant context: a vicious circle? *Int J Biling Educ Biling.* 2017;0(0):1–19.
 15. Sevinç Y, Dewaele J-M. Heritage language anxiety and majority language anxiety among Turkish immigrants in the Netherlands. *Int J Biling.* 2016;22(2):1–21. <https://doi.org/10.1177/1367006916661635>.
 16. Lager D, Hoven B van, Meijering L. Places that matter: place attachment and wellbeing of older Antillean migrants in the Netherlands. *Eur Spatial Res Policy.* 2012;19(1):81–94.
 17. Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord.* 2004;83(1):33–41.
 18. Dijkshoorn H, Uitenbroek DG, Middelkoop BJC. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147(28):1362–6.
 19. Ciobanu RO, Fokkema T, Nedelcu M. Ageing as a migrant: vulnerabilities, agency and policy implications. *J Ethn Migr Stud.* 2017;43(2):164–81.
 20. Warnes AM, Friedrich K, Kellaher L, Torres S. The diversity and welfare of older migrants in Europe. *Ageing Soc.* 2004;24(3):307–26.
 21. Verhagen I, Ros WJ, Steunenberg B, Laan W, Wit NJ de. Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *Int J Equity Health.* 2014;13(1):125.
 22. Wright K. Contextualising Human Wellbeing in London and Madrid. *Int Migr Dev Hum Wellbeing.* 2012. https://doi.org/10.1057/9781137284853_3.
 23. Keijzer MCJ. Last in first out? An investigation of the regression hypothesis in Dutch emigrants in Anglophone. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2007. PhD Thesis.
 24. Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D. The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Soc Indic Res.* 2007;89(1):61–77.
 25. Nicholas LE, Brookshire RH. A system for quantifying the informativeness and efficiency of the connected speech of adults with aphasia. *J Speech Hear Res.* 1993;36(2):338–50.
 26. CITO. Raamwerk Alfabetisering NT2. Arnhem: CITO; 2008.
 27. Corsi PM. Human memory and the medial temporal region of the brain. *Diss Abstr Int.* 1972;34:819B.
 28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
 29. Tarone E, Bigelow M, Hansen K. Literacy and second language oracy. Oxford: Oxford University Press; 2009.
 30. Yoon E, Chang C, Kim S, Clawson A, Cleary SE, Hansen M, et al. A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *J Couns Psychol.* 2013;60(1):15–30. <https://doi.org/10.1037/a0030652>.
 31. Schroot R van de, Jong F de. Hervorming van zorg en ondersteuning: de vertaling van de transitie binnen de gemeente [Internet]. Vilans. 2014. http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/VILANS_ZORGTRANSITIE_DIGI.pdf. Geraadpleegd op: 24 aug 2017.