

**Denken over de Dood:**  
**de Rol van Acceptatie en Defensiviteit bij Gedachten**  
**aan de Dood bij Terminaal Zieken**

---

Tessa Wijmans (6055397)  
Universiteit van Amsterdam

Masterthese – Sociale Psychologie  
16 Januari 2014  
Begeleider: Bertjan Doosje

## Abstract

Dit onderzoek is ingegaan op de relatie tussen emoties die ervaren worden bij gedachten aan de dood en het wereldbeeld dat mensen hebben. Specifiek is gekeken naar de verschillen tussen terminaal zieken en niet-terminaal zieken. Door middel van kwantitatieve en kwalitatieve data is onderzocht of beide groepen andere emoties ervaren bij gedachten aan de dood en of dat ook samenhangt met een ander wereldbeeld. Gebleken is dat terminaal zieken minder acceptatie en meer angst ervaren, en dat ze hun wereldbeeld meer steunen dan niet-terminaal zieken. Vermoedelijk waren de terminaal zieken nog niet in de laatste fase van acceptatie ten tijde van het onderzoek. De resultaten worden besproken in relatie tot de terror management theory (TMT).

Er zijn twee zekerheden in het leven; je wordt geboren en je gaat dood. Dat elk mens overlijdt is onoverkomelijk en iedereen zal er een keer aan moeten geloven. Iedereen is zich hier bewust van. Hoe mensen met deze kennis omgaan is zeer interessant om te onderzoeken, omdat het inkijk geeft in de beslissingen en het gedrag van mensen. Er is al veel onderzoek gedaan naar de gevoelens die mensen ervaren bij gedachten aan de dood. Dit onderzoek gaat een stap verder dan eerder onderzoek door te kijken naar verschillende groepen mensen, die wel of niet geconfronteerd zijn met hun eigen sterfelijkheid.

De terror management theory (TMT, Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986) stelt dat mensen een tegenstrijdigheid ervaren als ze zich bewust zijn van het feit dat ze (ooit) zullen overlijden. Deze tegenstrijdigheid zit hem in het gegeven dat mensen levensdrift hebben en uit een evolutionair oogpunt altijd proberen te overleven. Mensen zijn, in tegenstelling tot andere levensvormen, intelligent genoeg om bewust te zijn van hun eigen sterfelijkheid en ervaren daardoor tegenstrijdigheid. Als mensen zich bewust zijn van hun dood levert dat stress op. Om op een goede manier om te gaan met deze stress, zodat mensen wel normaal verder kunnen leven, bestaan er verdedigingsmechanismen. Eén van deze verdedigingsmechanismen bestaat uit het meer steunen van het eigen wereldbeeld, waardoor mensen defensiever in het leven staan. Op deze manier leveren mensen voor hun gevoel een bijdrage aan de wereld. Dit komt ook tot uiting in hun gedrag. Mensen geven voorkeur aan hun eigen groep boven andere groepen, omdat hun eigen groep hun wereldbeeld ondersteunt. Dit kan variëren van relatief onschuldig gedrag tot discriminatie. Defensiviteit is bijvoorbeeld terug te vinden in consumentengedrag. Friese en Hofmann (2008) vonden in hun studie dat mensen die gemanipuleerd worden met denken aan hun eigen dood, lokale producten boven buitenlandse producten kiezen.

Het meeste onderzoek naar TMT is gedaan door gebruik te maken van de *mortality salience* hypothese (MS; Burke, Martens & Faucher, 2010). In onderzoeken waarbij gebruik wordt gemaakt van MS, worden mensen gevraagd aan hun eigen dood te denken. Vervolgens wordt gevraagd welke gevoelens ze daarbij ervaren. Volgens TMT is angst de emotie die het meest ervaren wordt door mensen als ze aan hun eigen dood denken. Verder ervaren mensen veelal negatieve emoties. Uit onderzoek van Klöne (2011) is gebleken dat ook positieve emoties een rol kunnen spelen bij gedachten aan de dood. Uit zijn onderzoek blijkt dat ongeveer 10% van de mensen gevoelens van acceptatie en nieuwsgierigheid ervaren. Dit is erg interessant omdat, in tegenstelling tot het ervaren van negatieve emoties, bij het ervaren van positieve emoties geen verdedigingsmechanisme nodig is. Mensen ervaren namelijk geen stress en hiervoor hoeft dus ook niet gecompenseerd te worden. Het blijkt inderdaad dat bij het ervaren van positieve emoties mensen ook minder defensief zijn (Klöne).

Waar MS alleen abstracte gedachten aan de dood manipuleert, wordt door Cozzolino (2004) op een andere manier onderzoek gedaan naar gedachten aan de dood. Zijn zelfbedachte *death reflection* is een veel specifiekere onderzoeksvorm dan MS. Bij *death reflection* wordt specifiek beschreven hoe iemands dood er concreet uit ziet. Volgens Cozzolino reageren mensen hier niet defensief op maar juist tegenovergesteld; ze maken een psychologische groei door. Hij stelt dat er sprake is van een *dual-existential system*. Een abstracte vorm van de dood activeren zorgt voor defensiviteit, terwijl een concrete manier van de dood activeren voor groei zorgt. In andere woorden: als mensen gevraagd wordt aan hun eigen dood te denken, zullen ze defensiever worden. Als mensen in concrete termen verteld wordt hoe hun dood er uit zal zien, zullen ze niet defensiever worden.

In dit onderzoek zijn we speciaal geïnteresseerd naar de emoties die terminaal zieke mensen ervaren bij gedachten aan hun eigen dood. Terminaal zieke mensen zijn namelijk geconfronteerd met het feit dat ze binnen afzienbare tijd zullen overlijden. Hierdoor zullen ze waarschijnlijk ook meer met de dood bezig zijn dan mensen die niet-terminaal ziek zijn. Er is nog maar weinig bekend over de emoties die terminaal zieke mensen ervaren bij gedachten aan hun eigen dood. Dit is echter wel van zeer grote waarde aangezien zij er vaker mee geconfronteerd worden en daarmee een hele andere groep vormen dan mensen waarnaar tot nu toe veel onderzoek is gedaan. Het is mogelijk dat TMT als theorie niet volstaat bij terminaal zieken mensen, omdat er bijvoorbeeld sprake is van gewenning aan de dood. Daarnaast hebben terminaal zieke mensen mogelijk een concretere manier van aan de dood denken. Terminaal zieke mensen weten ongeveer wanneer en hoe ze zullen overlijden. Hierdoor kunnen gedachten aan de dood voor terminaal zieken mogelijk veel specifiekere zijn dan voor niet-terminaal zieken. In deze studie wordt onderzocht welke emoties terminaal zieke mensen ervaren bij gedachten aan de dood en hoe dit samenhangt met hun wereldbeeld.

Allereerst wordt verondersteld dat terminaal zieke mensen meer acceptatie ervaren bij gedachten aan de dood en daardoor minder defensief zijn dan niet-terminaal zieke mensen. Dit wordt veroorzaakt doordat ze vaker geconfronteerd worden met hun eigen dood, waardoor er mogelijk gewenning optreedt. Hierdoor is er geen verdedigingsmechanisme nodig en is de persoon minder defensief. Bovendien verwachten we dat terminaal zieke mensen op een concretere manier aan de dood denken, aangezien zij ongeveer weten hoe en wanneer zij zullen overlijden.

Ten tweede wordt verondersteld dat niet-terminaal zieke mensen meer angst dan acceptatie ervaren bij gedachten aan de dood. De groep niet-terminaal zieke mensen zal bestaan uit deelnemers in de controleconditie en deelnemers in de vrijwilligersconditie (vrijwilligers in een hospice). Er wordt geen verschil verwacht tussen beide groepen in de emoties die ze ervaren bij gedachten aan de dood. Ondanks dat vrijwilligers vaker met de dood geconfronteerd worden dan deelnemers in de controleconditie en daardoor mogelijk meer gewend zijn aan de dood, zullen ze naar verwachting niet meer acceptatie ervaren. Ze worden namelijk niet met hun eigen dood geconfronteerd en denken hierdoor niet op een concrete, maar op een abstracte manier aan de dood. Volgens Cozzolino (2004) leidt alleen op een concrete manier aan de dood denken tot meer acceptatie.

Als laatste wordt verondersteld dat naarmate terminaal zieke mensen dichterbij hun dood komen, ze meer acceptatie ervaren. Deze hypothese is afgeleid uit de theorie van Kübler-Ross (1969). Zij stelt dat als iemand te horen krijgt uitbehandeld te zijn, deze door vijf fases gaat. Achtereenvolgens zijn dat: ontkenning, woede, onderhandelen, depressie en acceptatie. Volgens Kübler-Ross gaat ieder persoon door dezelfde fases. Daarnaast gaat een persoon niet terug in fases, maar kan deze alleen een fase vooruit. Deze theorie stelt dus dat terminaal zieke mensen eerst vier andere fases doormaken, voordat ze acceptatie ervaren.

Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve data. Terminaal zieke mensen zijn geïnterviewd en zijn gevraagd vragenlijsten in te vullen. De data voor de niet-terminaal zieke mensen is kwantitatief verzameld. Deze deelnemers zijn gevraagd een online vragenlijst in te vullen.

## **Methode**

### *Participanten*

77 mensen hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Zes deelnemers waren terminaal ziek en hoorden daarmee in de terminaal ziek conditie. 48 deelnemers waren vrijwilligers in een hospice en 23 deelnemer vielen in de controleconditie. Terminaal zieke mensen en vrijwilligers zijn gescreend via het werk van de auteur (thuiszorg). Deelnemers in de controlegroep waren bekenden van de auteur en zijn gevraagd deel te nemen. Geen van de deelnemers heeft een beloning ontvangen voor deelname.

Naast deze verzameling van data is in de analyse ook gebruik gemaakt van eerder verzamelde data. Willems (2012) heeft vergelijkbaar onderzoek verricht en de data van deze deelnemers zijn, voor zover dat mogelijk was, meegenomen in de analyse. Dit betreft acht deelnemers welke allemaal in de terminaal ziek conditie vielen. Op punten waar dit onderzoek verschilt met het onderzoek van Willems, was het niet mogelijk de data van deze deelnemers mee te nemen. Dit is aangegeven in de analyse.

In totaal komt het aantal deelnemers op 85, waarvan 14 deelnemers in de terminaal ziek conditie, 48 deelnemers in de vrijwilligersconditie en 23 deelnemers in de controleconditie. De gemiddelde leeftijd was 59,7 jaar met een minimum van 32 jaar en een maximum van 92 jaar. De groepen verschilden niet significant van elkaar op leeftijd. Van de 14 deelnemers in de terminaal ziek conditie waren 2 man (14%) en 12 vrouw (86%). Voor de vrijwilligers- en controleconditie zijn deze gegevens niet beschikbaar omdat dit niet uitgevraagd is.

## *Materialen*

Voor het meten van de afhankelijke variabelen angst en acceptatie is gebruik gemaakt van een vragenlijst ontwikkeld door Klöne (2011). Hij heeft een vragenlijst ontwikkeld die zich richt op emoties en attitudes die deelnemers ervaren als ze gevraagd worden aan hun eigen dood te denken. Hoewel Klöne de vragenlijst voor meerdere emoties en attitudes ontwikkeld heeft, wordt in dit onderzoek alleen gebruik gemaakt van de emoties angst en acceptatie. De emoties worden op een 7-puntsschaal gescoord, variërend van 1 (geheel onwaar) tot 7 (geheel waar). Angst bestaat uit 5 items: 1, 3, 5, 7 en 9<sup>1</sup>,  $\alpha > 0.92$ . Acceptatie bestaat uit 4 items: 2, 4, 6 en 8,  $\alpha > 0.90$ . Er is voor deze vragenlijst gekozen omdat deze ook in het onderzoek van Willems (2012) is gebruikt en zodoende blijft de vergelijkbaarheid met haar onderzoek het grootst.

Het meten van de afhankelijke variabele defensiviteit is op een indirecte manier gedaan. Hiervoor is gebruik gemaakt van ingroup/outgroup essays ontwikkeld door leidende TMT onderzoekers zoals Greenberg en Pyszynski. De essays zijn gratis te verkrijgen op de officiële website van TMT (<http://www.tmt.missouri.edu/>). Deze essays zijn door Klöne (2011) aangepast aan de Nederlandse situatie. Deelnemers worden gevraagd de essays te lezen en daarna de schrijver en zijn argumenten te beoordelen. Het eerste essay is in overeenstemming met het eigen wereldbeeld (nationaliteit), het tweede essay is tegenstrijdig met het eigen wereldbeeld. De schrijver wordt op een 7-puntsschaal gescoord op betrouwbaarheid, vriendelijkheid, intelligentie, kennis, validiteit en eerlijkheid, variërend van 1 (helemaal niet) tot 7 (helemaal wel). De betrouwbaarheid van de vragenlijst is goed;  $\alpha > 0.91$ . Voorbeeldvragen zijn: "In hoeverre ben je het eens met de argumenten van de

---

<sup>1</sup> De vragenlijst met de genummerde items is te vinden in de bijlagen, onderdeel II, pagina 3



schrijver?” en “Hoe intelligent denk je dat de schrijver is?”. Na afloop worden de scores van het tweede essay (outgroup) omgescoord. Defensiviteit wordt berekend door de scores van het tweede essay te verminderen met de scores op het eerste essay.

De manier waarop deelnemers aan de dood denken, abstract of concreet, is gemeten door het stellen van twee vragen: “Hoe vaak denkt u op een abstracte/globale manier aan de dood?” en “Hoe vaak denkt u op een concrete/specifieke manier aan de dood?” Deelnemers konden antwoorden op een 7-puntsschaal, variërend van 1 (helemaal niet) tot 7 (heel vaak). Voorafgaand werd in een tekst uitleg gegeven over de betekenis van abstract en concreet aan de dood denken.

Voor het interview is gebruik gemaakt van vragen bedacht door Willems (2012) onder begeleiding van Doosje. Deze vragen zijn als leidraad aangehouden en zijn niet allemaal letterlijk gesteld aan de deelnemers. Tijdens het interview zijn de onderwerpen angst, acceptatie en defensiviteit aan bod gekomen. Deelnemers kregen de mogelijkheid om tussentijds te stoppen of om te kiezen geen antwoord te geven op een specifieke vraag.

### *Codering*

Na afloop zijn de interviews gecodeerd aan de hand van een codeerschema. De thema's die zijn gecodeerd, zijn angst, acceptatie, defensiviteit, net na de diagnose versus nu en citaten. Als de deelnemer iets over deze thema's noemde, is dat aangegeven met een specifieke kleur. Het aantal keer dat het thema angst en/of acceptatie genoemd is, is genummerd. Hierdoor ontstond achteraf voor elke deelnemer een score op angst en acceptatie. Aan de hand van hoe vaak defensiviteit genoemd is, is elke deelnemer ingedeeld in lage/hoge defensiviteit. Het thema net na de diagnose versus nu is gecodeerd omdat daar mogelijk achteraf informatie uitgehaald kon worden. Als laatste zijn citaten, die ter verduidelijking in

deze tekst gebruikt zouden kunnen worden, ook aangegeven met een aparte kleur. Om codeerfouten te voorkomen, zijn de interviews door twee personen gecodeerd.

### *Procedure*

#### Kwantitatief

Deelnemers in de vrijwilligers- en controleconditie ontvingen een mail met daarin een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek. Via de link in de mail kwamen ze bij de online vragenlijst terecht. De vragenlijst bestond uit drie blokken. In blok één kregen deelnemers de vragenlijst van Klöne (2011) over emoties die ervaren worden bij gedachten aan de dood. Daarnaast is gevraagd naar de manier waarop de deelnemers aan de dood denken. In blok twee zijn de ingroup/outgroup essays aan de deelnemers voorgelegd. Om deelnemers niet in te lichten over het doel van het onderzoek, is dit geformuleerd als vragen omtrent iemands opvatting over cultuur en culturele verschillen. Tot slot zijn in blok drie enkele achtergrondvragen gesteld. Het mailadres van de auteur is gegeven, zodat deelnemers die behoefte hadden aan meer informatie, contact met haar op konden nemen. Dit was ook de mogelijkheid tot debriefing. In totaal duurde het online onderzoek ruim 10 minuten.

#### Kwalitatief

Deelnemers in de terminaal ziek conditie zijn geïnterviewd. Alvorens met het interview te starten, werden de deelnemers gevraagd het 'informed consent' formulier in te vullen. Daarbij werd verteld dat deelname geheel anoniem was en dat deelnemers vrij waren om te allen tijde te stoppen met het onderzoek. Het interview begon met een

introdactie gedeelte, waarin naar achtergrondinformatie van de deelnemers gevraagd werd. Vervolgens werd dieper ingegaan op de emoties die de deelnemers ervaarden en hoe ze in het dagelijks leven stonden. Hierna werd gevraagd naar de deelnemers' kijk op het leven. Het interview werd afgesloten met de vragen naar de manier waarop de deelnemers aan de dood denken. Na het interview werden de deelnemers gevraagd de vragenlijst over emoties die ervaren worden bij gedachten aan de dood in te vullen. Eerst werden deze stellingen voorgelegd ten tijde van de tijd net na de diagnose, daarna volgde dezelfde stellingen maar dan ten tijde van het interview zelf. Vervolgens lazen de deelnemers twee essays, waarbij na elk essay vragen werden beantwoord. De deelnemers werden debriefed door hen in te lichten over het doel van het onderzoek. Deelnemers hadden de mogelijkheid een mailadres af te geven en zodoende een samenvatting te ontvangen van het gehele onderzoek. Tijdens het hele interview werd in de gaten gehouden hoe deelnemers zich voelden en of ze in staat waren door te gaan met het onderzoek. In totaal duurde het onderzoek gemiddeld 60 minuten.

## **Resultaten**

Van de 77 personen die deel namen aan het onderzoek, hebben 23 personen het onderzoek niet afgemaakt. Hiervan zaten er 19 in de vrijwilligersconditie en 4 in de controleconditie. Deze deelnemers hebben de online vragenlijst niet volledig ingevuld en hun gegevens zijn derhalve niet meegenomen in de verdere analyses.

De acht extra deelnemers die van eerder onderzoek aan de terminaal ziekconditie zijn toegevoegd, zijn niet voor alle analyses gebruikt. In het onderzoek van Willems (2012) is er niet gekeken naar verschillen in abstract en concreet denken aan de dood. Van deze

deelnemers zijn er dan ook geen gegevens beschikbaar op deze variabelen en konden hierdoor niet meegenomen worden in de analyses over abstract/concreet denken over de dood. Aangezien op deze variabelen dus een laag deelnemersaantal is voor de terminaal ziekconditie ( $n = 6$ ), moeten de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Aan de deelnemers in de vrijwilligers- en controleconditie is ter controle gevraagd of zij wel eens in hun leven ernstig ziek zijn geweest of een ernstig ongeluk hebben gehad. Hierop reageerden 11 deelnemers in de vrijwilligersconditie en 4 deelnemers in de controleconditie positief. Allereerst zijn deze 15 deelnemers als aparte groep tegenover de terminaal ziekconditie en de deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie die geen ernstige ziekte of ongeluk hebben gehad, gezet. Uit de analyse bleek dat er geen verschillen waren tussen de groepen. Daarom is er voor gekozen om deze deelnemers niet als aparte groep mee te nemen in de dataverwerking.

Voor iedere conditie zijn de gemiddelden en de bijbehorende standaard deviaties berekend voor alle afhankelijke variabelen, zie tabel 1.

Tabel 1.

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor alle afhankelijke variabelen voor de terminaal ziek-, vrijwilligers- en controleconditie.*

	Terminaal ziek (n = 14)	Niet-terminaal ziek (n = 48)	Vrijwilligers (n = 29)	Controle (n = 19)
<b>Acceptatie</b>	2.92 (1.62)	4.41 (1.55)	4.72 (1.44)	3.95 (1.64)
<b>Angst</b>	3.31 (1.82)	2.42 (1.39)	2.19 (1.09)	2.76 (1.73)
<i>Effect</i>	-.39	2.01	2.53	1.19
<b>Ingroup voorkeur</b>	5.41 (.99)	4.83 (.79)	4.79 (.80)	4.88 (.79)
<b>Outgroup voorkeur</b>	4.10 (1.36)	4.08 (1.01)	3.98 (1.12)	4.24 (.82)
<b>Defensiviteit</b>	1.32 (1.73)	.75 (.84)	0.81 (.94)	0.64 (.68)
<b>Concreet</b>	3.67 (1.51)*	3.21(1.79)	3.72 (1.96)	2.42 (1.12)
<b>Abstract</b>	4.83 (1.47)*	4.40 (1.70)	4.90 (1.61)	3.63 (1.57)
<i>Effect</i>	-1.16	-1.19	1.18	1.21

**\*(n = 6)**

#### *Hypothese 1*

Hypothese 1 veronderstelt dat deelnemers in de terminaal ziekconditie meer acceptatie ervaren en minder defensief zijn dan deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie. Dit zou worden verklaard doordat deelnemers in de terminaal ziekconditie op een meer concrete manier aan de dood denken in tegenstelling tot deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie, die op een meer abstracte manier aan de dood denken. Om dit te toetsen is een variatieanalyse (ANOVA) uitgevoerd op de gemiddelden van acceptatie, angst en defensiviteit. met één tussen-deelnemers variabele groep (terminaal ziek versus niet-terminaal ziek). Voor de variabelen abstract en concreet is een aparte ANOVA uitgevoerd, aangezien het aantal deelnemers in de terminaal ziek conditie anders is. Alleen defensiviteit is niet normaal verdeeld:  $F(1,60) = 21.42, p < 0.01$ .

Er is een significant effect van groep op acceptatie gevonden. In tegenstelling tot de verwachting, ervaren deelnemers in de terminaal ziekconditie juist *minder* acceptatie ( $M = 2.92$ ,  $SD = 1.62$ ) dan deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie ( $M = 4.41$ ,  $SD = 1.55$ );  $F(1,61) = 9.86$ ,  $p = 0.003$ . Voor de variabele angst is net geen significant effect gevonden, maar wel een trend. Opnieuw is het patroon niet in de verwachte richting: deelnemers in de terminaal ziekconditie ( $M = 3.31$ ,  $SD = 1.82$ ) ervaren juist iets *meer* angst dan deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie ( $M = 2.42$ ,  $SD = 1.39$ );  $F(1,61) = 3.90$ ,  $p = 0.053$ . Voor de variabele defensiviteit is ook een trend gevonden. Deelnemers in de terminaal ziekconditie ervaren iets *meer* defensiviteit ( $M = 1.32$ ,  $SD = 1.73$ ) dan deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie ( $M = .75$ ,  $SD = .84$ );  $F(1,61) = 2.94$ ,  $p = 0.092$ , terwijl het tegenovergestelde effect is voorspeld. Voor de variabelen concreet en abstract zijn er geen verschillen tussen de groepen gevonden.

Alle resultaten zijn dus tegen de verwachting van hypothese 1 in. Wel lijken de resultaten overeen te komen met de theorie van TMT. Een persoon is defensiever ingesteld als deze meer angst dan acceptatie ervaart. In de discussie wordt hier verder op ingegaan.

### *Hypothese 2*

Hypothese 2 stelt dat deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie meer angst dan acceptatie ervaren. Verder wordt er gericht gekeken naar de twee niet-terminaal ziekcondities; de vrijwilligers- en de controleconditie. Verwacht wordt dat in lijn met de theorie van Cozzolino (2006) deelnemers in beide condities op een meer abstracte dan concrete manier aan de dood denken. Verder wordt verwacht dat er geen verschil is in de mate van ervaren acceptatie en angst tussen de condities, omdat ze niet verschillen in de manier waarop ze aan de dood denken.

Uit de resultaten van een Paired sample T-test komt naar voren dat deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie meer acceptatie ( $M = 4.41$ ;  $SD = 1.55$ ) dan angst ( $M = 2.42$ ;  $SD = 1.39$ ) ervaren als ze aan de dood denken,  $t(47) = 5.58$ ,  $p < 0.01$ . Dit is tegen de verwachting in. Daarnaast denken deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie meer op een abstracte manier aan de dood ( $M = 4.40$ ,  $SD = 1.70$ ) en niet op een concrete manier ( $M = 3.21$ ,  $SD = 1.79$ ),  $t(47) = -3.59$ ,  $p = 0.001$ . Dat deelnemers in de niet-terminaal ziekconditie meer op een abstracte manier aan de dood denken is volgens verwachting. Desondanks is dit niet in lijn met de theorie. Volgens de theorie zouden de deelnemers namelijk op een concrete manier aan de dood moeten denken, aangezien ze meer acceptatie dan angst ervaren.

Als we de twee groepen binnen de niet-terminaal ziekconditie vergelijken door middel van een variatieanalyse (ANOVA), zien we dat er sprake is van een trend voor acceptatie. Deelnemers in de vrijwilligersconditie ( $M = 4.72$ ,  $SD = 1.44$ ) ervaren iets meer acceptatie dan deelnemers in de controleconditie ( $M = 3.95$ ,  $SD = 1.64$ );  $t(47) = 2.94$ ,  $p = 0.093$ . Op angst verschillen de twee groepen niet van elkaar. Deelnemers in de vrijwilligersconditie verschillen niet significant van deelnemers in de controleconditie in de mate waarop ze angst ervaren. Deelnemers in de vrijwilligersconditie denken zowel meer op een concrete als meer op een abstracte manier aan de dood dan deelnemers in de controleconditie. Deelnemers in de vrijwilligersconditie scoren hoger op concreet aan de dood denken ( $M = 3.72$ ,  $SD = 1.96$ ) dan deelnemers in de controleconditie ( $M = 2.42$ ,  $SD = 1.12$ );  $F(47) = 6.88$ ,  $p = 0.010$ . Deelnemers in de vrijwilligersconditie scoren ook hoger op abstract aan de dood ( $M = 4.90$ ,  $SD = 1.61$ ) dan deelnemers in de controleconditie ( $M = 3.63$ ,  $SD = 1.57$ );  $F(47) = 7.22$ ,  $p = 0.012$ . Dit is niet in lijn met de verwachting.

### *Hypothese 3*

Hypothese 3 haakt aan op de theorie van Kübler-Ross (1969) over de fases waar een persoon doorheen gaat na gehoord te hebben terminaal ziek te zijn. Om te toetsen of een deelnemer meer acceptatie ervaart naarmate het einde nadert, is er gekeken naar de correlatie tussen het aantal maanden dat iemand al weet terminaal ziek te zijn en de acceptatie die ervaren wordt. Uit de resultaten komt een trend naar voren voor een positieve correlatie tussen deze variabelen. Het aantal maanden dat deelnemers weten dat ze komen te overlijden correleert positief met de mate van acceptatie die ervaren wordt;  $r = 0.66$ ,  $p(\text{one-tailed}) = 0.078$ . Naarmate een persoon dus langer weet dat hij/zij komt te overlijden, zal hij/zij iets meer acceptatie ervaren (zie tabel 2). Daarnaast is er een significante negatieve correlatie gevonden tussen aantal maanden en angst;  $r = -.75$ ,  $p(\text{one-tailed}) = 0.044$ . Naarmate een persoon langer weet dat hij/zij komt te overlijden, zal hij/zij minder angst ervaren. Dit is in overeenstemming met onze verwachting.

Daarnaast is met behulp van een Paired-Samples T Test gekeken of de mate van acceptatie en angst ervaren net na de diagnose verschilt van de mate van acceptatie en angst ervaren ten tijde van het interview. Uit de resultaten blijkt dat terminaal zieke mensen evenveel acceptatie ervaren net na de diagnose ( $M = 4.21$ ,  $SD = 2.43$ ) als ten tijde van het interview ( $M = 3.58$ ,  $SD = 2.16$ );  $t(5) = -0.51$ ,  $p = 0.631$ . Ook blijkt dat terminaal zieke mensen evenveel angst ervaren net na de diagnose ( $M = 2.20$ ,  $SD = 1.19$ ) als ten tijde van het interview ( $M = 3.17$ ,  $SD = 2.28$ );  $t(5) = 0.92$ ,  $p = 0.401$ . Dit houdt in dat terminaal zieke mensen niet meer acceptatie en minder angst ervaren naarmate ze langer weten terminaal ziek te zijn. Dit is dus tegen onze verwachting in. In de discussie wordt echter uitgelegd hoe



dit te verklaren is. De analyses voor hypothese 3 zijn gedaan met een deelnemersaantal van zes. Er kunnen dus geen harde conclusies aan deze resultaten verbonden worden.

### *Kwalitatieve data*

In de resultaten is tot nu toe alleen nog maar de kwantitatieve data vermeld. Doordat alleen in de terminaal ziekconditie op een kwalitatieve manier data is verzameld, kan deze data dus niet vergeleken worden tussen condities, maar alleen binnen de terminaal ziekconditie. Aangezien dit wel waardevolle gegevens zijn, mede omdat er dan meer bekend wordt over deze groep, wordt het nu apart besproken.

Voor de kwalitatieve data is door middel van een Paired sample T-test gekeken of de deelnemers verschillen in de mate waarop ze acceptatie en angst ervaren. Er is geen verschil gevonden tussen het ervaren van acceptatie en angst binnen de terminaal ziekconditie in de gecodeerde interviews. Hoewel deelnemers in de terminaal ziekconditie meer acceptatie ( $M = 5.71, SD = 4.05$ ) dan angst ( $M = 3.36, SD = 2.53$ ) ervaren, is dit geen significant verschil;  $t(13) = 1.47, p = 0.166$ . Dit komt overeen met de sfeer die heerste bij de interviews. Deelnemers leken over het algemeen veel acceptatie te ervaren, maar er was af en toe ook sprake van angst. Hieronder enkele citaten uit de interviews:

*“Ik ervaar geen angst ten opzichte van de dood. Dat is altijd al zo geweest, vanaf het moment dat ik de diagnose hoorde. Ik heb ook altijd gezegd vanaf mijn middelbare school dat ik nooit ouder zou worden dan 50. Dat was een gevoel dat ik had. Dus de diagnose kwam voor mij ook niet als een verrassing.”*

*“Ik ben soms wel bang, natuurlijk. Ik ben bang voor de manier waarop je dood zal gaan, de tijd dat het nog duurt. Onzekerheid van wat komen gaat.”*

Er zijn significante correlaties gevonden tussen de variabelen acceptatie, angst en defensiviteit in de kwalitatieve data. Acceptatie en angst hebben een significante negatieve correlatie;  $r = -0.65$ ,  $p(\text{one-tailed}) = 0.008$ . Hoe meer acceptatie een persoon ervaart, des te minder angst deze persoon ervaart. Ook is tussen acceptatie en defensiviteit een significante negatieve correlatie gevonden;  $r = -0.48$ ,  $p(\text{one-tailed}) = 0.049$ . Hoe meer acceptatie een persoon ervaart, des te minder defensief de persoon is. Als laatste is er een trend gevonden voor de positieve correlatie tussen angst en defensiviteit;  $r = 0.39$ ,  $p(\text{one-tailed}) = 0.094$ . Hoe meer angst een persoon ervaart, des te defensiever de persoon is. Ook dit is terug te vinden in citaten uit de interviews:

*“Als een diagnose die je krijgt, zo absoluut is dan hoeft dat hele verdedigingsmechanisme in jezelf helemaal niet op te treden. Ik was wel verbijsterd maar het is niet zo dat ik moeite had het te accepteren. Als iets logisch is, heeft het geen zin om het niet te accepteren.”*

*“Mijn verhaal past ook tussen de krantenartikelen en ik wilde dat graag. Ik had anderen hun artikel gelezen en dat troostte mij. Dat wilde ik voor anderen ook doen en het was een soort van afscheid. Het helpt ook, ik ga niet helemaal anoniem ten onder.”*

Al deze correlaties zijn in lijn met TMT. Als een persoon angst ervaart bij gedachten aan de dood, is deze defensiever dan als een persoon acceptatie ervaart bij gedachten aan de dood.

### *Exploratieve analyses*

Tot dusver is er vooral gekeken naar verschillen tussen de terminaal ziekconditie en de niet-terminaal ziekconditie en binnen de twee groepen van de niet-terminaal ziekconditie (vrijwilligers- en controleconditie). Omdat het ook zeer interessant kan zijn om de drie groepen met elkaar te vergelijken, is er een variatieanalyse (MANOVA) uitgevoerd op de

gemiddelden in tabel 1, zonder de kolom niet-terminaal ziek en de variabelen concreet en abstract. Box's test;  $F(12,8669) = 2.73, p = .026$  en Bartlett's test;  $F(5) = 20.33, p < 0.01$  zijn geschonden. Ook zijn niet aan de normaliteitassumpties voor angst;  $F(2,59) = 4.16, p = 0 = .02$  en defensiviteit;  $F(2,59) = 12.70, p < 0.01$  voldaan.

Conditie heeft een significant effect op de afhankelijke variabelen; Wilks' Lambda = 0,71,  $F(8,112) = 2,58, p = 0,013$ . Er is een overall effect gevonden voor acceptatie;  $F(2,59) = 6.51, p < 0.003$ . Deelnemers in de terminaal ziekconditie ( $M = 2.92, SD = 1.62$ ) ervaren minder acceptatie dan deelnemers in de vrijwilligersconditie ( $M = 4.72, SD = 1.44$ );  $p = 0.001$ . Daarnaast is er een trend gevonden voor acceptatie tussen de terminaal ziekconditie en de controleconditie;  $p = 0.063$ . Waarbij deelnemers in de terminaal ziekconditie ( $M = 2.92, SD = 1.62$ ) minder acceptatie ervaren dan deelnemers in de controleconditie ( $M = 3.95, SD = 1.64$ ). Er is geen significant overall effect gevonden voor angst, maar wel een trend  $F(2,62) = 2.80, P = 0.069$ . Deelnemers in de terminaal ziekconditie ( $M = 3.31, SD = 1.82$ ) ervaren significant meer angst dan deelnemers in de vrijwilligersconditie ( $M = 2.19, SD = 1.39$ );  $p = 0.024$ . Voor defensiviteit is er geen overall effect gevonden  $F(2,59) = 1.59, p = -0.214$ . Er is wel een trend gevonden voor defensiviteit tussen de terminaal ziekconditie en de controleconditie. Deelnemers in de terminaal ziekconditie ( $M = 1.32, SD = 1.73$ ) ervaren iets meer defensiviteit dan deelnemers in de controleconditie ( $M = .64, SD = .68$ ),  $p = 0.089$ . Dit is gedeeltelijk in lijn met de theorie. Personen die meer angst ervaren bij gedachten aan de dood, zijn defensiever. Echter blijkt uit de resultaten niet dat iemand die veel acceptatie ervaart ook minder defensief is.

Om betere uitspraken te kunnen doen over het verband tussen bepaalde variabelen en daarmee betere uitspraken over de theorie zijn de correlaties tussen de verschillende variabelen gemeten, zie tabel 2.

Tabel 2

*Correlaties van alle afhankelijke variabelen en het aantal maanden dat een deelnemer weet terminaal ziek te zijn*

	Acceptatie (n = 62)	Angst (n = 62)	Ingroup (n = 62)	Outgroup (n = 62)	Defensiviteit (n = 62)	Concreet (n = 54)	Abstract (n = 54)	Aantal maanden (n = 6)
Acceptatie	--	-.52***	.02	.05	-0.03	.16	-.01	.66*
Angst		--	0.04	-0.01	0.03	.09	.09	-.75**
Ingroup			--	.37***	.42***	.06	-.20*	.35
Outgroup				--	-.69***	.17	-.25**	.17
Defensiviteit					--	-.15	.12	.17
Concreet						--	.09	.58
Abstract							--	-.62*

\* =  $p < 0.1$

\*\* =  $p < 0.05$

\*\*\* =  $p < 0.01$

Alleen de opvallende resultaten uit tabel 2 worden besproken. Uit de resultaten komt naar voren dat abstract aan de dood denken negatief correleert met ingroup (trend) en outgroup. Hoe abstracter iemand aan de dood denkt, hoe minder deze zijn/haar eigen groep steunt en hoe minder negatief deze tegenover zijn/haar outgroup is. Er is geen verwachting uitgesproken over de relatie tussen abstract denken en ingroup/outgroup. Toch lijkt dit resultaat niet in lijn met de theorie. Volgens de theorie leidt abstract denken tot het ervaren van meer angst, wat leidt tot defensiever zijn. Mensen die defensiever zijn, zijn juiste positiever tegenover hun ingroup en negatiever tegenover hun outgroup.

Verder blijkt uit de correlatietabel (tabel 2) dat er een trend is gevonden voor de negatieve relatie tussen het aantal maanden dat een persoon al weet terminaal ziek te zijn en concreet aan de dood denken. Hoe langer iemand al weet terminaal ziek te zijn, hoe minder concreet deze aan de dood denkt. Ook hierover is geen theorie besproken.

Omdat het lijkt dat de deelnemers over het algemeen meer aangeven op een abstracte manier aan de dood te denken dan op een concrete manier, is dit getoetst door middel van een t-toets. Hieruit blijkt dat alle deelnemers inderdaad significant meer aangeven op een abstracte manier ( $M = 4.44$ ,  $SD = 1.67$ ) dan op een concrete manier ( $M = 3.26$ ,  $SD = 1.75$ ) aan de dood te denken;  $t(53) = 3.78$ ,  $p < 0.01$ . Dit wordt in de discussie verder besproken.

## Discussie

In deze studie is gekeken naar welke emoties mensen ervaren bij gedachten aan de dood en hoe dit samenhangt met hun wereldbeeld. Om dit te onderzoeken is onderscheid gemaakt tussen terminaal zieke mensen en niet-terminaal zieke mensen. Onderzocht is of terminaal zieke mensen andere emoties ervaren bij gedachten aan de dood en of hun wereldbeeld daarop is aangepast in vergelijking met niet-terminaal zieke mensen. Ook is er onderscheid gemaakt tussen twee groepen niet-terminaal zieke mensen; deelnemers in de vrijwilligers- en deelnemers in de controleconditie. Daarnaast is bij terminaal zieke mensen gekeken of zij pas in een latere fase acceptatie ervaren.

Hypothese 1 veronderstelde dat terminaal zieke mensen meer acceptatie ervaren bij gedachten aan de dood en daardoor minder defensief zijn dan niet-terminaal zieke mensen. Deze hypothese is niet uitgekomen. Sterker nog, de resultaten zijn het tegenovergestelde van wat verwacht werd. Terminaal zieke mensen ervaren juist *minder* acceptatie en *meer* angst dan niet-terminaal zieke mensen. Terminaal zieke mensen rapporteren minder gevoelens van acceptatie en meer gevoelens van angst als ze aan de dood denken dan niet-terminaal zieke mensen. Daarnaast zijn ze juist *meer* defensief dan niet-terminaal zieke mensen. Terminaal zieke mensen verdedigen hun eigen wereldbeeld dus meer dan niet-terminaal zieke mensen. Ondanks dat de resultaten niet overeenkomen met de verwachting, lijken veel van de resultaten wel overeen te komen met de onderliggende theorie. Uit de resultaten komt namelijk naar voren dat mensen die meer angst ervaren, een defensiever wereldbeeld hebben dan mensen die meer acceptatie ervaren. Dit is in lijn met de theorie van TMT. Vermoedelijk bevonden de terminaal zieke deelnemers zich tijdens deze studie nog niet in hun laatste fase van acceptatie. In dat geval is het logisch dat ze minder

acceptatie rapporteerden. Dit vermoeden is ook in lijn met de theorie van Kübler-Ross (1969) die stelt dat terminaal zieken eerst door 4 andere fasen moeten voordat ze acceptatie ervaren.

Hypothese 2 veronderstelde dat niet-terminaal zieke mensen meer angst dan acceptatie ervaren bij gedachten aan de dood. Daarnaast werd er geen verschil verwacht tussen deelnemers in de vrijwilligersconditie en deelnemers in de controleconditie voor de variabele acceptatie, angst, concreet en abstract. Deze hypothese is niet uitgekomen. Niet-terminaal zieke mensen ervaren niet meer angst maar juist *meer acceptatie* bij gedachten aan de dood. Dit is opvallend want volgens de theorie ervaren mensen meer negatieve gevoelens (angst) bij gedachten aan de dood dan positieve gevoelens (acceptatie). Daarnaast verschillen deelnemers in de vrijwilligers- en controleconditie *wel* van elkaar in de mate waarop ze acceptatie ervaren en op welke manier ze aan de dood denken. Deelnemers in de vrijwilligersconditie ervaren iets meer acceptatie dan deelnemers in de controleconditie. Dit kan verklaard worden doordat vrijwilligers mogelijk meer gewend zijn aan de dood dan deelnemers in de controleconditie. Door hun vrijwilligerswerk in een hospice worden ze vaker geconfronteerd met de dood en zijn ze er meer aan gewend waardoor ze meer acceptatie ervaren. Ten slotte denken deelnemers in de vrijwilligersconditie zowel meer op een concrete als meer op een abstracte manier aan de dood. Wederom kan dit mogelijk verklaard worden door hun werk in een hospice. Deelnemers in de vrijwilligersconditie denken überhaupt meer aan de dood en rapporteren daarom meer op een concrete *en* meer op een abstracte manier van aan de dood denken.

Hypothese 3 veronderstelde dat naarmate terminaal zieke mensen dichterbij hun dood komen, ze meer acceptatie ervaren. Deze hypothese is uitgekomen. Het blijkt dat hoe



langer mensen weten dat ze komen te overlijden, des te meer acceptatie ze ervaren ten opzichte van de dood. Hoe hoger het aantal maanden dat mensen dus al weten dat ze terminaal ziek zijn, des te meer acceptatie ze ervaren. Hieruit blijkt dat de acceptatie fase zich pas later in het proces bevindt. Mogelijk komt dit door gewenning die optreedt bij gedachten aan de dood bij een persoon die weet te komen te overlijden. Deze resultaten ondersteunen gedeeltelijk de theorie van Kübler-Ross (1969). Er kan namelijk niets met zekerheid gezegd worden over de vier fases voor de acceptatie fase.

Voor hypothese 3 is ook gekeken naar het verschil van ervaren acceptatie binnen elk persoon. Er is gebleken dat de acceptatie die men ervaarde ten tijde van het interview niet toegenomen is in vergelijking met de ervaarde acceptatie net na de diagnose. Uit deze resultaten moet dus eigenlijk geconcludeerd worden dat hypothese 3 niet uitkomt. Echter, is de manier waarop acceptatie net na de diagnose gemeten is niet betrouwbaar. Tijdens het interview is namelijk gevraagd om de vragenlijst voor acceptatie net na de diagnose in te vullen. Het is goed mogelijk dat de deelnemers niet precies meer wisten hoe ze zich toen voelden en dat de antwoorden dus vertroebeld zijn met hun gevoelens van dat moment.

De TMT lijkt in grote lijnen dus bevestigd met dit onderzoek. Mensen die meer angst ervaren ten opzichte van de dood, zijn ook defensiever in vergelijking met mensen die meer acceptatie ervaren. Dit blijkt ook uit de resultaten van de kwalitatieve data. Binnen de groep terminaal zieke mensen blijkt ook dat mensen defensiever zijn bij gevoelens van angst dan bij gevoelens van acceptatie bij gedachten aan de dood. In deze studie is dus bevestiging gevonden voor de Terror Management Theory van Greenberg, Pyszczynski, & Solomon (1986).

Over de theorie van Cozzolino (2004) zijn uit dit onderzoek geen eenduidige conclusies te trekken. De data laat tegenstrijdige resultaten zien. De groep die de minste angst ervaart, denkt ook het minst op een abstracte manier aan de dood. Echter is dit niet consistent over alle groepen en is het effect ook niet gevonden als beide variabelen positief zijn; mensen die op een abstracte manier aan de dood denken ervaren dus *niet* meer gevoelens van angst. Verder zijn er geen effecten gevonden voor de variabelen concreet en acceptatie. Mensen die op een concrete manier aan de dood denken, laten *niet* meer acceptatie zien. De theorie wordt dus niet in zijn geheel bevestigd.

De resultaten van dit onderzoek geven inzicht in het gedrag van mensen die geconfronteerd worden met hun eigen dood. Deze studie is verder gegaan dan eerder onderzoek door ook te kijken naar mensen die dagelijks geconfronteerd worden met hun eigen sterfelijkheid. De bevindingen kunnen gebruikt worden in de praktijk door het gedrag van mensen die terminaal ziek zijn, te voorspellen en te verklaren. De verschillende gevoelens die terminaal zieke mensen ervaren bij het feit dat ze komen te overlijden, voorspelt hun gedrag. Hierdoor verklaart het bijvoorbeeld waarom de ene persoon die terminaal ziek is geen contact meer wilt met anderen en de andere persoon die terminaal ziek is wel contact wilt met anderen.

Een beperking van dit onderzoek is de wijze waarop concreet en abstract denken is gemeten. Cozzolino (2004) legt in zijn theorie uit dat de dood op een abstracte/concrete manier geactiveerd moet worden. In deze studie zijn deelnemers echter achteraf gevraagd op welke manier ze aan de dood denken, in plaats van dat de wijze waarop aan de dood gedacht wordt vooraf gemanipuleerd is. Denken aan de dood is in deze studie op een abstracte manier gemanipuleerd, omdat mensen zonder specifieke manipulatie gevraagd

zijn aan de dood te denken. Mogelijk heeft de manier van manipuleren er dus voor gezorgd dat deelnemers helemaal niet op een concrete manier aan de dood gedacht hebben. Inderdaad blijkt uit de resultaten dat alle deelnemers overall significant meer aangeven op een abstracte manier aan de dood te denken. Vervolg onderzoek met een goede manipulatie van de manier waarop aan de dood gedacht wordt, is nodig om conclusies te kunnen trekken over de theorie van Cozzolino in relatie tot TMT.

Een tweede beperking van dit onderzoek is het lage aantal deelnemers. Voor sommige analyses telde de terminaal ziekconditie maar zes deelnemers. Op zijn best telde deze conditie 14 deelnemers. Voor het onderzoek werd gestreefd naar een aantal van 20. Helaas is dit door de specifieke criteria, waardoor deze groep moeilijk te benaderen is, niet gelukt. Het lage aantal deelnemers kan ervoor gezorgd hebben dat de resultaten niet aan de verwachtingen voldeden. Deze groep is nu namelijk geen representatie van terminaal zieke mensen en hierdoor kunnen de resultaten vertroebeld zijn. Daarnaast kunnen er geen harde conclusies getrokken worden uit deze resultaten, maar deze moeten als voorlopig geïnterpreteerd worden. Vervolg onderzoek met grotere deelnemersaantallen in deze richting is nodig, zodat er stellige conclusies getrokken kunnen worden.

Deze studie heeft zich maar gericht op één vorm van verdedigingsmechanismen van TMT; defensiviteit door het eigen wereldbeeld te ondersteunen. Zelfwaardering is een ander mechanisme dat mensen kan helpen om op een goede manier om te gaan met de stress die veroorzaakt wordt door de tegenstrijdigheid van levensdrift en de kennis dat iedereen zal overlijden. Mensen ervaren een hoge mate van zelfwaardering als ze leven volgens de normen en waarden van hun cultuur. Zodoende leven mensen voort, ook als ze er fysiek niet meer zijn. Dit kan zijn in gedachten van anderen maar ook doordat mensen letterlijk iets

nalaten van zichzelf. In de interviews kwam dit naar voren; het gevoel van mensen om iets van zichzelf achter te laten en zodoende niet anoniem het leven te verlaten:

*“Ik ben me er bewust van dat ik er later niet meer ben, dus dat ik nog dingen moet zeggen tegen of moet opschrijven voor mijn kinderen.”*

*“Verder heb ik nu ineens dat ik mijn studie weer op wil pakken. Gek want je investeert in iets waar je eigenlijk niets meer aan hebt.”*

Het is zeer interessant om meer onderzoek te doen naar zelfwaardering in combinatie met emoties die ervaren worden bij gedachten aan de dood. Mogelijk spelen ervaren emoties ook een rol in de zelfwaardering van mensen, net zoals ervaren emoties een rol spelen in het wereldbeeld van mensen. Mensen die veel acceptatie ervaren bij gedachten aan de dood, hebben mogelijk minder behoefte iets achter te laten van zichzelf. Dit is interessant omdat het meer inzicht geeft in het gedrag van mensen die nadenken over/geconfronteerd worden met hun eigen dood.

Iedereen komt een keer te overlijden. Hoe beangstigend deze gedachte ook kan zijn, mensen ervaren ook positieve emoties als ze met dit feit geconfronteerd worden. Uit deze studie blijkt dat terminaal zieke mensen minder acceptatie, meer angst en meer defensiviteit ervaren dan niet-terminaal zieke mensen. Als mensen horen dat ze terminaal ziek zijn, zorgt de realiteit dat ze binnenkort zullen overlijden in eerste instantie voor angst. Na een, voor elke persoon verschillende periode verandert deze angst langzaam in acceptatie. Het lijkt erop dat gewenning een grote rol speelt in het ervaren van meer positieve emoties bij gedachten aan de dood.

## Dankwoord

Bij deze wil ik iedereen die deelgenomen heeft aan dit onderzoek bedanken. Zonder hen was deze scriptie er niet geweest. In het bijzonder wil ik de personen bedanken die ik mocht interviewen. Niet alleen hebben zij mij een stap verder in mijn onderzoek geholpen, ook ervaar ik de interviews als erg waardevol. Ik heb de kijkjes in andermans leven en overtuigingen als uiterst mooi ervaren en heb er zeker zelf een hoop van geleerd.

Ook zou ik graag hospice 'het Veerhuis' willen bedanken. Vanwege hun medewerking heb ik twee inwoners mogen interviewen.

Ten slotte wil ik mijn collega's bedanken. Zonder hun inzet om deelnemers voor mij te werven was ik niet zover gekomen met mijn onderzoek. Dank daarvoor.

## Literatuurlijst

- Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review* 14(2), 155-195.
- Cozzolino, P. J., Staples, A. D., Meyers, L. S., & Samboceti, J. (2004). Greed, death, and values: From terror management to "transcendent management" theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 278-292.
- Friese, M., & Hofmann, W. (2008). What would you have as a last supper? Thoughts about death influence evaluation and consumption of food products. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1388-1394.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189-212). New York: Springer-Verlag.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., et al. (1990). Evidence for terror management theory II: The effects of mortality salience reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 308-318.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). The role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 627-637.
- Klöne, E. (2011). The bright side of death: Acceptance and curiosity in mortality salience, *Master thesis*.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106, 835-845.
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory I: The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 681-690.
- Willems, Y. A. (2012). Accepting the end? A study on the relationship between acceptance and worldview defense among terminally ill cancer patients. *Master thesis*.

## Bijlagen

### Onderdeel I.

---

#### 1. Introductie

1. leeftijd
2. beroep
3. studie
4. gezinsituatie
5. wanneer werd u geconfronteerd met een levensbedreigende diagnose?
6. wat werd er over u levensverwachting verteld?

#### 2. Emoties

Ik sta nu heel anders in het leven, in vergelijking met de tijd net na de diagnose

#### 3. Dagelijks Leven

Ik ben (altijd) bang

Ik heb vertrouwen

Mijn dagindeling nu is erg veranderd ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik ga nu heel anders met mijn vrienden om, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik ga nu heel anders met mijn familie om, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik ben nu opener tegenover nieuwe mensen, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

#### 4. Kijk op het Leven

Ik word nu gelukkig van andere dingen, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik kijk nu heel anders naar het nieuws (tv & krant), ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik kijk nu heel anders naar de Nederlandse politiek, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

Ik ben meer bezig met gebeurtenissen in de buurt, ten opzichte van de tijd vóór de diagnose

#### *Abstract/concreet aan de dood denken*

Hoe vaak denkt u op een abstracte/globale manier aan de dood

**Helemaal niet** 1    2    3    4    5    6    7    **Heel vaak**

Hoe vaak denkt u op een concrete/specifieke manier aan de dood

**Helemaal niet** 1    2    3    4    5    6    7    **Heel vaak**



## Onderdeel II.

---

### De tijd net na de diagnose

*Als ik nadenk over m'n eigen dood*

1. voel ik angst									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

2. voel ik rust									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

3. voel ik me bang									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

4. voel ik vrede									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

5. voel ik paniek									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

6. voel ik me kalm									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

*De gedachte aan m'n eigen dood*

7. is een afschrikwekkende gedachte									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

8. maakt me rustig									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

9. is eng om aan te denken									
<b>onwaar</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>waar</b>	

## Nu

*Als ik nadenk over m'n eigen dood*

1. voel ik angst

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

2. voel ik rust

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

3. voel ik me bang

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

4. voel ik vrede

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

5. voel ik paniek

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

6. voel ik me kalm

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

*De gedachte aan m'n eigen dood*

7. is een afschrikwekkende gedachte

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

8. maakt me rustig

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

9. is eng om aan te denken

**onwaar** 1 2 3 4 5 6 7 **waar**

### Onderdeel III.

---

Voor het laatste onderdeel zijn we benieuwd naar uw opvattingen over cultuur en culturele verschillen. Hieronder staan twee korte essays, waar je enkele vragen over moet beantwoorden.

#### **Essay 1**

*Lees het eerste essay en beantwoord de vragen*

Als ik een algemeen oordeel over Nederland zou moeten geven, dan kan ik alleen maar zeggen dat Nederland een prachtig land is. Vergeleken met de meeste andere landen is Nederland een land met veel vrijheid. Iedereen kan openlijk z'n mening verkondigen en religies bestaan hier naast elkaar zonder al te veel problemen. Ik vind het erg belangrijk dat bijvoorbeeld kranten ongecensureerd kunnen werken, want ik zie de media als een instrument om een pluriformiteit aan meningen te verspreiden, wat de democratie overeind moet houden. Maar vrijheid begint bij zelfbeschikking en daarom is het goed dat euthanasie mogelijk is, dat over softdrugs niet zo moeilijk wordt gedaan en dat twee mannen gewoon mogen trouwen als ze dat willen.

Nederlanders zijn over het algemeen eerlijke, nuchtere mensen. Er wordt wel veel geklaagd, maar men is vaak bereid om problemen aan te pakken. Het imago van Nederland in het buitenland is niet voor niets zo goed. Nederlanders worden terecht gezien als ondernemende, betrouwbare en vindingrijke mensen. Kijk bijvoorbeeld naar het waterbeheer en de grote waterbouwkundige werken.

Ik vind het tevens positief dat Nederland zo internationaal georiënteerd is. Nederland is een klein land, maar heeft Amsterdam als internationale wereldstad, een wereldhaven in Rotterdam en een internationaal juridisch centrum in Den Haag. Het verbaast me dan ook niks dat buitenlandse bedrijven hier graag komen. Nederland is wat mij betreft een modern westers land, op industrieel en technologisch gebied ontwikkeld, met een sterke economie, zeer goede sociale voorzieningen en een stabiel politiek bestel.

Op cultureel gebied hebben de Nederlandse schilderkunst, windmolens, tulpen, klompen, kaas, Delfts blauw en de fiets een grote aantrekkingskracht. Toeristen zullen je vaak vertellen hoe geweldig het hier is. Ze hebben het grootste gelijk, want Nederlanders mogen trots zijn op hun land en landgenoten.

## Vragenlijst

In hoeverre ben je het eens met de argumenten van de schrijver?

Niet mee eens      1      2      3      4      5      6      7      volledig mee eens

In hoeverre denk je dat de schrijver aardig is?

Niet aardig      1      2      3      4      5      6      7      erg aardig

Hoe intelligent denk je dat de schrijver is?

Niet intelligent      1      2      3      4      5      6      7      erg intelligent

In hoeverre denk je dat de schrijver betrouwbaar is?

Niet betr.      1      2      3      4      5      6      7      erg betr.

In hoeverre denk je dat de schrijver sociaal is?

Niet sociaal      1      2      3      4      5      6      7      erg sociaal

In hoeverre denk je dat de schrijver kennis over dit onderwerp heeft?

Weinig kennis      1      2      3      4      5      6      7      veel kennis

In hoeverre denk je dat de schrijver eerlijk is?

Niet eerlijk      1      2      3      4      5      6      7      erg eerlijk

In welke mate zijn de argumenten van de schrijver valide?

Niet valide      1      2      3      4      5      6      7      erg valide

In hoeverre denk je dat de schrijver slim is?

Niet slim      1      2      3      4      5      6      7      erg slim

Lees het tweede essay en beantwoord de vragen

Ik heb niks tegen religie in het algemeen, maar ik denk niet dat de islam een verrijking is voor Nederland. Ten eerste vind ik de intolerantie tegenover andersdenkenden erg stuitend. Over het christendom kun je nog wel eens wat lelijks zeggen, maar bij kritiek op de islam zijn de reacties veel heftiger. Theo van Gogh is vermoord en Wilders wordt beveiligd vanwege kritiek op de islam. Die Deense cartoonist moet vrezen voor z'n leven vanwege een spotprent!

Ik noem hier extreme voorbeelden en beweer niet dat alle moslims gelijk gewelddadig zullen worden, maar in de basis is de islam geen vredelievende godsdienst. Het zijn niet alleen gestoorde individuen, zelfs de geestelijke leiders van de islam gedragen zich regelmatig onverantwoordelijk. Het is bekend dat in Nederland regelmatig homo's worden mishandeld op straat en toch hoor je zo nu en dan weer een imam verkondigen dat homoseksualiteit een ziekte is. En wat te denken van geloofsafvalligen, die kunnen nou niet bepaald op steun van hun familie of de moskee rekenen.

Wat me erg tegenstaat is de positie van vrouwen binnen de islam. Man en vrouw horen gelijkwaardig te zijn, maar dat is binnen de islam zeker niet het geval. Vrouwen worden nog steeds uitgehuwelijkt en worden geacht dan nog maagd te zijn. Eerwraak komt zelfs in Nederland voor, maar het is nooit dat een man de familie-eer heeft geschonden, de vrouw lijkt altijd schuldig te zijn. Symbool voor deze ongelijkheid staat wat mij betreft het dragen van een hoofddoek of boerka. Het is weliswaar niet verplicht, maar de sociale druk van familie en geloofsgenoten zorgt ervoor dat veel vrouwen het gevoel hebben dat ze zichzelf moeten verbergen. Al met al denk ik dat vele islamitische Nederlanders er normen en waarden op na houden die niet erg positief zijn voor Nederland.

## Vragenlijst

In hoeverre ben je het eens met de argumenten van de schrijver?

Niet mee eens      1      2      3      4      5      6      7      volledig mee eens

In hoeverre denk je dat de schrijver aardig is?

Niet aardig      1      2      3      4      5      6      7      erg aardig

Hoe intelligent denk je dat de schrijver is?

Niet intelligent      1      2      3      4      5      6      7      erg intelligent

In hoeverre denk je dat de schrijver betrouwbaar is?

Niet betr.      1      2      3      4      5      6      7      erg betr.

In hoeverre denk je dat de schrijver sociaal is?

Niet sociaal      1      2      3      4      5      6      7      erg sociaal

In hoeverre denk je dat de schrijver kennis over dit onderwerp heeft?

Weinig kennis      1      2      3      4      5      6      7      veel kennis

In hoeverre denk je dat de schrijver eerlijk is?

Niet eerlijk      1      2      3      4      5      6      7      erg eerlijk

In welke mate zijn de argumenten van de schrijver valide?

Niet valide      1      2      3      4      5      6      7      erg valide

In hoeverre denk je dat de schrijver slim is?

Niet slim      1      2      3      4      5      6      7      erg slim

## Codeerschema

De interviews worden gecodeerd naar thema's; acceptatie, angst, defensiviteit, net na de diagnose vs nu en citaten. Elk thema wordt met een andere kleur aangegeven, zie het codeerschema.

Thema	Uitleg	Voorbeelden
<b>Acceptatie</b>	In dit thema valt alles waarin duidelijk wordt dat de geïnterviewde de ziekte/dood geheel of gedeeltelijk accepteert. Hiermee wordt bedoeld dat de persoon er niet om maalt, er weinig negatieve aandacht aan geeft en geen moeite heeft met het feit dat de diagnose er is.	Acceptatie Het is een gegeven Het is een feit Vertrouwen Het is nou eenmaal zo Geen angst/negatieve gevoelens
<b>Angst</b>	In dit thema valt alles waar de persoon aangeeft een vorm van angst te ervaren. Dit kan zijn voor de dood zelf (het er niet meer zijn) of het doodgaan (mogelijk pijnlijke dood). Mensen ervaren angst als ze een negatieve onzekerheid ervaren en bang zijn voor wat komen gaat.	Angst Bang zijn Eng Paniek Negatieve gevoelens ervaren Onwetendheid Onzekerheid
<b>Defensiviteit</b>	Dit thema dekt alles wat te maken heeft met het verdedigen van het eigen wereldbeeld. Eigen (geloofs)overtuiging/waarden/ leefstijlen etc worden verdedigd. Iets wat dichterbij de persoon staat, is belangrijker dan iets wat verder weg staat. Hier hoort ook bij dat deelnemers hun eigen groep boven anderen kiezen.	Goed gevoel over eigen wereld Voorkeur geven aan eigen omgeving Anderen benadelen Niet open staan voor anderen
<b>Net na de diagnose vs nu</b>	In dit thema vallen alle opmerking die gemaakt zijn ten opzichte van de tijd net na de diagnose. Dus toen de participant net te horen kreeg dat zij terminaal ziek was versus het moment van het interview.	Toen ik de diagnose net te horen kreeg Net na de diagnose Ten tijde van de diagnose Nu
<b>Citaten</b>	Hieronder vallen de opmerkingen van deelnemers die mogelijk gebruikt kunnen worden in het verslag. Het moet een opmerking zijn die opvalt, aangrijpt, interessant etc. is. Het moet van waarde zijn om te lezen en inzicht geven in hoe een participant zich voelt of denkt over het leven/doodgaan etc.	-