

# **Hoe kijken Nederlandse ouderen aan tegen de dood? De relatie tussen Waargenomen en Ontvangen sociale steun en doodsattituden**

**Rosalinde Buitenhuis (3666549)**

**Masterthesis**

**Datum: 09-05-2014**

**Begeleidend docent: dr. H. A. W. Schut**

## Abstract

Previous studies concerning death attitudes in relation to social support point towards an increase in death acceptance and a decrease in death anxiety when an increase in social support is found. The present study investigates death attitudes of Dutch elderly and the influence of perceived and received social support on these attitudes, an important distinction within social support not made before in this kind of research. Based on previous studies and research pointing to the importance of perceived over received social support on health, two hypotheses have been formulated. The first hypothesis states that a high degree of social support would be related to a low degree of death anxiety and a high degree of death acceptance. The second hypothesis states that this relationship would be more substantial for perceived than for received social support. Gender differences in this relationship will also be investigated. As elderly lose friends of old age, less value may be attached to life, possibly decreasing death anxiety. For women, social contacts are usually more important than they are for men, but losing a partner is more deleterious for men. It is predicted that the amount of deaths, except for the partner, is related to less death anxiety for women than for men. Losing a partner is related to less death anxiety for men than for women. Among women, death of a partner will be related to less death anxiety when they have also lost many social contacts in comparison to having lost few social contacts. To investigate these hypotheses, a total of 288 participants, aged 65 to 98 have participated in an interview. No support for the three hypotheses was found. Results showed no differences in degree of death acceptance and anxiety, in relation to a high or low degree of perceived and received social support. There also appear no differences in death anxiety between men and women, regardless of having lost their partner and/or social contacts. Perhaps the certainty of dying, especially at old age, renders the amount of social support relatively unimportant in its influence on people's death attitudes. The absence of a relationship between having lost a partner, social contacts and gender may be caused by other factors in life people still feel worth living for, so that death attitudes are not affected. Implications will be further discussed.

## **Voorwoord**

Dit onderzoek is verricht in nauwe samenwerking met medestudente Laura Verhoeven. De dataverzameling van dit onderzoek heeft in samenwerking met een groter team van studenten plaatsgevonden en het onderzoek is verricht onder begeleiding van dr. Henk Schut. Mijn dank gaat uit naar Laura Verhoeven, het onderzoeksteam, dr. Henk Schut en de respondenten die deze studie mogelijk hebben gemaakt.

## **Inleiding**

Er bestaat op deze wereld één zekerheid en dat is dat iedereen op den duur dood zal gaan. Het staat buiten kijf dat de dood voor ouderen dichterbij staat dan voor jongeren (Fortner & Neimeyer, 1999). Het is dan ook niet verwonderlijk dat zaken met betrekking tot de dood een groot deel van de zorgen van ouderen beslaan (Wass & Myers, 1982). Fortner en Neimeyer (1999) stellen dat zorgen omtrent de dood van invloed kunnen zijn op de manier waarop men leeft en het heden ervaart. Gebleken is zelfs dat zorgen omtrent de dood geassocieerd kunnen worden met meer lichamelijke en psychische problematiek onder ouderen (e.g., Besser & Priel, 2005; Wu, Tang & Kwok, 2002).

Het aantal studies naar de dood en factoren die hiermee samenhangen groeit (Tomer, 2000). Dit is van groot belang aangezien er in veel landen sprake is van een groei van het aantal ouderen binnen de populatie, zo ook in Nederland (Missler et al., 2011). Onderzoek naar de dood houdt op theoretisch niveau in dat bestaande theorieën over dood en sterven getoetst en aangepast kunnen worden, bijvoorbeeld binnen de geriatrische psychologie (Fortner & Neimeyer, 1999). Op praktisch niveau heeft onderzoek naar de dood als resultaat dat de kwaliteit van leven verbeterd kan worden voor ouderen (Fortner & Neimeyer, 1999). Kortom, het is van belang te begrijpen hoe ouderen denken over de dood en welke factoren hiermee te maken hebben. Echter, in veel onderzoek is alleen angst voor de dood als factor meegenomen (Kastenbaum, 1987) terwijl acceptatie van de dood ook een belangrijke rol zou moeten spelen (Collett & Lester, 1969; Hoelter, 1979; Lonetto & Templer, 1986; Nelson & Nelson, 1975; Ray et al., 1974). Dit, omdat aanwezigheid van angst voor de dood niet noodzakelijkerwijs afwezigheid van acceptatie ervan betekent en vice versa, maar zelfs in positief verband met elkaar kunnen staan (Ray & Najman, 1974). Dat wil zeggen dat mensen die de dood accepteren desalniettemin enige vorm van angst voor de dood kunnen blijven voelen (Ray & Najman, 1974). Dit impliceert dat onderzoek naar één van beide concepten, angst dan wel acceptatie, tekort zou schieten in zijn bevindingen omtrent attitudes jegens de dood, omdat angst voor en acceptatie van de dood wellicht onafhankelijke dimensies betreffen in plaats van elkaars tegenpolen zijn. Dit blijkt ook uit onderzoek van Wong, Reker en Gesser (1994) waarin gesteld wordt dat acceptatie van en angst voor de dood naast elkaar bestaan in plaats van elkaars tegenovergestelden zijn. Voor een volledig beeld worden daarom in dit onderzoek zowel angst voor als acceptatie van de dood bekeken. Angst voor de dood kan worden gedefinieerd als de aanwezigheid van negatieve gedachten en gevoelens omtrent de dood (Clements & Rooda, 2000). Acceptatie van de dood daarentegen, kan worden gezien als

acceptatie van de dood als realiteit en op neutrale wijze, dus noch de dood vrezen noch verwelkomen (Wong et al., 1994).

Er is veel onderzoek gedaan naar een groot aantal factoren dat samenhangt met angst voor en acceptatie van de dood. Sociale steun is een belangrijke factor gebleken in onderzoek naar attitudes jegens de dood (Lin, 2003). Voor bijna alle ouderen geldt dat ze te maken krijgen met vermindering van sociale steun (Winningham & Pike, 2007) of dat ze zelfs een tekort aan sociale steun ondervinden (Carr, Nesse & Wortman, 2006). Sociale steun netwerken kunnen bijvoorbeeld veranderen wanneer mensen met pensioen gaan, waardoor sociale contacten via werk wegvallen. Wat hier ook aan bijdraagt is het vaak verminderde vermogen tot mobiliteit, of verhuizing naar een verzorgingstehuis waardoor sociale steun of de mogelijkheid sociale contacten op te zoeken afneemt. Tevens hebben ouderen vaak te maken met de dood van de partner of vrienden en kennissen, waardoor sociale steun afneemt (Winningham & Pike, 2007). Deze veranderingen in sociale steun netwerken hebben een negatief effect op lichamelijk, cognitief en geestelijk welzijn (Winningham & Pike, 2007). Over het algemeen geldt dat ouderen die meer sociale steun ervaren, een betere gezondheid hebben, zowel lichamelijk als geestelijk (Forster & Stoller, 1992).

Naast de positieve gevolgen van sociale steun, blijkt ook uit onderzoek dat in sommige gevallen negatieve kanten bestaan omtrent sociale steun en sociale netwerken. Zo stelt Miller (2004) dat de aanwezigheid van intimiteit er gewild, maar ook ongewild, voor kan zorgen dat partners elkaar kwetsen en schade aanbrengen in de relatie. Veel van de literatuur over de negatieve aspecten van relaties, is echter vooral gericht op partnerrelaties (Baxter, 2010; Downey & Feldman, 1996; Downey, Freitas, Michaelis & Khouli, 1998; Miller, 2004; Whisman, Uebelacker & Settles, 2010). In het huidige onderzoek wordt sociale steun echter vanuit een breder aspect bekeken dat verder reikt dan alleen de (romantische) partnerrelatie. Om deze reden is besloten deze kritiek omtrent sociale steun buiten beschouwing te laten.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat sociale steun geassocieerd kan worden met attitudes jegens de dood (Kastenbaum, 1996; Neimeyer & Fortner, 1995; Swenson, 1961; Wong et al., 1994). De manier waarop ouderen sociale steun ervaren, heeft invloed op manier waarop zij de dood ervaren en hiermee omgaan. Zo blijkt uit onderzoek van Neimeyer, Currier, Coleman, Tomer en Samuel (2011) dat sociale steun negatief gerelateerd is aan angst voor de dood en positief aan acceptatie van de dood. Ook is een hogere mate van angst voor de dood gerelateerd aan minder sociale steun (Besser & Priel, 2008).

Sociale steun kan gedefinieerd worden als de ervaring dat anderen voldoen aan en oog hebben voor de behoeften van een individu (Aronson, Wilson & Akert, 2010). Dit concept

kan worden onderverdeeld in waargenomen en ontvangen sociale steun (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Wethington & Kessler, 1986). Hierbij staat waargenomen sociale steun voor de perceptie dat sociale steun gegeven wordt wanneer men dit nodig heeft en ontvangen sociale steun staat voor de daadwerkelijk gekregen steun (Norris & Kaniasty, 1996). In verschillende onderzoeken komt naar voren dat waargenomen sociale steun van groter belang is dan ontvangen sociale steun, omdat het psychische gezondheid bevordert en beschermt in tijden van stress (Norris & Kaniasty, 1996). Dit blijkt ook uit onderzoek van Wethington en Kessler (1986) gericht op het onderscheid tussen ontvangen en waargenomen sociale steun met betrekking tot gezondheid. Waargenomen sociale steun bleek ook hier een positievere invloed uit te oefenen op de gezondheid dan ontvangen sociale steun. Ook wat betreft eenzaamheid wordt gesuggereerd dat waargenomen sociale steun meer effect heeft dan ontvangen sociale steun (Pinquart & Sorensen, 2003; Wethington & Kessler, 1986). Hieruit zou logischerwijs kunnen volgen dat waargenomen sociale steun ook wat betreft attitudes jegens de dood een belangrijkere voorspeller is dan ontvangen sociale steun.

Echter, komt het onderscheid tussen deze twee vormen van sociale steun in de literatuur niet tot uiting. In veel van het onderzoek naar de relatie tussen sociale steun en attitudes jegens de dood is sociale steun slechts gedefinieerd aan de hand van waargenomen sociale steun en wordt ontvangen sociale steun niet meegenomen (e.g. Bernardon, Babb, Hakim-Larson, & Gragg, 2011; Besser & Priel, 2008; Neimeyer et al., 2011; Segrin & Domschke, 2011). Het is dus onduidelijk hoe waargenomen en ontvangen sociale steun zich tot elkaar verhouden in relatie met attitudes jegens de dood. Dit zorgt voor een incompleet beeld wat betreft de invloed van sociale steun op attitudes jegens de dood.

In het artikel van Norris en Kaniasty (1996) wordt betoogd dat waargenomen en ontvangen sociale steun niet sterk met elkaar verbonden zijn. Volgens de auteurs is er een verschil in de processen aanwezig tussen deze vormen van sociale steun, wat de geringe samenhang zou kunnen verklaren. Ontvangen sociale steun zou namelijk, in tegenstelling tot waargenomen sociale steun, onderhevig zijn aan bepaalde factoren die deze steun niet ten goede komt. Zo ligt het aan de ontvanger en de gever van sociale steun hoeveel baat de ontvanger steun heeft. Ook kan het type ontvangen sociale steun niet geschikt zijn en kan de manier waarop de steun gegeven wordt ongepast zijn. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom waargenomen sociale steun meer invloed heeft op mentale gezondheid dan ontvangen sociale steun. Dit kan als theoretische achtergrond fungeren voor de verwachting dat ook bij attitudes jegens de dood waargenomen sociale steun een sterker effect zal hebben dan ontvangen sociale steun.

Verder is veel onderzoek verricht naar sekseverschillen in relatie tot doodsattituden, angst voor de dood in het bijzonder. Een logische verwachting zou kunnen zijn dat bij vrouwen een hogere mate van angst voor de dood aanwezig is dan bij mannen. Dit, omdat de prevalentie van angststoornissen in zijn algemeenheid bij vrouwen ongeveer anderhalf keer zo hoog ligt dan bij mannen (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer & Nelson, 1993). Ook volgens Sadock en Sadock (2007) is de kans op een angststoornis groter voor vrouwen dan voor mannen. Er zijn dan ook veel studies waarin is gevonden dat vrouwen significant hoger scoren op angst voor de dood dan mannen (Lester, Templer & Abdel-Khalek, 2007; Pierce, Cohen, Chambers & Meade, 2007; Russac, Gatliff, Reece & Spottswood, 2007; Suhail & Akram, 2002). Studies die sekseverschillen onderzochten in angst voor de dood onder senioren tonen echter zelden significante verschillen aan (Russac et al., 2007). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat vrouwen tot ongeveer een middelbare leeftijd meer last hebben van psychoproblematiek, zoals depressie, dan mannen, maar dit verschil neemt af of verdwijnt zelfs op hogere leeftijd (Osborn et al., 2002). Tevens blijkt uit een studie van Fortner en Neimeyer (1999) dat sekse geen betrouwbare voorspeller is voor angst voor de dood onder ouderen. Pachana, McLaughlin, Leung, Byrne en Dobson (2012) vonden zelfs geen sekseverschillen in de mate van angst in het algemeen onder mannen en vrouwen rond de tachtig jaar.

Het lijkt er dus op dat vrouwen op jongere en middelbare leeftijd een hogere mate van angst voor de dood hebben dan mannen, maar dat dit op hogere leeftijd afneemt en hetzelfde niveau bereikt als bij mannen. Afgevraagd kan dan ook worden waardoor het komt dat deze hogere mate van angst voor de dood onder vrouwen afneemt wanneer ze ouder worden. Over het algemeen beschikken vrouwen over een uitgebreider sociaal netwerk dan mannen. Ook ontvangen ze meer sociale steun, zijn ze over het algemeen tevredener met hun vriendschappen en delen ze vaker persoonlijke zaken en hun emoties met vrienden, dan mannen (Aronson et al., 2010). Uit onderzoek van Berkman en Syme (1979) blijkt zelfs dat er een verschil is tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de gezondheid, wanneer gekeken wordt naar de mate van sociale steun. De mortaliteit is onder mannen met relatief weinig vrienden hoger dan bij mannen die meer vrienden hebben. Voor vrouwen is dezelfde samenhang gevonden, waarbij het verschil in mortaliteit tussen vrouwen die veel vrienden hebben en vrouwen die relatief weinig vrienden hebben zelfs nog groter is. Ook uit onderzoek van Antonucci en Akiyama (1987) blijkt dat zowel de kwantiteit en kwaliteit van sociale steun belangrijker zijn voor het welzijn van vrouwen dan van mannen. Zoals eerder vermeld, geldt voor bijna alle ouderen dat sociale steun afneemt met de leeftijd (Winningham & Pike,

2007). Vrouwen hebben evenwel een hogere levensverwachting dan mannen, en lopen hierdoor een grotere kans hun vrienden, kennissen, familieleden en eerder hun partner te verliezen. Gecombineerd met de bevinding dat sociale steun belangrijker lijkt te zijn voor het welzijn van vrouwen dan voor mannen (Antonucci & Akiyama, 1987; Berkman & Syme, 1979), zou dit voor oudere vrouwen een grotere klap kunnen zijn dan voor oudere mannen. Aan de andere kant blijkt dat het verliezen van de partner in het bijzonder, voor mannen ernstigere gevolgen heeft dan voor vrouwen (Joung, 1996; Martikainen & Valkonen, 1996). Een van de verklaringen daarvoor is dat vrouwen een uitgebreider sociaal netwerk hebben, zoals eerder genoemd, en dat dit het verlies van een partner gedeeltelijk op kan vangen (Feld & George, 1994). Afgevraagd kan dan worden in hoeverre een vrouw de dood van de partner nog goed kan opvangen, indien zij al veel van haar sociale netwerk is verloren met de leeftijd. Belangrijk binnen het huidige onderzoek, wanneer gekeken wordt naar sekseverschillen, is dus niet de samenhang van een lage versus hoge mate van sociale steun en angst voor de dood, maar de samenhang van afnemende of wegvallende sociale steun en angst voor de dood, inclusief de partner – en de eventuele sekseverschillen hiertussen. Wellicht ervaren vrouwen dus meer last van de wegvallende sociale steun dan mannen op hogere leeftijd – waardoor ze minder waarde gaan hechten aan het leven en de angst voor de dood dan wellicht afneemt. Aan de andere kant daalt de angst voor de dood onder mannen misschien weer harder bij het verlies van de partner dan bij vrouwen.

Aan de hand van bovenstaande onderzoeksbevindingen en redematies wordt een drietal hypothesen onderzocht, waarvan de eerste twee betrekking hebben op sociale steun in relatie tot doodsattituden. Zoals uit onderzoek van bijvoorbeeld Besser en Priel (2008) en Neimeyer et al. (2011) is gebleken, staat sociale steun in positief verband met acceptatie van de dood en in negatief verband met angst voor de dood. In dit onderzoek zal dan ook eerst worden getracht dit verband aan te tonen, waarbij verwacht wordt dat er onder ouderen meer acceptatie van de dood en minder angst voor de dood bestaat bij een hogere mate van sociale steun. Vervolgens zal hier dieper op worden ingegaan door het verband tussen doodsattituden en waargenomen en ontvangen sociale steun te onderzoeken. Zoals uit onderzoek van Norris en Kaniasty (1996) naar voren kwam dat de mate van waargenomen sociale steun van groter belang blijkt te zijn voor iemands gezondheid, kan worden onderzocht of dit ook geldt met betrekking tot attituden jegens de dood. Uit ditzelfde onderzoek van Norris en Kaniasty (1996) bleek dat waargenomen en ontvangen sociale steun relatief onafhankelijk van elkaar zijn en werden verschillende redenen aangedragen waarom ontvangen sociale steun minder invloed heeft. Op basis hiervan is de verwachting dat waargenomen sociale steun een groter

effect heeft op doodsattituden dan ontvangen sociale steun, wat zich uit in meer acceptatie van de dood dan wel minder angst voor de dood onder ouderen. De derde hypothese heeft betrekking op sekseverschillen in angst voor de dood, waarbij onder andere gekeken wordt naar het wegvallen van eerder aanwezige sociale steun. De meest absolute en onomkeerbare manier om sociale steun te verliezen is door sterfgevallen. Gebaseerd op bovenstaande onderzoeksbevindingen kan verwacht worden dat een hoger aantal sterfgevallen samenhangt met een lagere mate van angst voor de dood bij vrouwen, dan bij mannen, maar dat dit niet opgaat wanneer de partner van de man is overleden. Indien een vrouw veel vrienden, kennissen en familie om haar heen heeft verloren, zal het overlijden van de partner misschien even zwaar zijn als voor mannen. Het aantal sterfgevallen dat een individu meemaakt, hangt dus gecombineerd met het al dan niet in leven zijn van de partner, samen met een verschillende mate in angst voor de dood onder mannen en vrouwen. De derde hypothese stelt dan ook dat het aantal sterfgevallen, op de partner na, sterker negatief samenhangt met angst voor de dood onder vrouwen dan bij mannen, terwijl het overlijden van de partner samenhangt met een lagere mate van angst voor de dood onder mannen dan onder vrouwen. Tevens hangt het overlijden van de partner voor vrouwen samen met een lagere mate van angst voor de dood, wanneer zij een groter aantal sterfgevallen hebben meemaakt, dan wanneer zij een lager aantal sterfgevallen hebben meemaakt.

## **Methode**

### *Participanten*

In totaal hebben 289 Nederlandse senioren in de leeftijd vanaf 65 jaar deelgenomen aan deze studie. Besloten werd om één participant te excluderen, omdat deze psychisch niet in staat was om de vragenlijst in te vullen. De uiteindelijke groep deelnemers telde 288 participanten. De steekproef bestond voor 39.9% uit mannen en 60.1% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 77.1 jaar ( $SD = 7.70$ ) met een range van 65-97 jaar. Wat betreft de burgerlijke staat was 49.7% van de participanten gehuwd, 33.3% weduwe/weduwenaar, 7.3% alleenstaand, 5.6% gescheiden, had 1% een partnerrelatie en was 3.1% weduwe/ weduwenaar met een huidige relatie. In totaal had 85.8 % van de participanten kinderen en 79.9% had ook kleinkinderen. Bijna alle participanten, namelijk 97.6%, hadden broers en/of zussen (gehad). Het merendeel van de participanten, namelijk 91%, woonde ten tijde van het onderzoek zelfstandig. Van de resterende participanten woonde 5.2% in een zorg/verpleeghuis en 3.8% in een aanleunwoning. Wat betreft geloof was 22,2% van de participanten rooms-katholiek, 45,8%

protestants, 10,1% christelijk (niet nader gespecificeerd), 1% anders (ongespecificeerd) en 20,8% niet gelovig.

### *Design*

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van een vragenlijst. Deze vragenlijst is in de vorm van een semigestructureerd interview afgenomen in verband met de leeftijd van de participanten. De belangrijkste variabelen betroffen de doodsattituden Angst voor de dood en Acceptatie van de dood. Deze werden gemeten in relatie tot de variabelen sociale steun, **het aantal meegemaakte sterfgevallen, het al dan niet in leven zijn van de partner**, locus of control, religie, confrontatie met de dood en verlies van hechtingspersonen. In dit onderzoek **waren echter alleen de variabelen sociale steun, sterfgevallen en het al dan niet in leven zijn van de partner van belang** en werden bij de dataverwerking de variabelen locus of control, religie en confrontatie met de dood buiten beschouwing gelaten.

### *Meetinstrument*

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een samengestelde vragenlijst bestaande uit 27 items (zie Bijlage 1). Verschillende antwoordvormen voor de vragen zijn gebruikt namelijk: ja/nee vragen, open vragen en vragen die beantwoord moesten worden aan de hand van een 10-punts Likertschaal, variërend van 1 (*helemaal niet van toepassing*) tot 10 (*helemaal wel van toepassing*). Na het samenstellen van de items is in eerste instantie een pilotversie afgenomen onder 20 participanten. Op basis hiervan is de vragenlijst herzien; onduidelijkheden en vragen die lastig bleken voor ouderen zijn geherformuleerd.

De vragenlijst is samengesteld ten behoeve van vier afzonderlijke onderzoeken die parallel aan elkaar liepen en als gemeenschappelijk thema doodsattituden hadden. De reden om voor een gezamenlijke werving van participanten te kiezen was om tijd te besparen en een grotere groep participanten te kunnen realiseren. De vragenlijst was compact om participanten niet te sterk te belasten en toch zoveel mogelijk informatie te verkrijgen.

### *Achtergrondvariabelen*

De eerste vragen betroffen demografische vragen om achtergrondinformatie van de participant te verkrijgen. De volgende gegevens werden uitgevraagd: sekse, geboortedatum, burgerlijke staat, (klein)kinderen, broers/zussen, woonsituatie, gezondheid en

geloofsbeleving. De vragen betreffende geloof en gezondheid zijn op een tien-punts Likert schaal gescoord.

### *Sociale steun*

De vragen met betrekking tot sociale steun zijn door de onderzoekers zelf geformuleerd specifiek ten behoeve van dit onderzoek. De eerste vraag ging over het ontvangen van sociale steun en betrof een inschattingsvraag. Vraag twee en drie gingen over het ervaren van sociale steun en werden op een tien-punts Likert schaal gesteld. De Cronbach's alfa voor de drie vragen over sociale steun was .46. Indien het eerste item verwijderd zou worden, zou de Cronbach's alfa stijgen naar .73. Dit ligt in de lijn der verwachting, omdat Waargenomen en Ontvangen sociale steun twee verschillende constructen zijn die relatief onafhankelijk van elkaar lijken, zoals ook blijkt uit onderzoek van Norris en Kyniasty (1996). In de vragenlijst is echter slechts één vraag betreffende Ontvangen sociale steun gesteld waardoor hier geen Cronbach's alfa van berekend kon worden. De overige twee vragen hebben betrekking op Waargenomen sociale steun en vertonen dan ook een grotere samenhang wanneer Ontvangen sociale steun in de berekening van de alpha weg gelaten wordt. In het kader van het huidige onderzoek zijn de constructen Waargenomen en Ontvangen sociale steun los van elkaar gebruikt in de data-analyse en interpretatie ervan. Om deze reden is de keuze gemaakt geen items omtrent sociale steun te verwijderen.

### *Doodsattituden*

Van de vier items met betrekking tot Angst voor de dood zijn twee items gebaseerd op de 'fear of death' subschaal van de Death Attitude profile-Revised, DAP-R (Wong et al., 1994). De DAP-R wordt gezien als één van de beste meetinstrumenten om attituden jegens de dood te meten (Clements & Rooda, 1999-2000). De psychometrische kwaliteiten, waaronder de validiteit en de betrouwbaarheid, zijn goed (Clements & Rooda, 1999-2000).

De DAP-R bestaat uit 32 items, onderverdeeld in vijf subschalen ('fear of death', 'death avoidance', 'approach acceptance', 'escape acceptance' en 'neutral acceptance'). Naast het gebruik van deze vragenlijst werden twee items door de onderzoekers zelf opgesteld. Deze items betroffen angst voor de gevolgen die de eigen dood met zich meebrengt voor anderen in het algemeen en angst om iemand achter te laten voor wie men zich verantwoordelijke voelt. Alle vragen omtrent angst voor de eigen dood werden gesteld aan de hand van een tien-punts Likert schaal. De Cronbach's alfa voor deze vragen was .69. Verwijdering van items resulteert niet in een verhoging van de alfa.

Twee van de vier items met betrekking tot Acceptatie van de dood zijn eveneens gebaseerd op de Death Attitude profile-Revised (Wong et al., 1994). Deze items betroffen 'neutral acceptance' en 'escape acceptance'. De derde schaal van doodacceptatie van de vragenlijst van Wong et al. (1994), 'approach acceptance' werd niet meegenomen, aangezien deze vragen niet religie-neutraal zijn. Twee vragen werden door de onderzoekers zelf toegevoegd, namelijk in hoeverre men er vrede mee zou hebben indien men morgen dan wel op een dag dood zou zijn.

Ook de vier vragen met betrekking tot Acceptatie van de eigen dood werden gesteld aan de hand van een tien-punts Likert schaal. De Cronbach's alfa voor deze vragen was .52. Verwijdering van het laatste item resulteerde in een hogere alfa van .54. Aangezien deze verhoging niet noemenswaardig is, is besloten deze vraag niet te verwijderen.

### *Procedure*

De participanten werden geworven en geïnterviewd binnen een tijdsbestek van vier weken in de periode van week 44 tot en met week 47 in 2013. De participanten zijn geworven binnen zorginstellingen, aanleunwoningen en zelfstandige woningen in de Nederlandse plaatsen Utrecht, Amersfoort, Houten, Maarssen, Maarn, Soestdijk, Breda, Bavel, Teteringen, Elst, Huissen, Schoonhoven, Gieten en Ermelo. Wat betreft participanten die geworven werden binnen een zorginstelling, werd eerst schriftelijk toestemming gevraagd aan de directie van de betreffende instelling. (Zie voor de toestemmingsbrief Bijlage 2). Tevens ging de onderzoeker zelf huis-aan-huis langs, of werd telefonisch contact opgenomen om te informeren of de bewoner(s) interesse had(den) in deelname aan het onderzoek. Bij interesse werd het interview ofwel direct afgenomen, of werd een afspraak gepland. Interviews werden mondeling afgenomen en vonden niet telefonisch plaats. Voorafgaand aan het interview werd door de participant tweemaal een toestemmingsverklaring ondertekend, één voor de onderzoeker en één voor de geïnterviewde. In deze toestemmingsverklaring werd de anonimiteit van het onderzoek benadrukt en werd vermeld dat de participant te allen tijde en zonder opgave van redenen te kunnen stoppen met het interview (zie voor de toestemmingsverklaring Bijlage 3). Tijdens de werving werden ongeveer negenhonderd mensen benaderd, waarbij ongeveer zeshonderd keer geweigerd werd om deel te nemen aan het onderzoek. De voornaamste redenen hiervoor waren: gebrek aan tijd, ziekte of rouw, een te beladen onderwerp, gebrekkig Nederlands of weigering het toestemmingsformulier te tekenen. De exclusiecriteria waren gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal (de participant diende goed Nederlands te spreken en te verstaan), de impressie van het psychisch

welbevinden (de participant diende de duur en intensiteit van het interview mentaal aan te kunnen) en de leeftijd (mensen onder de 65 jaar konden niet deelnemen aan deze studie).

De duur van het interview varieerde van drie kwartier tot ruim twee uur, afhankelijk van de mate waarin de participant geneigd was uitgebreid te antwoorden en de onderzoeker daar de ruimte voor gaf. Door de onderzoekers werd getracht zorgvuldig om te gaan met de participant in kwestie, indien nodig werd uitleg verschaft en doorgevraagd. Aan de participanten werd de gelegenheid geboden om het interview in twee sessies te laten plaatsvinden wanneer daar aanleiding toe was. Hiervoor is gekozen om het onderzoek zo comfortabel mogelijk te laten verlopen voor de participant. Er is echter geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Na het invullen van de vragenlijst werd de toestemmingsverklaring en de vragenlijst van elkaar gescheiden om de anonimiteit van de participant te waarborgen. De geïnterviewde werd gevraagd of hij/zij geïnteresseerd was in het schriftelijk ontvangen van de onderzoeksresultaten na afloop van het onderzoek. Ten slotte kreeg de geïnterviewde een presentje als dankbetuiging voor de deelname aan het onderzoek.

## **Resultaten**

### *Beschrijvende statistieken*

In het huidige onderzoek werden de variabelen Ontvangen sociale steun en Waargenomen sociale steun als onafhankelijke variabelen beschouwd en de variabelen Angst voor de dood en Acceptatie van de dood als afhankelijke variabelen. Met betrekking tot de derde hypothese werden de variabelen aantal sterfgevallen, het al dan niet in leven zijn van de partner en sekse beschouwd als onafhankelijke variabelen en Angst voor de dood als afhankelijke variabele. Voor het toetsen van de hypothesen zijn deze variabelen daarom ook als zodanig behandeld. De gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen Waargenomen en Ontvangen sociale steun en Angst voor en Acceptatie van de dood zijn terug te vinden in Tabel 1.

Binnen de variabele Ontvangen sociale steun leek een aantal participanten een afwijkend antwoord gegeven te hebben ten opzichte van de antwoorden van het merendeel van de participanten. Deze zogenaamde uitschieters zouden een onevenredig effect op de resultaten kunnen uitoefenen waardoor een vertekening op zou kunnen treden. Voor het verwijderen van uitschieters is een criterium van 3 SD gehanteerd. De antwoorden van zeven participanten bleken aan dit criterium te voldoen waardoor hun antwoord op de vraag betreffende Ontvangen sociale steun niet mee is genomen in de verdere analyses.

Tabel 1. *Gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen Waargenomen en Ontvangen sociale steun en Angst voor en Acceptatie van de dood.*

	N	Gemiddelde	SD
Waargenomen sociale steun	287	7.56	1.67
Ontvangen sociale steun	278	6.85	4.69
Angst voor de dood	288	3.21	1.93
Acceptatie van de dood	288	7.61	1.70

### *Hoofdanalyses*

De eerste hypothese stelde dat er onder ouderen meer Acceptatie van de dood en minder Angst voor de dood bestaat bij een hogere mate van sociale steun. In het huidige onderzoek zijn er twee operationalisaties van sociale steun gehanteerd, namelijk Ontvangen en Waargenomen sociale steun. Er kon voor beide constructen dan ook een splitsing worden gemaakt bij het onderzoeken van deze hypothese. Onderzocht werd of er onder ouderen meer Acceptatie van de dood en minder Angst voor de dood bestaat bij een hogere mate van Ontvangen sociale steun, dan wel Waargenomen sociale steun.

Er is sprake van een negatieve significante correlatie tussen Angst voor de dood en Acceptatie van de dood ( $r = -.341, p = .000$ ). Dit betekent dat een hogere mate van Acceptatie van de dood matig samenhangt met een lagere mate van Angst voor de dood en vice versa. Tevens is er een significante positieve correlatie waarneembaar tussen Ontvangen sociale steun en Waargenomen sociale steun ( $r = .386, p = .000$ ). Hierbij is er sprake van een matige samenhang waarbij Ontvangen sociale steun stijgt als Waargenomen sociale steun stijgt en andersom. Tussen de variabelen Waargenomen sociale steun en Ontvangen sociale steun enerzijds en Angst voor en Acceptatie van de dood anderzijds zijn echter geen significante correlaties gevonden. Dit is in tegenstelling met de eerste hypothese. De correlaties zijn te zien in Tabel 2.

Tabel 2. *Correlatie matrix.*

	1	2	3	4
Waargenomen sociale steun (1)	-			
Ontvangen sociale steun (2)	.386*	-		
Angst voor de dood (3)	.102	.000	-	
Acceptatie van de dood (4)	.046	.003	-.341*	-

Noot. \*  $p \leq .01$

Vervolgens zijn ANOVA's uitgevoerd om te toetsen of er verschillen bestaan tussen een lage mate van sociale steun en een hoge mate van sociale steun op Angst voor en Acceptatie van de dood. Hierbij is er eveneens onderscheid gemaakt tussen Ontvangen en Waargenomen sociale steun en zijn beide variabelen geclusterd in laag en hoog. Voor het clusteren van deze variabelen is gebruik gemaakt van een mediaan splitsing. Hierdoor ontstonden voor Waargenomen en Ontvangen sociale steun ongelijke groepen. Om te controleren of de ongelijke verdeling van invloed was op de homogeniteit van variantie is er gekeken naar de Levene's Test, welke niet significant bleek.

Ten eerste is een ANOVA uitgevoerd met als onafhankelijke variabele Ontvangen sociale steun en de afhankelijke variabelen Angst voor de dood en Acceptatie van de dood. Hieruit kwamen geen significante resultaten. Er blijkt geen significant verschil voor de mate van Angst voor en Acceptatie van de dood tussen een hoge en lage mate van Ontvangen sociale steun. Ten tweede is een ANOVA uitgevoerd met als onafhankelijke variabele Waargenomen sociale steun en als afhankelijke variabelen Angst voor de dood en Acceptatie van de dood. Ook hier kwamen geen significante resultaten naar voren. Hieruit blijkt geen significant verschil voor de mate van Angst voor en Acceptatie van de dood tussen een hoge en lage mate van Waargenomen sociale steun. Vervolgens is een ANOVA uitgevoerd waarbij Ontvangen en Waargenomen sociale steun zijn geclusterd in drie groepen: hoog, midden en laag. Dit om de eventuele aanwezigheid van curvilineariteit na te gaan. Hierdoor ontstonden wederom voor Waargenomen en Ontvangen sociale steun ongelijke groepen. Ook bij deze analyse was Levene's Test niet significant, de ongelijke verdeling was dus niet van invloed op de homogeniteit van variantie. Wederom kwamen er geen significante resultaten naar voren. Er blijkt dus geen significant verschil tussen een lage, middelmatige of hoge mate van beide vormen van sociale steun op Angst voor en Acceptatie van de dood.

Tevens is gecontroleerd voor ruis. Een aantal variabelen kwam in aanmerking om mee te nemen als covariaat in de analyse van Ontvangen en Waargenomen sociale steun en Angst voor en Acceptatie van de dood. Dit waren leeftijd, gezondheid, partner in leven, beperkingen en al dan niet gelovig zijn. Geen van deze variabelen bleken echter het effect van Ontvangen en Waargenomen sociale steun op Angst voor en Acceptatie van de dood te beïnvloeden.

De huidige resultaten omtrent de invloed van de sociale steun variabelen op Angst voor en Acceptatie van de dood bieden geen onderbouwing voor de eerste hypothese. Op basis van deze resultaten kan gezegd worden dat Ontvangen en Waargenomen sociale steun geen invloed uitoefenen op Angst voor en Acceptatie van de dood onder ouderen.

In de tweede hypothese werd gesteld dat Waargenomen sociale steun een grotere

invloed op doodsattituden heeft dan Ontvangen sociale steun, wat zich zou uiten in meer Acceptatie van en minder Angst voor de dood. Bij het toetsen van de eerste hypothese is er afwezigheid van een significant effect van Waargenomen en Ontvangen sociale steun op Angst en Acceptatie van de dood vastgesteld. Om deze reden is het niet relevant eventuele verschillen in effecten van Ontvangen en Waargenomen sociale steun te onderzoeken en wat dit zou betekenen voor Angst voor en Acceptatie van de dood, omdat Ontvangen en Waargenomen sociale steun überhaupt geen effect blijken te hebben. Hierdoor is er geen ondersteuning voor de tweede hypothese gevonden.

De derde hypothese heeft betrekking op sekseverschillen in mate van Angst voor de dood en de invloed van het aantal sterfgevallen dat iemand heeft meegemaakt en het al dan niet in leven zijn van de partner. Deze hypothese stelt dat het aantal sterfgevallen, op de partner na, sterker negatief samenhangt met Angst voor de dood onder vrouwen dan bij mannen, terwijl het overlijden van de partner samenhangt met een lagere mate van Angst voor de dood onder mannen dan onder vrouwen. Tevens hangt het overlijden van de partner voor vrouwen naar verwachting samen met een lagere mate van Angst voor de dood wanneer zij een groter aantal sterfgevallen hebben meegemaakt dan wanneer zij een lager aantal sterfgevallen hebben meegemaakt.

Voor het toetsen van deze hypothese is gebruik gemaakt van een drieweg ANOVA. Hierin zijn het aantal sterfgevallen, het al dan niet in leven zijn van de partner en sekse ingevoerd als onafhankelijke variabelen en is Angst voor de dood beschouwd als afhankelijke variabele. Het aantal sterfgevallen is geclusterd in hoog en laag. Voor het clusteren van deze variabele is gebruik gemaakt van een mediaan splitsing. Hierdoor ontstonden ongelijke groepen. om te controleren of de ongelijke verdeling van invloed was op de homogeniteit van variantie is er gekeken naar de Levene's Test, welke niet significant bleek.

Uit de analyse kwamen geen significante resultaten naar voren. Het aantal sterfgevallen, het al dan niet in leven zijn van de partner en sekse hadden volgens de huidige data geen invloed op Angst voor de dood. Ook onder vrouwen alleen bleek er geen interactie-effect van het aantal sterfgevallen dat zij hadden meegemaakt met het al dan niet in leven zijn van de partner, op Angst voor de dood. Verder zijn er geen interactie-effecten gevonden tussen het al dan niet in leven zijn van de partner, het aantal meegemaakte sterfgevallen en sekse op Angst voor de dood. Dezelfde analyses zijn uitgevoerd waarbij het aantal sterfgevallen is geclusterd in drie groepen: hoog, midden en laag, om een eventueel curvilineair verband te toetsen. Hierdoor ontstonden wederom voor deze variabele ongelijke groepen. Levene's Test was echter ook bij deze analyse niet significant, waaruit blijkt dat de

ongelijke verdeling dus niet van invloed was op de homogeniteit van variantie. Ook uit deze analyse kwamen geen significante resultaten uit naar voren. Er zijn binnen het huidige onderzoek dus geen significante verschillen gevonden in Angst voor de dood tussen mannen en vrouwen. Het aantal sterfgevallen en het al dan niet meer in leven zijn van de partner had hier eveneens geen significante invloed op. De huidige resultaten bieden dus geen ondersteuning voor de derde hypothese.

Tot slot is een aantal andere variabelen meegenomen in ANOVA's om de invloed hiervan op Angst voor en Acceptatie van de dood te onderzoeken. Gekeken is naar sekseverschillen, het hebben van kinderen, leeftijd, gezondheid, last van eventuele beperkingen, partner al dan niet nog in leven en het al dan niet religieus zijn. Geen van deze variabelen bleek van invloed op de mate van Angst voor of Acceptatie van de dood, op het al dan niet hebben van kinderen na. Het verschil tussen de groepen met en zonder kinderen was vrij groot. Levene's Test bleek echter niet significant, waaruit blijkt dat de ongelijke verdeling dus niet van invloed is op de homogeniteit van variantie. Uit de ANOVA bleek een significant effect van het hebben van kinderen op Angst voor de dood,  $F(1, 286) = 4.95, p < .05$ . Wanneer men kinderen had, was er een significant hogere mate van Angst voor de dood ( $M = 3.32, SD = 1.96$ ) dan wanneer men geen kinderen had ( $M = 2.6, SD = 1.65$ ). Deze gemiddelden zijn terug te vinden in Tabel 3.

Tabel 3. *Gemiddelden mate Angst voor de dood in relatie tot het (niet) hebben van kinderen.*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Wel kinderen	3.32	1.96
Geen kinderen	2.6	1.65

Eventuele sekseverschillen op Ontvangen en Waargenomen sociale steun zijn onderzocht door middel van een ANOVA. Hier kwam geen significant resultaat uit. Uit de huidige resultaten blijkt dus dat er geen sekseverschillen zijn tussen de gerapporteerde mate van Ontvangen en Waargenomen sociale steun.

## Discussie

In de huidige studie is onderzocht hoe ouderen tegen de dood aankijken en welke invloed sociale steun hierop heeft. Voor de doodsattituden is een splitsing gemaakt in angst voor de dood en acceptatie van de dood. Ook sociale steun is opgesplitst, namelijk in ontvangen sociale steun en waargenomen sociale steun. Om de eventuele invloed van sociale steun op doodsattituden te onderzoeken zijn twee hypothesen opgesteld. De eerste hypothese stelt dat er onder ouderen meer acceptatie van de dood en minder angst voor de dood bestaat bij een hogere mate van sociale steun. Deze hypothese is gebaseerd op onderzoek waaruit blijkt dat sociale steun samenhangt met een lagere mate van angst voor de dood en een hogere mate van acceptatie van de dood (Besser et al., 2008; Neimeyer et al., 2011). Getracht werd dit verband te bevestigen alvorens dieper in te gaan op verschillende invloeden van sociale steun op angst voor en acceptatie van de dood. Uit onderzoek van Norris en Kaniasty (1996) blijkt dat de mate van waargenomen sociale steun van groter belang is voor iemands gezondheid dan ontvangen sociale steun. Wellicht dat dit verband doorgetrokken zou kunnen worden naar een invloed op doodsattituden. Op basis hiervan veronderstelt de tweede hypothese dat waargenomen sociale steun een grotere invloed op doodsattituden heeft dan ontvangen sociale steun, wat zich zou uiten in meer acceptatie van en minder angst voor de dood.

De derde hypothese heeft betrekking op sekseverschillen in mate van angst voor de dood en de invloed van het aantal sterfgevallen dat iemand heeft meegemaakt en het al dan niet in leven zijn van de partner. Het aantal sterfgevallen, op de partner na, zou naar verwachting sterker negatief samenhangen met angst voor de dood onder vrouwen dan onder mannen, terwijl het overlijden van de partner zou samenhangen met een lagere mate van angst voor de dood onder mannen dan onder vrouwen. Dit werd verwacht op basis van literatuur waaruit blijkt dat het sociale netwerk voor vrouwen van groter belang is voor de gezondheid dan voor mannen (Antonucci & Akiyama 1987). Wellicht dat het wegvallen met de leeftijd van sociale contacten van grote invloed zou zijn op vrouwen dan op mannen, wat zich zou vertalen in een verminderde mate van angst om te sterven. Het is mogelijk dat dit een reden is waarom angst voor de dood onder vrouwen op hogere leeftijd afneemt en op hetzelfde niveau komt als dat van mannen. Voor mannen werd verwacht dat het overlijden van de partner zou samenhangen met een verminderde mate van angst voor de dood. Uit literatuur komt namelijk naar voren dat het overlijden van de partner ernstigere gevolgen heeft voor mannen dan voor vrouwen (Joung, 1996; Martikainen & Valkonen, 1996). Tevens werd verwacht dat het overlijden van de partner voor vrouwen samenhangt met een lagere mate van angst voor de

dood wanneer zij een groter aantal sterfgevallen hebben meegemaakt dan wanneer zij een lager aantal sterfgevallen hebben meegemaakt. Dit werd verwacht op basis van onderzoek waaruit blijkt dat vrouwen een uitgebreider sociaal netwerk hebben, dat het verlies van de partner gedeeltelijk op kan vangen (Feld & George, 1994). Indien dit netwerk weg zou vallen, zou het overlijden van de partner wellicht even zwaar zijn voor vrouwen als voor mannen.

Het huidige onderzoek is, voor zover bekend, het eerste onderzoek waarbij zowel het effect van waargenomen sociale steun als het effect van ontvangen sociale steun onderzocht is in combinatie met doodsattituden. De bevindingen die in dit onderzoek naar voren komen hebben dan ook zowel belangrijke theoretische als praktische implicaties.

Met betrekking tot de eerste hypothese is er geen significant verschil gevonden tussen een hoge en een lage mate van sociale steun op angst voor en acceptatie van de dood. Dit geldt voor zowel ontvangen als waargenomen sociale steun. Gezien dit resultaat is er geen ondersteuning voor de eerste hypothese gevonden. De tweede hypothese stelt dat waargenomen sociale steun een grotere invloed op doodsattituden heeft dan ontvangen sociale steun, wat zich zou uiten in meer acceptatie van en minder angst voor de dood. Er is echter geen invloed gevonden van zowel waargenomen als ontvangen sociale steun op angst voor en acceptatie van de dood waardoor in het huidige onderzoek geen ondersteuning voor deze hypothese gevonden wordt. Van de demografische variabelen blijkt uitsluitend het hebben van kinderen samen te hangen met een hogere mate van angst voor de dood.

Het is opvallend dat in het huidige onderzoek geen relatie gevonden is van waargenomen en ontvangen sociale steun met angst voor en acceptatie van de dood, aangezien dit in tegenspraak is met vrijwel al het eerdere onderzoek. In de literatuur wordt veelal een bevestiging gevonden op de vraag of sociale steun van invloed is op hoe mensen aankijken tegen de dood, waarbij blijkt dat meer sociale steun minder angst voor en meer acceptatie van de dood tot gevolg heeft (Neimeyer et al., 2011). Afgevraagd kan worden waarom dit in het huidige onderzoek niet gevonden wordt. Ook dient aandacht geschonken te worden aan de invloed die het hebben van kinderen blijkt te hebben op angst voor de dood. De vraag die dus gesteld kan worden is wat de resultaten op theoretisch en conceptueel niveau betekenen.

De mogelijkheid bestaat dat ouderen de dood noch vrezen noch accepteren omdat de dood een vaststaand feit is. De dood is niet iets wat men zelf kan bepalen of waar men invloed op uit kan oefenen. Het maakt simpelweg deel uit van het leven, of dit nu geaccepteerd wordt of niet. Het al dan niet ontvangen of waarnemen van sociale steun heeft daarom wellicht geen invloed op doodsattituden. Tekenend zijn dan ook de antwoorden van bijna iedere participant

op de vraag of men de naderende dood accepteert: “Ja, er valt niet zoveel aan te accepteren, toch? Het is gewoon zo. Je hebt geen keuze.”

In het huidige onderzoek bleek acceptatie van de dood echter hoger te zijn dan angst voor de dood. Tevens is er sprake van een negatieve relatie tussen angst voor en acceptatie van de dood. Wellicht hebben ouderen het gevoel lang genoeg geleefd te hebben en klaar zijn om te sterven (Kalish, 1976). Dit bleek ook uit opmerkingen die door veel participanten tijdens de huidige studie gemaakt werden waarmee de tevredenheid en voltooidheid van het leven geuit werden, bijvoorbeeld “Het goed is zo” en “Ik heb geen haast om dood te gaan, maar het mag komen.” Waargenomen en ontvangen sociale steun bleken hier echter geen rol meer bij te spelen. Dit zou in zekere zin als een logisch gevolg kunnen worden gezien. Dit, omdat de dood voor ouderen dichterbij staat dan voor jongeren en zij zich steeds meer zijn gaan beseffen dat de dood onvermijdelijk is. Het al dan niet hebben van sociale steun verandert de situatie niet en men zal hoe dan ook op een dag doodgaan. Wellicht zal hierdoor de mate van sociale steun dan ook geen invloed hebben op de acceptatie van de dood onder ouderen.

Dit verklaart echter nog niet waarom in eerder onderzoek wel een relatie tussen sociale steun en doodsattituden gevonden is en in het huidige onderzoek niet. Hierbij zou onder andere gekeken kunnen worden naar de participantengroep om het verschil in resultaten te kunnen verklaren. In de studie van Neimeyer et al. (2011) bestaat de participantengroep bijvoorbeeld uit hospice patiënten die allen niet langer dan 6 maanden te leven hadden. Verwacht kan worden dat men een andere kijk op de dood aanneemt wanneer de dood voor de deur staat dan wanneer men relatief gezond is en nog een aantal jaar te leven heeft. Desalniettemin kan hiermee nog steeds het verschil in resultaat niet volledig verklaard worden omdat niet in elke studie gebruik is gemaakt van een participantengroep bestaande uit hospice patiënten, maar net als in het huidige onderzoek gebruik is gemaakt van willekeurig geselecteerde ouderen. Wellicht dient een verklaring voor het verschil in resultaat elders gezocht te worden.

Literatuur omtrent attituden jegens de dood en sociale steun is afkomstig uit velerlei landen, bijvoorbeeld uit de Verenigde Staten (Neimeyer et al., 2011) en Israël (Besser & Priel, 2008). Een groot contrast wat hierbij aangegeven kan worden tussen deze landen onderling is het verschil in zorgstelsel, iets waar veel ouderen vroeg of laat mee te maken krijgen. Zo is men in Nederland op zijn of haar oude dag over het algemeen verzekerd van passende zorg en ook op financieel gebied wordt men ondersteund. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld is de zorg heel anders geregeld dan in Nederland. Zo is adequate zorg voor velen in de Verenigde

Staten niet gegarandeerd. Het is dus de taak van de persoon zelf en zijn of haar naasten om in deze behoefte te voorzien. Hierdoor kan zorg, en vooral bij een gebrek hieraan, ook meer zorgen met zich meebrengen wat van invloed kan zijn op hoe men zijn of haar laatste jaren tegemoet gaat. Wanneer steun vanuit de overheid niet of in mindere mate geboden wordt, gaat sociale steun wellicht een grotere rol spelen om alsnog in de behoeften van een oudere te kunnen voorzien. Wanneer zowel zorg als sociale steun niet gegarandeerd zijn zullen iemands zorgen wellicht oplopen, wat zo ook van invloed op iemands kijk op de dood kan zijn. Verzekerd zijn van sociale steun is dus misschien belangrijker in relatie tot angst voor en acceptatie van de dood, wanneer steun door de overheid nauwelijks geboden wordt.

In het huidige onderzoek heeft sociale steun wellicht minder effect op doodsattituden, omdat velerlei zaken, waaronder de zorg, in Nederland goed geregeld zijn. Hierdoor hoeft men niet terug te vallen op zijn of haar naasten. Dit kwam ook naar voren uit de antwoorden van participanten wanneer hen gevraagd werd of zij het idee hebben voldoende mensen om zich heen te hebben en belangrijke dingen met hen kunnen bespreken. Hierbij werd vaak door participanten aangegeven dat ze niemand nodig hebben en zichzelf nog goed kunnen redden. Wellicht dat sociale steun voor ouderen in Nederland een minder belangrijke rol speelt dan in andere landen, bijvoorbeeld de Verenigde Staten, vanwege het huidige zorgstelsel.

Na het toetsen van de hypothesen omtrent de invloed van waargenomen en ontvangen sociale steun op doodsattituden, werd de hypothese met betrekking tot sekseverschillen getoetst. Uit de resultaten bleek er geen verschil in de mate van angst voor de dood tussen mannen en vrouwen. Het aantal sterfgevallen en het al dan niet meer in leven zijn van de partner had hier eveneens geen invloed op. In het huidige onderzoek is er dus geen ondersteuning voor de derde hypothese gevonden.

Het aantal sterfgevallen dat een individu heeft meegemaakt hing niet samen met een lagere mate van angst voor de dood onder vrouwen dan onder mannen. Een eerste verklaring hiervoor kan zijn dat het afnemen van sociale contacten en/of het wegvallen van de partner niet voldoende hoeft te zijn voor ouderen om de gehechtheid aan het leven te verliezen. Er kunnen tal van andere factoren aanwezig zijn dat het leven voor een individu waardevol houdt. Dit sluit aan op de eerdergenoemde bevinding binnen het huidige onderzoek dat het hebben van kinderen samenhangt met een hogere mate van angst voor de dood dan het niet hebben van kinderen. Het is mogelijk dat dergelijke stabiele en betekenisvolle factoren in het leven van een oudere deze persoon genoeg -motiveren nog zo lang mogelijk te willen leven, zelfs wanneer hij of zij contacten of zijn of haar partner verliest. Gedacht zou bijvoorbeeld kunnen worden, naast het hebben van kinderen, aan het langdurig verzorgen van een ander,

lidmaatschap aan een vereniging waar hij of zij erg betrokken bij is of andere stabiele, voor die persoon betekenisvolle, factoren. Een andere verklaring voor het uitblijven van een samenhang tussen wegvallende contacten en angst voor de dood, zou kunnen zijn dat naast het wegvallen van sociale contacten met de leeftijd, andere sociale contacten op de voorgrond treden. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan hulp in de huishouding en thuiszorg. Het zou goed mogelijk kunnen zijn dat ouderen iedere week weer opnieuw uitkijken naar de persoon die daarvoor bij hen langskomt. Dit compenseert het verlies van vrienden, familie en kennis waarschijnlijk niet, maar biedt mogelijk een mate van vastigheid in steun door het routinaire contact dat ouderen met deze personen hebben, wat wellicht een deel van de eenzaamheid doorbreekt. Uit een studie van Litwin (2004) blijkt dat het type sociale netwerk dat ouderen reeds hebben samenhangt met het al dan niet gebruik maken van formele zorginstellingen zoals thuiszorg. Ouderen met een kleiner of zwakker (informeel) sociaal netwerk maken vaker gebruik van formele zorginstellingen dan ouderen met een uitgebreid sociaal netwerk. Tevens blijkt uit onderzoek van Hautsalo, Rantanen en Astedt-Kurki (2012) dat ouderen rapporteerden sociale steun te ontvangen van de thuiszorg en dat zij tevreden waren over de sociale steun die zij hiervan ontvingen.

Ten slotte is het mogelijk dat het hebben van sociale contacten belangrijker wordt voor mannen met de leeftijd, waardoor de relevantie van sociale contacten voor mannen en vrouwen hetzelfde niveau bereikt. Uit onderzoek blijkt dat met de leeftijd het belang van sociale contacten toeneemt (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen & Guralnik, 1987; Sherbourne, Meredith, Rogers & Ware, 1992; Shor, Roelfs & Yogev, 2013). Wellicht dat het hebben van sociale contacten op hogere leeftijd voor mannen met deze ontwikkeling even belangrijk wordt als voor vrouwen, waardoor geen sekseverschillen zijn gevonden in het wegvallen van sociale contacten op angst voor de dood. Uit de studie van Siebert, Mutran en Reitzes (1999) kwam naar voren dat de mate van sociale steun afkomstig van vrienden ontvangen door ouderen niet verschilde tussen mannen en vrouwen. Ook bleek uit deze studie dat de dichtheid van de sociale netwerken van oudere mannen en vrouwen niet verschilden.

Tevens werd verwacht dat het overlijden van de partner voor vrouwen naar verwachting samenhangt met een lagere mate van angst voor de dood wanneer zij een groter aantal sterfgevallen hebben meegemaakt dan wanneer zij een lager aantal sterfgevallen hebben meegemaakt. Zoals eerder genoemd, hebben vrouwen een groter sociaal netwerk dat het verlies van een partner gedeeltelijk op kan vangen (Feld & George, 1994). Hiervoor is echter in het huidige onderzoek geen ondersteuning gevonden. Ten gevolge hiervan kan worden afgevraagd of bronnen van sociale steun als vrienden en kennissen het verlies van een

partner voldoende kunnen compenseren. Deze kwestie is gepostuleerd door Bowlby (1980, 2005) in zijn hechtingstheorie. In de hechtingstheorie worden twee vormen van eenzaamheid onderscheiden, namelijk sociale en emotionele eenzaamheid. Het verliezen van sociale steun zou leiden tot sociale eenzaamheid terwijl het verliezen van een hechtingsfiguur, zoals een partner, zou leiden tot emotionele eenzaamheid. Volgens deze theorie kan sociale steun van familie en vrienden emotionele eenzaamheid, ontstaan door bijvoorbeeld het overlijden van een partner, niet compenseren. In het onderzoek van Stroebe, Stroebe, Abakoumkin en Schut (1996) is voor deze theorie ondersteuning gevonden. Uit dit onderzoek kwamen de invloeden van verlies op emotionele eenzaamheid en van sociale steun op sociale eenzaamheid naar voren, maar bleek er geen samenhang tussen sociale steun en emotionele eenzaamheid, en verlies op sociale steun. Deze bevindingen bieden ondersteuning voor de veronderstelling dat het verlies van een partner zorgt voor emotionele eenzaamheid wat sociale steun van familie en vrienden niet kan compenseren. Wellicht dat het hebben van een groot sociaal netwerk onder vrouwen het overlijden van de partner dus niet (adequaat) kan compenseren, waardoor er geen significante interactie tussen deze factoren is gevonden binnen de huidige studie.

De derde hypothese is deels voortgekomen uit de bevinding dat de mate van angst voor de dood onder vrouwen gedurende de levensloop hoger ligt dan bij mannen, maar later afneemt en hetzelfde niveau bereikt als dat van mannen. Uit de resultaten blijkt, in overeenstemming met de literatuur, dat er geen verschil is in de mate van angst voor de dood onder mannen en vrouwen. Aangezien uit het huidige onderzoek blijkt dat het wegvallen van sociale contacten en het in leven zijn van de partner hier geen invloed op heeft, kan worden afgevraagd wat dan wel ten grondslag ligt aan deze afname in angst voor de dood onder vrouwen. Naast angst voor de dood nemen verschillende vormen van psychoproblematiek, zoals depressie, af onder vrouwen met de leeftijd (Osborn, 2002). In onderzoek van Fortner en Neimeyer (1999) werd gevonden dat een hogere mate van psychoproblematiek voorspellend is voor een hogere mate van angst voor de dood. Wellicht dat met het afnemen van de mate van psychische klachten zoals angst met de leeftijd, ook de mate van angst voor de dood afneemt.

Een verklaring voor de invloed van het al dan niet hebben van kinderen op angst voor de dood, is dat wellicht niet de aan- of afwezigheid van burens, vrienden en verzorgenden relevant zijn met betrekking tot doodsattituden, maar juist personen die dichtbij een individu staan, zoals de partner en kinderen. Familie wordt traditioneel als een bron van bescherming en steun gezien in tijden van crisis of wanneer hulp men hulp vraagt (Ogburn, 1952). Dit zou erop wijzen dat het al dan niet hebben van een partner en kinderen inderdaad meer invloed

zou hebben op doodsattituden dan het al dan niet hebben van vrienden en kennissen. Ten aanzien van de partner blijkt dit in het huidige onderzoek echter niet het geval te zijn, maar het hebben van kinderen daarentegen, hangt inderdaad samen met een hogere mate van angst voor de dood. Een verklaring hiervoor kan zijn dat men bang is voor het achterlaten van de kinderen. Veel ouderen merkten weliswaar op dat de kinderen ‘zich wel zullen redden’, dus het lijkt erop dat zij zich niet bewust zorgen maken over hun kinderen wanneer zijzelf komen te overlijden. Maar wellicht dat ouders altijd enige mate van verantwoordelijkheid jegens hun kinderen blijven voelen. De mogelijkheid bestaat dat deze verantwoordelijkheid op een onbewust niveau een rol blijft spelen.

Verder zou geopperd kunnen worden dat ouders de wens hebben hun kinderen en eventuele kleinkinderen te zien opgroeien en een gezin te zien stichten en dergelijke, een interesse die ouders wellicht nooit verliezen. Tenslotte zou het kunnen dat, aangezien ouderen waarschijnlijk weten hoe het voelt hun ouders te verliezen, zij dit hun eigen kinderen niet toewensen wat resulteert in een hogere angst voor de dood wanneer men kinderen heeft.

Methodologische kwesties kunnen ook de discrepantie tussen de huidige resultaten en resultaten uit eerder onderzoek verklaren. Een mogelijkheid is dat het gebruikte meetinstrument niet optimaal is. Tijdens het afnemen van de interviews vonden de participanten de vragen betreffende sociale steun vaak wat lastig te beantwoorden. Zo werd het begrip sociale steun vaak als hulpbehoevend opgevat, wat in het geval van de meeste participanten (nog) niet aan de orde is. Het was in deze gevallen vaak moeilijk duidelijk te maken dat sociale steun breed opgevat kan worden en niet alleen als hulpvraag gezien hoeft te worden. Hoewel de vragen door de onderzoekers zelf geconstrueerd zijn, mag aangenomen worden dat de inhoud van de vragen een juiste afspiegeling is van de concepten ontvangen en waargenomen sociale steun. De betekenis van deze begrippen is namelijk direct in de vorm van vraagzinnen gegoten. De validiteit van de vragen is echter niet onderzocht waardoor hierover geen harde uitspraken gedaan kunnen worden. Het is echter mogelijk dat het begrip sociale steun, zoals gebruikt in de vragen, voor participanten te abstract bleef en hier beter gebruik gemaakt had kunnen worden van letterlijke voorbeelden om sociale steun uit te vragen, iets wat in bestaande vragenlijsten veelal gedaan is.

Een andere limitatie die genoemd kan worden is de invloed van sociale wenselijkheid bij beantwoording van de vragen. Tijdens het interview werden gevoelige en gecompliceerde onderwerpen uitgevraagd waarbij niet iedere participant zich op zijn of haar gemak voelde. Over het algemeen werden alle vragen tijdens het interview door de participanten beantwoord,

maar afgevraagd kan worden of elk antwoord daadwerkelijk een juiste afspiegeling is van het standpunt van de participant of dat hij of zij zich liever niet teveel bloot wilde geven. Hierbij kan de omgeving waarin het interview afgenomen werd ook een rol hebben gespeeld. De interviews werden bij de participanten thuis afgenomen. Hier is voor gekozen, omdat ouderen vaak minder mobiel zijn en thuis van alle gemakken voorzien zijn. Ook was de gedachte dat ouderen zich thuis meer op hun gemak zouden voelen voor het beantwoorden van relatief persoonlijke stellingen dan wanneer zij in een onbekende omgeving zouden zijn. Hier kan echter ook de andere kant op geredeneerd worden. Misschien dat ouderen de interviews in hun eigen huis als belastend hebben ervaren en de persoonlijke tint die het interview had als confronterend gevoeld hebben: niet alleen dienden ze antwoord te geven op beladen en persoonlijke onderwerpen, maar tevens werden zij voor hun gevoel in hun eigen vertrouwde omgeving door de onderzoekers soms voor het blok gezet. Misschien dat zij dit enigszins als inbreuk op hun privacy ervaren hebben. Deze mogelijkheid lijkt echter niet waarschijnlijk aangezien de participanten duidelijk verteld werd dat zij geen antwoord hoefden te geven wanneer ze dit niet wilden en zij tevens het interview te allen tijde mochten afbreken.

Ten slotte viel op dat participanten moeite hadden met het toekennen van getallen aan de stellingen die tijdens het interview aan de participant voorgelegd werden. Opmerkingen die relatief vaak de revue passeerden waren dan ook “Goh, moet ik daar nou weer een getal aan geven? Dat kan ik niet hoor,” en “Dat is niet in getallen te vangen”. Het is aannemelijk dat participanten hier moeite mee hadden aangezien men normaal gesproken niet op deze manier nadenkt over onderwerpen als angst voor en acceptatie van de dood en wellicht is het uitspreken van gedachten en gevoelens makkelijker voor een participant dan hun standpunt in een getal uitdrukken. Participanten werden tijdens het interview dan ook gestimuleerd om goed na te denken over het toekennen van een getal en wanneer zij dit lastig vonden, hier de tijd voor te nemen. Hierdoor konden interviews soms meer tijd in beslag nemen wat vermoeidheid en enige vorm van irritatie opgewekt kan hebben bij de participanten. Het lijkt echter niet plausibel dat dit dusdanig van invloed is op de resultaten van het huidige onderzoek dat er sprake zou zijn van een grote vertekening.

In het huidige onderzoek ligt de focus op ouderen, maar wellicht is het voor vervolgonderzoek interessant om naast ouderen, ook jongeren bij dergelijk onderzoek te betrekken omtrent de invloed van ontvangen en waargenomen sociale steun op doodsattituden. Uit bestaand onderzoek blijkt dat naarmate men ouder wordt, men minder angst voor de dood ervaart in vergelijking met jongeren (Rasmussen & Brems, 1996; Russac et al., 2007; Sinoff, Iosipovici,

Almog & Barnett-Greens, 2008; Stevens, Cooper & Thomas, 1980; Thorson, Powell & Samuel, 1998). Ook blijkt acceptatie van de dood toe te nemen met de leeftijd (Wong et al., 1994). Uit onderzoek van Wong et al. (1994) blijkt dat ouderen minder angst voor en meer acceptatie van de dood ervaren in vergelijking met jongeren, maar niet in vergelijking met mensen van middelbare leeftijd. Interessant zou het daarom zijn de huidige participantengroep te vergelijken met jongvolwassenen of mensen van middelbare leeftijd om te zien welke resultaten dat op zou leveren. Voor hen staat de dood over het algemeen verder weg. Jongeren hebben vaak hun levensdoelen nog niet bereikt en kunnen daardoor het idee hebben dat de dood hen deze kans zou ontnemen wat leidt tot een hogere mate van angst voor de dood (Diggory & Rothman, 1969). Sociale steun zou in dit geval van heel andere betekenis en invloed kunnen zijn voor jongeren in vergelijking met ouderen.

## **Conclusie**

Concluderend kan gesteld worden dat er geen invloed van ontvangen en waargenomen sociale steun op angst voor en acceptatie van de dood is gevonden. Verschillende verklaringen kunnen aangedragen worden voor dit resultaat, maar verder onderzoek is van belang om vast te kunnen stellen wat hier werkelijk aan ten grondslag ligt. **Verder blijkt uit het huidige onderzoek dat er geen sekseverschillen zijn in de mate van angst voor de dood. Het wegvallen van sociale contacten, waaronder de partner, had hier verder geen invloed op.** Het huidige onderzoek is een eerste poging om zowel ontvangen als waargenomen sociale steun te onderzoeken. Waar eerder onderzoek sociale steun als algemene factor met betrekking tot doodsattituden onderzocht, gaat dit onderzoek verder door een relevant onderscheid te maken in sociale steun. De huidige studie is daarom een eerste stap richting het verwerken van ontvangen en waargenomen sociale steun met betrekking tot angst voor en acceptatie van de dood.

## Referentielijst

- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2010). *Social psychology*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1987). An examination in sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles, 17*, 737-749.
- Baxter, L. A. (2004). Relationships as dialogues. *Personal Relationships, 11*, 1-22.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology, 109*, 186-204.
- Bernardon, S., Babb, K. A., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students. *Canadian Journal of Behavioral Science, 43*, 40-51.
- Besser, A. & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions and protective factors. *Social Behavior and Personality, 33*, 351–382.
- Besser, A. & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences, 44*, 1711-1725.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York City, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. United States of America: Basic Books.
- Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. (Eds.). (2006). *Spousal bereavement in late life*. New York City, NY: Springer.
- Clements, R., & Rooda, L. A. (1999-2000). Factor structure, reliability and validity of Death Attitude Profile- Revised. *Omega, 40*, 453-463.
- Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology, 72*, 179-181.
- Diggory, J. & Rothman, D. (1969). Values destroyed by death. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 63*, 205-210.
- Downey, G., Freitas, A. L., Michaelis, B., & Khouri, H. (1998). The self-fulfilling prophecy

- in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 545-560.
- Downey, G. & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327-1343.
- Feld, S. & George, L. K. (1994). Moderating effects of prior social resources on the hospitalizations of elderly who become widowed. *Journal of Aging and Health*, 6, 275-295.
- Fortner, B. & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.
- Forster, L. E. & Stoller, E. P. (1992). The impact of social support on mortality: A seven-year follow-up of older men and women. *Journal of Applied Gerontology*, 11, 173-186.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., & Astedt-Kurki, P. (2013). Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2953-2963.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Joung, I. M. A. (1996). *Marital status and health: Descriptive and explanatory studies*. Ongepubliceerd Proefschrift, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Kalish, R. A. (1976). Death and dying in a social context. In R. H. Binstock, & G. Shanas (Eds.), *Handbook of aging in the social sciences* (pp. 483-507). New York City, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Kastenbaum, R. (1987). Theory, research, and application: Some critical issues for Thanatology. *Omega*, 18, 397-411.
- Kastenbaum, R. (1996). A world without death? First and second thoughts. *Mortality*, 1, 111.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Lester, D., Templer, D. I., & Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: A brief note. *Omega*, 54, 255-260.
- Lin, A. H. H. (2003). Factors related to attitudes toward death among American and Chinese older adults. *Omega*, 47, 3-23.
- Litwin, H. (2004). Social networks, ethnicity and public home-care utilization. *Ageing and Society*, 24, 921-939.

- Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). *Death anxiety*. Washington, DC: Hemisphere.
- Martikainen, P. & Valkonen, T. (1996). Mortality after death of a spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *50*, 264-268.
- Miller, R. S. (1997). *We always hurt the ones we love: Aversive interactions in close relationships*. In R.M. Kowalski (Ed.), *Aversive Interpersonal Behaviors* (pp. 11-24). New York City, NY: Plenum Press.
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & van der Houwen, K. (2011). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation, *Omega*, *64*, 357-379.
- Neimeyer, R. A. & Fortner, B. (1995). Death anxiety in the elderly. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (2nd ed., pp. 252-253). New York City, NY: Springer.
- Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Coleman, R., Tomer, A., & Samuel, E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: The impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death studies*, *35*, 777-800.
- Nelson, L. D. & Nelson, C. C. (1975). A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega*, *10*, 97-121.
- Norris, F. H. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 489-511.
- Osborn, D. P. J., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., Siu-Woon, E., Bulpitt, C. J., Jones, D., & Tulloch, A. (2002). Geriatric Depression Scale scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 375-382.
- Ogburn, W. (1952). The family and its functions. In M. R. Freedman, A. Hawley, W. Landecker, & H. Miner (Eds.). *Principles of sociology*. New York City, NY: Holt.
- Pachana, N. A., McLaughlin, D., Leung, J., Byrne, G., & Dobson, A. (2012). Anxiety and depression in adults in their eighties: Do gender differences remain? *International Psychogeriatrics*, *24*, 145-150.
- Pierce, J. D., Cohen, A. B., Chambers, J. A., & Meade, R. M. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture*, *10*, 143-150.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A

- meta analysis. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research*, 19, 111–143. Hauppauge, NY: Nova Science.
- Ray, J. J. & Najman, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Omega*, 5, 311-315.
- Rasmussen, C. A. & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychological maturity. *The Journal of Psychology*, 130, 141-144.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31, 549-561.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., & Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714-723.
- Segrin, C. & Domschke, T. (2011). Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Communication*, 26, 221-232.
- Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Rogers, W., & Ware, J. E. (1992). Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 1, 235-246.
- Shor, E., Roelfs, D. J., & Yogeve, T. (2013). The strenght of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, 35, 626-638.
- Siebert, D. C., Mutran, E. J., & Reitzes, D. C. (1999). Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. *Social Work*, 44, 522-533.
- Sinoff, G., Iosipovici, A., Almog, R., & Barnett-Greens, O. (2008). Children of the elderly are inapt in assessing death anxiety in their own parents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1207-1208.
- Stevens, S. J., Cooper, P. E., & Thomas, L. E. (1980). Age norms for Templer's Death Anxiety Scale 1. *Psychological Reports*, 46, 205-206.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241-1249.
- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26, 39-50.
- Swenson, W. M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of*

*Gerontology*, 16, 49-52.

- Thorson, J. A., Powell, F. C., & Samuel, V. T. (1998). Age differences in death anxiety among African-American women. *Psychological Reports*, 83(3), 1173-1174.
- Tomer, A. (Ed.). (2000). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Wass, H. & Myers, J. E. (1982). Psychological aspects of death among the elderly: A review of the literature. *The Personnel and Guidance Journal*, 131-137.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Settles, T. D. (2010). Marital distress and the metabolic syndrome: Linking social functioning with physical health. *Journal of Family Psychology*, 24, 367-370.
- Winningham, R. G. & Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, 11(6), 716-721.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). *Death Attitude Profile-Revised*. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., & Kwok, T. C. Y. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health*, 14, 42-56.



- 0 zelfstandig
- 0 zorg/verpleeghuis
- 0 aanleunwoning

*Indien oudere in verpleeghuis, aanleunwoning woont:*

Hoe lang woont u hier al? .....

7. Gezondheid

a. Hoe gezond voel u zich op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is vreselijk ziek en 10 is kerngezond. ....

b. In hoeverre verhinderen uw beperkingen u in de dagelijkse bezigheden? Waarbij 1 is geheel niet verhinderd en 10 is heel erg verhinderd.  
.....

c. Ontvangt u zorg? 0 Ja                      0 Nee

d. Zo ja, wat voor soort zorg ontvangt u?

0 Persoonlijke verzorging

*Bijvoorbeeld hulp bij het douchen, aankleden of naar het toilet gaan.*

0 Verpleging

*Zoals wonden verzorgen of injecties geven.*

0 Begeleiding

*Begeleiden van activiteiten, dagopvang valt hier ook onder.*

0 Behandeling

*Zoals revalidatie of de behandeling van een chronische ziekte.*

0 Langdurig verblijf in een zorginstelling

*Zoals wonen in een verpleeghuis of verzorgingshuis.*

0 Kortdurend verblijf in een zorginstelling

*Maximaal 3 etmalen per week. Bijvoorbeeld: een gehandicapt kind dat thuis woont gaat enkele keren per week naar een instelling om de ouders te ontlasten.*

0 Zorg vanuit een instelling

0 Mantelzorg

0 Overige, namelijk .....

8. Geloof

a. Bent u gelovig? 0 Ja                      0 Nee

i. Zo ja, welk geloof belijdt u? .....

b. In hoeverre speelt geloof een belangrijke rol in uw leven?

Waarbij 1 is geheel niet belangrijk en 10 is heel erg belangrijk.

.....

c. In hoeverre neemt u deel aan activiteiten binnen uw geloofsgemeenschap?  
(zoals diensten, bezoek aan voorganger, etc.)

Waarbij 1 is geen actieve deelname en 10 is zeer actieve deelname.

.....

*Dit waren de kennismakingsvragen. Nu zullen een aantal vragen volgen waarbij u gevraagd wordt een antwoord op een schaal van 1 tot 10 te geven. Waarbij 1 betekent dat een stelling totaal niet op u van toepassing is en 10 wil zeggen dat een stelling geheel op u van toepassing is.*

### **Sociale steun**

9. Wanneer u bij uzelf nagaat op hoeveel mensen u nu kunt terugvallen indien u echt steun nodig heeft, hoeveel mensen zijn dit dan?

.....

10. In welke mate bent u tevreden over de sociale steun die u ervaart?

.....

11. In hoeverre ervaart u dat u mensen om u heen hebt met wie u belangrijke dingen in uw leven kunt bespreken?

.....

### **Locus of Control**

12. In welke mate heeft u in uw leven zelf kunnen bepalen wat er ging gebeuren?

.....

13. In welke mate wordt uw leven bepaald door toeval?

.....

14. In hoeverre heeft u het gevoel dat de dingen die in uw leven zijn gebeurd, bepaald zijn door invloedrijke mensen? (Bijvoorbeeld gezaghebbende, dominee, ouders)

.....

### **Geloof**

15. In welke mate speelt uw geloof een rol als u belangrijke beslissingen moet nemen?

Waarbij 1 geen enkele mate en 10 is een zeer grote mate

.....  
16 In hoeverre bent u vanuit uw geloofsovertuiging tegen euthanasie en/ of abortus?

Waarbij 1 is niet tegen abortus en/ of euthanasie vanuit uw geloofsovertuiging en 10 is tegen abortus en/of euthanasie vanuit uw geloofsovertuiging  
.....

17 In hoeverre gelooft u in een oordeel na de dood (*bestrafing of beloning*) voor het leven dat u heeft geleid  
.....

18 In hoeverre boezemt dit angst in?  
.....

19 In hoeverre heeft u het idee dat u tot nu toe voldoende naar uw levensbeschouwelijke normen heeft geleefd?

Waarbij 1 is niet volgens de levensbeschouwelijke normen geleefd en 10 is geheel volgens de levensbeschouwelijke normen geleefd  
.....

20 In hoeverre gelooft u dat er leven is na de dood?  
.....

### **Confrontatie met sterfgevallen**

21. Kunt u inschatten hoeveel bekenden u de afgelopen 10 jaar zijn ontvallen?  
.....

22. Wat zijn de drie meest ingrijpende verliezen geweest in uw leven?  
.....

#### Persoon nummer 1

a. Wat was de relatie met de overledene? (*Bijvoorbeeld broer*)  
.....

b. Hoe nabij was deze persoon op dat moment op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet nabij en 10 is meest nabije persoon. ....

c 1. Hoe lang geleden is deze persoon u ontvallen? .....

c 2. Kunt u vertellen hoe deze persoon is overleden? (*ziekte, ouderdom, ongeluk, suicide, oorzaak onbekend, hartaanval*)  
.....

c 3. Zou u kunnen aangeven hoe intens uw verdriet destijds was? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet intens en 10 is het meest intense verdriet ooit. ....

c 4. In hoeverre ervaart u vandaag de dag nog gemis? Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is geen gemis en 10 is heel sterk gemis. ....

### Persoon nummer 2

a. Wat was de relatie met de overledene? (*Bijvoorbeeld broer*)

.....

b. Hoe nabij was deze persoon op dat moment op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet nabij en 10 is meest nabije persoon. ....

c 1. Hoe lang geleden is deze persoon u ontvallen? .....

c 2. Kunt u vertellen hoe deze persoon is overleden? (*ziekte, ouderdom, ongeluk, suicide, oorzaak onbekend, hartaanval*)

.....

c 3. Zou u kunnen aangeven hoe intens uw verdriet destijds was? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet intens en 10 is het meest intense verdriet ooit. ....

c 4. In hoeverre ervaart u vandaag de dag nog gemis? Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is geen gemis en 10 is heel sterk gemis. ....

### Persoon nummer 3

a. Wat was de relatie met de overledene? (*Bijvoorbeeld broer*)

.....

b. Hoe nabij was deze persoon op dat moment op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet nabij en 10 is meest nabije persoon. ....

c 1. Hoe lang geleden is deze persoon u ontvallen? .....

c 2. Kunt u vertellen hoe deze persoon is overleden? (*ziekte, ouderdom, ongeluk, suicide, oorzaak onbekend, hartaanval*)

.....

c 3. Zou u kunnen aangeven hoe intens uw verdriet destijds was? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet intens en 10 is het meest intense verdriet ooit. ....

c 4. In hoeverre ervaart u vandaag de dag nog gemis? Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is geen gemis en 10 is heel sterk gemis. ....

23. In welke mate ervaart u minder vreugde in uw leven door het wegvallen van uw dierbaren? Waarbij 1 is niet minder vreugde en 10 is veel minder vreugde.

.....

*Nu zal een aantal vragen volgen omtrent angst en acceptatie van de dood. Het gaat hier niet om het proces van sterven, maar om de dood zelf. Ook hier mag op een schaal van 1 tot 10 het antwoord aangegeven worden.*

### **Angst voor de dood**

24. In welke mate bent u bang om dood te zijn? .....

25. In welke mate beangstigd het u dat u gescheiden wordt van het leven wat u nu bekend is? .....

26. In welke mate bent u bang voor de gevolgen die uw dood met zich meebrengt voor anderen? *(Bijvoorbeeld verdriet, zaken regelen, kinderen die elkaar niet meer zullen zien na iemands dood)* .....

23. In hoeverre bent u bang dat u na uw dood iemand achterlaat waar u zich op dit moment verantwoordelijk voor voelt? *(Bang dat iemand zich niet zal redden zonder de ander)* .....

### **Acceptatie van de dood**

24. In hoeverre heeft u geaccepteerd dat de dood deel uit maakt van het leven?

.....

25. In welke mate heeft u geaccepteerd dat u dood op een dag dood zult zijn?

.....

26. In hoeverre zou u er vrede mee hebben wanneer u morgen dood zou zijn?

.....

27. In welke mate ervaart u dat de dood een bevrijding is van pijn en lijden?

.....

## Bijlage 2

Utrecht, 16 oktober 2013

Betreft: Wetenschappelijk onderzoeksproject 'Ouderen en hun kijk op leven en dood'.

Geachte heer/mevrouw,

Veel ouderen kampen vaak met grote zorgen. Gezondheidsproblemen, eenzaamheid, het wegvallen van mensen om hen heen en de toekomst zijn vaak een bron van zorgen. Hier zeggen we wellicht niets nieuws, zeker niet voor u, maar wat opvalt wanneer het onderwerp ouderen aan de orde komt, is dat de ouderen betrekkelijk weinig zelf aan het woord komen. Ook is het van groot belang de mogelijkheden tot het eventueel verminderen van zorgen om de naderende dood te inventariseren. Mede om deze redenen is aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht een project van start gegaan gericht op de beantwoording van één delicate vraag: hoe kijken oudere mensen aan tegen het naderende levenseinde en waar hangt dat mee samen?

Voor dit onderzoek zijn we op zoek naar ouderen die bereid zijn daarover geïnterviewd te worden. Om die reden richten wij ons tot u, met de vraag of u ermee akkoord wilt gaan dat wij binnen de instelling (naam instelling) ouderen vanaf 70 jaar benaderen voor deelname aan deze studie.

In overleg met u en uw personeel zullen we nagaan wie we voor ons onderzoek mogen benaderen. Aan de ouderen die willen deelnemen aan het onderzoek wordt ongeveer 45 minuten van hun tijd gevraagd waarin een interview afgenomen zal worden. Voor alle duidelijkheid: interviews zullen uitsluitend plaatsvinden onder uitdrukkelijke toestemming van de oudere zelf. Twijfelt men, of wil men er niet op ingaan, dan wordt dat vanzelfsprekend gerespecteerd en zal op geen enkele wijze druk worden uitgeoefend toch deel te nemen. Is de bewoner bereid deel te nemen dan wordt een afspraak gemaakt voor een gesprek of vindt het gesprek meteen plaats. Deelnemers aan het onderzoek kunnen te allen tijde stoppen met het interview en/of aangeven het gesprek op een later tijdstip te willen voortzetten. De gegevens van iedere individuele deelnemer worden strikt vertrouwelijk behandeld en zijn slechts beschikbaar voor het onderzoeksteam en op geen enkele wijze voor derden. Wij zullen na afronding van ons onderzoek graag aan de instelling en de deelnemers een brief versturen waarin wij de uitkomsten van ons onderzoek presenteren.

Mocht u in tussentijd vragen hebben of meer informatie willen van praktische aard, neemt u dan gerust contact op met de contactpersoon van het project, Rosalinde Buitenhuis, masterstudente. Contactgegevens vindt u aan het einde van deze brief. Heeft u in zijn algemeenheid vragen over dit project, voelt u zich dan vrij contact op te nemen met de begeleider van het onderzoek: Universitair Hoofddocent aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht dr. Henk Schut. Hij is bereikbaar op [h.schut@uu.nl](mailto:h.schut@uu.nl).

Bij voorbaat dank voor het overwegen van ons verzoek,

Met vriendelijke groet namens het onderzoeksteam,

Rosalinde Buitenhuis

Contact

Tel: 06-14413250

E-mail: r.buitenhuis@students.uu.nl

## Bijlage 3

### TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek:

Ouderen en hun kijk op leven en dood

#### Doel van het onderzoek

Het uitbreiden van bestaande kennis van hoe Nederlandse ouderen aankijken tegen de naderende dood.

Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven.

Ik stem toe met deelname aan dit onderzoek.

Naam: .....

Leeftijd: .....jaar

Handtekening: .....

Datum:

---

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd.

Naam: .....

Functie: Onderzoeksmedewerker

Handtekening: .....

Datum: