



Universiteit Utrecht

Betekenisvol leven: een weg naar levenstevredenheid en acceptatie van de dood bij ouderen

Naam: Linda Huurman

Studentnummer: 3269825

Onderdeel: Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie

Begeleider: Dr. H. A. W. Schut

Datum: 7 februari 2012

Voorwoord

Voor u ligt een masterthesis waar met veel enthousiasme een semester aan is gewerkt. Na kennismaking met mijn samenwerkingspartner, Dasja Broer, is besloten een onderzoek uit te voeren onder ouderen. Beiden waren wij gericht op een onderwerp die de positieve kant van ouder worden zou belichten. Nadat we enkele intensieve weken hebben doorgemaakt voor de totstandkoming van het theoretisch kader, bleek het veldwerk verrassend snel te verlopen. Het was regelmatig vertederend wat de ouderen mij vertelden en vele persoonlijke verhalen zullen mij bijblijven.

Graag wil ik grote dank uitspreken aan mijn scriptiebegeleider, dr. Henk Schut. Op professioneel gebied heb ik geleerd om veel aandacht te besteden aan details, om kritisch te zijn en om mijn eigen lijn en eigen ideeën, zolang onderbouwd, te volgen. Maar ook op persoonlijk vlak, als de motivatie er even niet meer was, maakte hij dat ik het beste uit mezelf wilde blijven halen. Daarnaast wil ik diegenen bedanken die de tijd hebben genomen om mijn scriptie kritisch te lezen en die zonder blad voor de mond commentaar hebben geleverd.

Tot slot wil ik een bijzonder dankwoord richten aan Dasja. Naar aanleiding van horrorverhalen van anderen over de scriptie, hebben we ons in die vijf maanden regelmatig afgevraagd wanneer ons tot dan toe mooie scriptiesprookje in duigen zou vallen. Het wankelde natuurlijk af en toe, maar we kwamen altijd weer op het goede spoor. Dit kwam door de fijne, doelgerichte en motiverende samenwerking. Die samenwerking had niet beter gekund, we voelden elkaar goed aan en waren echte sparringpartners. Daarnaast maakte de positieve insteek waarmee we elke onderzoeksdag startten, dat ik plezier heb ervaren in het uitvoeren van dit onderzoek.

Ik wens u bij het lezen van dit onderzoek veel leesplezier toe.

Linda Hurman

Inhoudsopgave

Abstract	3
Inleiding	4
Methode	9
Resultaten	13
Discussie	16
Referenties	22
Bijlage A Informatiebrief	26
Bijlage B Vragenlijst	27
Bijlage C Debriefing	35

Abstract

This study investigated whether a relationship exists between life satisfaction and death acceptance in a group of people aged 65 years and older. Based on the Meaning-Management Theory, it was expected that meaning in life could explain the relationship between life satisfaction and death acceptance. Subjective health was expected to moderate this relationship. 82 elderly people, aged 65-98 years, participated in this study. Only approach acceptance and escape acceptance showed sufficient internal consistency to use for analysis. The results showed a moderate positive correlation between life satisfaction and approach acceptance. This relationship may be explained by a sense of symbolic immortality. No relationship was found between life satisfaction and escape acceptance, which may be due to a different judgmental perspective. Finally, no differences were found in the relationship between life satisfaction and approach acceptance and life satisfaction and escape acceptance between people who score high or low on subjective health. This may be due to the fact that the chance of finding a moderating effect in experimental research is relatively small.

Inleiding

Het huidige straatbeeld in Nederland vertoont veel grijze haren; er zijn steeds meer ouderen in de samenleving als gevolg van onder andere de babyboom in de jaren '40 van de vorige eeuw. Naarmate de leeftijd van mensen vordert, stijgt de kans op onder andere ziekte, depressie (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn & Johansson, 2009) en de kans op het komen te overlijden. Deze negatieve gevolgen van het ouder worden, laten voor de jongere generaties wellicht geen prettig vooruitzicht zien. Ouder worden hoeft echter niet alleen met het negatieve geassocieerd te worden. Een voorbeeld is dat langdurige vriendschappen intenser en belangrijker worden (Stevens, 2006) en mogelijk kan men ook meer berusting vinden in de uiteindelijke sterfelijkheid. Deze positievere attitude omtrent de eigen dood wordt steeds vaker onderzocht in de wetenschap (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004) en is relevant voor een breder begrip over de dood. Meer inzicht over het bereiken van acceptatie van de dood kan onder andere implicaties hebben voor therapie in de palliatieve zorg (Neimeyer et al., 2004), maar kan tevens behulpzaam zijn voor bijvoorbeeld dokters die in de geriatrie werken en is dus breder te trekken dan de psychologie alleen.

In dit onderzoek zal de accepterende houding ten opzichte van de dood bij ouderen onderzocht worden in relatie tot levenstevredenheid. Niet alleen de dood speelt een belangrijke rol in het leven, ook de zoektocht naar geluk en tevredenheid is hierin een centraal thema (Veenhoven, 1984). Deze levenstevredenheid kan belangrijker worden naarmate men ouder wordt, ter compensatie van verliezen zoals cognitieve achteruitgang en sterfgevallen in de omgeving. Onderzoek heeft reeds getoond dat angst voor de eigen dood negatief gerelateerd is aan levenstevredenheid bij ouderen (Neimeyer et al., 2004). De vraag die opkomt is of er tevens een relatie bestaat tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie bij ouderen en wat de mogelijke richting van dit verband is.

Onderzoek naar een mogelijke relatie tussen beide concepten wordt door een groot aantal factoren beïnvloed (Berg, 2008; Neimeyer et al., 2004). Eén van de factoren die invloed heeft op levenstevredenheid is de beleving van de eigen gezondheid (Palmore & Luikart, 1972). Het is waarschijnlijk dat de gezondheid naarmate men ouder wordt afneemt en dat daarmee ook de beoordeling van de eigen gezondheid verminderd. In dit onderzoek wordt daarom naast de hoofdhypothese de mogelijke invloed van de subjectieve gezondheidsbeoordeling op de relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie onderzocht. Allereerst zal echter dieper worden ingegaan op doodsattitudes, levenstevredenheid en de verwachte relatie daartussen.

Onderzoek naar doodsattitudes en vrees voor de dood in het bijzonder is reeds in de late jaren '50 van de vorige eeuw gestart door Feifel (Neimeyer et al., 2004). Doodsvrees is in de wetenschap vervolgens veelvuldig onderzocht en wordt gezien als een concept met twee dimensies: angst voor de dood en doodsvermijding. Angst voor de dood omvat de negatieve gedachten en gevoelens over de dood. Vermijding van de dood behelst de pogingen om het onderwerp dood te vermijden (Wong, Reker & Gesser, 1994).

De dood kan worden gevreesd om meerdere redenen, waarvan angst voor het onbekende een voor de hand liggende is. De angst voor de dood en hoe daar mee om te gaan, staat centraal in de Terror Management Theory (TMT) (Rosenblatt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski & Lyon, 1989). TMT impliceert dat alles in het leven gerelateerd is aan de dood en de angst daarvoor. Een punt van kritiek hierop is dat de zogenaamde obsessie met het voorkomen van doodsangst een betekenisvol leven in de weg kan staan, doordat de vele zorgen een vrij leven beperken (Wong & Tomer, 2011). De Meaning-Management Theory (MMT) (Wong, 2008) sluit wel aan bij de focus op een betekenisvol leven en meent op die manier tot een ander inzicht ten aanzien van de dood te komen, namelijk doodsacceptatie. De MMT is een theorie die in het verlengde ligt van TMT. Beide theorieën stellen dat er bij elke vorm van confrontatie met de dood bescherming plaatsvindt door twee onbewuste mechanismen: cultuur en zelfwaardering. Deze laatste groeit door het behoren bij een cultuur (Cicirelli, 2002). Waar deze mechanismen bij de TMT worden ingezet als angst voor de dood, beschrijft de MMT deze als mechanismen om de doodsacceptatie te maximaliseren (Wong, 2008). Dit gebeurt door de bewuste transformatie van negatieve gedachten rondom de dood naar positieve gedachten (Tomer, Eliason & Wong, 2008). De achterliggende gedachte is dat de grootste angst in het leven niet de dood is, maar erachter komen dat niet alle mogelijkheden van het leven benut zijn (Tomer et al., 2008). Individuen zijn dus juist gemotiveerd om betekenisgeving en persoonlijke groei na te jagen in het leven (Wong et al., 1994). Met de notie van positieve gedachten over de dood kunnen de MMT en doodsacceptatie geschaard worden onder de positieve psychologie (Wong & Tomer, 2011).

Onderzoek van Wong en collega's (1994) toont aan dat er drie vormen van doodsacceptatie onderscheiden kunnen worden. De eerste vorm is de neutrale acceptatie; de rationalisering van de naderende dood als een onvermijdelijk einde. De tweede vorm is de toenaderingsacceptatie, waarbij de dood een poort naar een gelukkig hiernamaals is. De laatste vorm van acceptatie is de vluchtacceptatie, waarbij de dood een beter alternatief is dan het onprettige bestaan op aarde (Wong, 2008). Op basis van dit conceptuele model is de Death Attitude Profile-Revised opgesteld (Wong et al., 1994). Deze vragenlijst meet naast

doodsacceptatie ook de twee dimensies van doodsvrees. De relatie tussen doodsacceptatie en doodsvrees is niet polair maar de twee concepten vertonen wel een negatieve samenhang (Neimeyer et al., 2004). Wong en collega's (1994) vonden dat ouderen een hogere vluchtacceptatie hebben dan jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd. Tevens werd bij de ouderen een hogere mate van toenaderingsacceptatie gevonden in vergelijking met de andere twee leeftijdsgroepen en een hogere mate van neutrale doodsacceptatie in vergelijking met jongvolwassenen. Er werd echter geen verschil gevonden met volwassenen van middelbare leeftijd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zowel ouderen als volwassenen van middelbare leeftijd (een deel van) hun levensmissie reeds hebben voltooid (Wong et al., 1994). Ander onderzoek onder ouderen toont aan dat leeftijd een positieve samenhang heeft met de vluchtacceptatie en een negatieve samenhang met angst voor de dood (Lockhart et al., 2001). Ouderen ervaren zodoende in de meeste gevallen een hogere doodsacceptatie.

Of ouderen tevens een hogere mate van levenstevredenheid ervaren is onduidelijk door de elkaar tegensprekende onderzoeksresultaten. Levenstevredenheid is een dermate breed begrip dat beïnvloed wordt door een grote hoeveelheid aan factoren, dat eenduidige onderzoeksresultaten moeilijk te verkrijgen zijn. Enkele factoren die van invloed zijn op levenstevredenheid zijn financiële tevredenheid (Berg et al., 2009), subjectieve waardering van het sociale netwerk (Berg et al., 2009; Pinqart & Sörensen, 2001; Vanden Boer & Pauwels, 2005), depressieve symptomen (Berg et al., 2009; Blazer, Hughes & George, 1992; Lewinsohn, Redner & Seeley, 1991) en leeftijd (Berg et al., 2009; Bishop, Martin & Poon, 2005; Mroczek & Spiro, 2005). De resultaten van deze laatste factor zijn echter niet eenduidig. Mogelijke verklaringen zijn de grote verschillen in participantengroepen bij de studies en de verschillende definities van levenstevredenheid die gehanteerd worden. Dit laatste blijkt problematisch. Regelmatig worden in onderzoeken verschillende termen door elkaar gebruikt, zoals subjectief welbevinden, psychisch welbevinden, levenstevredenheid en geluk. Dit bemoeilijkt het constateren van harde feiten wanneer het gaat over welzijn-gerelateerde onderwerpen.

De algemene consensus is dat subjectief welbevinden het paraplubegrip is waar alle welzijn-gerelateerde termen onder behoren. De mate van subjectief welbevinden wordt bepaald door een affectieve en een cognitieve component (Diener, 1984). Deze cognitieve component is wat men noemt 'levenstevredenheid' of 'levenssatisfactie' en is per definitie een subjectieve beoordeling. Diener (1984) definieert levenstevredenheid als 'a cognitive judgmental evaluation of one's life' (pp. 550). Dit vindt aansluiting bij de congruentietheorie,

die stelt dat de mate van levenstevredenheid die door een individu ervaren wordt, gerelateerd is aan een cognitieve vergelijking tussen een bepaalde standaard en de actuele situatie (Meadow, Mentzer, Rahtz & Sirgy, 1992). De uitkomst van de beoordeling van het leven hangt af van de congruentie tussen de waarde die gehecht wordt aan levensgebeurtenissen en de verwachtingen waartegen deze worden beoordeeld. Levenstevredenheid kan worden geschaard onder de positieve psychologie omdat het zich focust op de positieve aspecten van het mensenleven en het bevorderen van het welzijn een belangrijk aandachtspunt is (Lopez & Gallagher, 2009).

Het positief psychologische kader, waaronder de MMT ook wordt geschaard, kan tevens worden ingezet om de verwachte relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie te ondersteunen. Zoals genoemd, ligt de focus van de MMT op het hebben van een betekenisvol en groei-georiënteerd leven, zodat doodsacceptatie gefaciliteerd kan worden. Ook levenstevredenheid hangt samen met persoonlijke groei en betekenisgeving (Ardelt, 2008). Dit wordt ondersteund door de Self-Determination Theory (SDT) (Ryan & Deci, 2000). Dit is een op groei gebaseerde theorie die stelt dat het vervullen van basisbehoeften bereikt kan worden door het opstellen, waarderen en bereiken van intrinsieke doelen (Romero, Gómez-Fraguela & Villar, 2012). Voorbeelden van intrinsieke doelen zijn emotionele intimiteit of het bijdragen aan de gemeenschap (Van Hiel & Vansteenkiste, 2009). Deze intrinsieke doelen voorspellen een hogere mate van levenstevredenheid (Rijavec, Brdar & Miljković, 2006; Romero et al., 2012; Van Hiel & Vansteenkiste, 2009). Naast een hogere mate van levenstevredenheid, wordt een positieve samenhang gevonden tussen intrinsieke doelen en neutrale doodsacceptatie (Van Hiel & Vansteenkiste, 2009). Een positieve relatie van intrinsieke doelen met zowel neutrale doodsacceptatie als levenstevredenheid zoals beschreven door de SDT, doet tevens een vermoeden scheppen over een mogelijke relatie tussen doodsacceptatie in het algemeen en levenstevredenheid. Een positieve relatie is hier tevens de verwachting. In het huidige onderzoek wordt op basis van bovenstaande theorie verwacht dat levenstevredenheid doodsacceptatie voorspelt. De reden hiervoor is dat betekenisgeving onderdeel is van levenstevredenheid en betekenisgeving doodsacceptatie faciliteert. Daarom kan levenstevredenheid op zichzelf doodsacceptatie faciliteren. Dit wordt tevens ondersteund door de MMT, dat zich in eerste instantie op het leven focust en waarbij de dood en de acceptatie daarvan een gevolg is. Er wordt een matig positieve relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie bij ouderen verwacht. De sterkte van het verband is gebaseerd op eerdere resultaten in onderzoek naar de relatie tussen de dood en welzijn-

gerelateerde onderwerpen (Flint, Gayton & Ozmon 1983; Fortner & Neimeyer 1999; Wong et al., 1994).

Echter, het is logischerwijs ook voor te stellen dat doodsacceptatie levenstevredenheid voorspelt of dat er een negatieve relatie is tussen de twee concepten; dus hoe tevredener men is met het leven, hoe minder er wordt uitgekeken naar de dood en hoe liever men op aarde zou willen blijven. Wetenschappelijk bewijs ontbreekt echter voor hypothesen in deze richting en de MMT doet tevens vermoeden dat er sprake is van een positief verband waarbij levenstevredenheid als voorspeller optreedt.

Zoals in het inleidende gedeelte reeds benoemd wordt er verwacht dat de relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie verschillend is voor mensen met een hoge en mensen met een lage subjectieve gezondheidsbeoordeling. Verschillende onderzoeken tonen matige tot redelijk sterke correlaties tussen levenstevredenheid en subjectieve gezondheidsbeleving (Mossey & Shapiro, 1982; Palmore & Luikart, 1972). Een duidelijke verklaring voor deze relatie ontbreekt, maar het ervaren van een goede of slechte gezondheid is logischerwijs van grote invloed op de beleving en beoordeling van het leven. De hypothese is daarom dat een hoge subjectieve gezondheidsbeoordeling een samenhang vertoont met een hoge levenstevredenheid, wat op basis van de MMT samenhangt met een hoge doodsacceptatie. Een lage subjectieve gezondheidsbeoordeling echter, wordt verwacht samen te hangen met een lage levenstevredenheid maar met een hoge doodsacceptatie. De verwachting dat een lage subjectieve gezondheidsbeoordeling samenhangt met een hoge mate van doodsacceptatie kan verklaard worden door het coping-mechanisme van verbeelde controle (Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982). Zodra de subjectieve gezondheidsbeleving laag is, is de kans groter dat de persoon zal sterven (Mossey & Shapiro, 1982) en zal de aankomende dood reëler voor die persoon worden en meer in het bewustzijn aanwezig zijn. De dood kan echter een moeilijk te controleren en te bevatten gebeurtenis zijn. Een manier van omgaan met deze reële gedachte kan zijn door verbeelde controle te gebruiken. Dit is het zoeken naar begrip en het betekenis verlenen aan de oncontroleerbare gebeurtenis, zodat acceptatie ervan vergroot wordt (Rothbaum et al., 1982). De confrontatie van een mogelijk snel naderende dood door de lage subjectieve gezondheidsbeoordeling zal daarom door betekenisverlening leiden tot een meer accepterende houding ten opzichte van het oncontroleerbare, in dit geval de dood. Subjectieve gezondheidsbeoordeling wordt dus verwacht een modererende te invloed hebben op de relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie.

Methode

Participanten

Voor het onderzoek zijn 121 personen benaderd. 68% ($N=82$) van de benaderde personen hebben toegestemd deel te nemen en hebben de vragenlijst afgerond. 31% ($N=38$) heeft afgezien van deelname en 1% ($N=1$) heeft de vragenlijst niet afgemaakt. Van de 82 deelnemers heeft 59% ($N=48$) de vragenlijst zelfstandig ingevuld en 41% ($N=34$) met hulp van één van de onderzoekers. De leeftijd van de deelnemers lag tussen 65 en 98 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 78 jaar ($SD=8.51$). 62% ($N=51$) van de deelnemers was vrouw en 38% ($N=31$) was man. Een overzicht van alle demografische gegevens staat in Tabel 1.

Tabel 1. Overzicht van Demografische Variabelen in Aantallen en Percentages

Demografische variabele	<i>N</i>	%
Geslacht		
Man	31	38
Vrouw	<u>51</u>	<u>62</u>
	82	100
Opleidingsniveau		
Geen opleiding	0	0
Lagere school	22	27
Ambachtsschool/ Huishoudschool	16	19
Middelbaar onderwijs	34	42
Hoger onderwijs	<u>10</u>	<u>12</u>
	82	100
Burgerlijke staat		
Gehuwd/ Vaste relatie	40	49
Ongehuwd	3	3
Gescheiden	3	4
Weduw/ Weduwnaar	<u>36</u>	<u>44</u>
	82	100
Aantal kinderen		
Geen	5	6
1	13	16
2	24	29
3	17	21
4	15	18
5	3	4
6	<u>5</u>	<u>6</u>
	82	100
Religie		
Protestant	4	5
Hervormd	13	16
Katholiek	29	35
PKN	3	4
Gereformeerd	3	4
Doopsgezind	1	1
Geen	<u>29</u>	<u>35</u>

	82	100
Subjectieve gezondheidsbeoordeling		
Zeer slecht	0	0
Slecht	3	4
Redelijk slecht	8	10
Neutraal	6	7
Redelijk goed	33	40
Goed	24	29
Zeer goed	<u>8</u>	<u>10</u>
	82	100
Woonsituatie		
Zelfstandig	45	55
Aanleunwoning	14	17
Zorgcentrum	23	28
Verpleeghuis	<u>0</u>	<u>0</u>
	82	100

Meetinstrumenten

Demografische variabelen

Er is navraag gedaan over de leeftijd, het geslacht, de woonsituatie en de huidige burgerlijke staat. Daarnaast is gevraagd naar of de participant kinderen had en zo ja, hoeveel kinderen dit waren. Tevens werd gevraagd naar de aanhang van een religie en welke religie dit was. Tot slot is gevraagd naar de hoogst voltooide opleiding. De keuzemogelijkheden van deze laatste variabele zijn aangepast aan de in het verleden bestaande opleidingen, zoals de ambachtsschool.

Doodsacceptatie

Doodsacceptatie werd gemeten met behulp van de Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) (Wong et al., 1994). Dit is een herziene versie van de oorspronkelijk ontwikkelde Death Attitude Profile (Gesser, Wong & Reker, 1987). De DAP-R is een vragenlijst bestaande uit 32 items met een 7-punts antwoordschaal, oplopend van ‘Helemaal mee oneens’ tot ‘Helemaal mee eens’. De DAP-R meet vijf soorten doodsattitudes: doodsangst (7 items), doodsvermijding (5 items), neutrale acceptatie (5 items), toenaderingsacceptatie (10 items) en vluchtacceptatie (5 items). In dit onderzoek is besloten om de vragen behorende onder doodsvrees (de schalen doodsangst en doodsvermijding) te verwijderen. Hoewel het verwijderen van de twee schalen gevolgen kan hebben voor de betrouwbaarheid en validiteit van de gehele vragenlijst, is hier om drie redenen voor gekozen. Ten eerste was het bepalen van doodsvrees geen hoofddoel van het onderzoek en is het meten daarvan daarom niet noodzakelijk. Om toch een ruwe inschatting te krijgen van angst voor de dood en vermijding van gedachten aan de dood, zijn twee items opgenomen die het algemene angst- en

vermijdingsniveau meten. Dit zijn de items 'Ik ben bang voor de dood' en 'Ik vermijd gedachten aan de dood'. Naast bovengenoemde redenen, pleitten ethische aspecten van het onderzoek tevens voor het verwijderen van de schalen. Het uitvragen van kwesties omtrent de mogelijke angst voor en vermindering van de dood kan veel impact hebben op de doelgroep. Tot slot is de kans dat de oudere wil deelnemen aan het onderzoek wanneer er niet teveel naar de angstige aspecten wordt gevraagd groter.

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een vertaalde versie (Hermans, 2008). Omdat dit een Vlaamse vertaling betrof, is bij enkele stellingen het woordgebruik aangepast aan de Nederlandse taal. De oorspronkelijke DAP-R is een redelijk betrouwbare en valide vragenlijst en wordt vaak gebruikt in onderzoek naar doodsatitudes (Wong & Tomer, 2011). Ook de convergente en divergente validiteit wordt in eerder onderzoek bevestigd (Wong et al., 1994). In het huidige onderzoek bezat de schaal toenaderingsacceptatie een excellente interne consistentie ($\alpha=.94$) en de schaal vluchtacceptatie een goede interne consistentie ($\alpha=.78$). De neutrale acceptatieschaal had echter een onacceptabele interne consistentie ($\alpha=.41$). De lage betrouwbaarheid bevestigde eerder gevonden resultaten in andere studies (Wong et al., 1994). Om deze reden is besloten om in het onderzoek de totale doodacceptatie niet te berekenen, maar zijn louter analyses uitgevoerd met toenaderingsacceptatie en vluchtacceptatie. Dit had tot gevolg dat de oorspronkelijke hoofdvraag van het onderzoek niet meer beantwoord kon worden. Om deze reden is besloten de verwachte samenhang tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie en levenstevredenheid en vluchtacceptatie als hoofdanalyses uit te voeren. De deelvraag betreffende subjectieve gezondheidsbeoordeling is tevens getoetst met beide vormen van doodacceptatie.

Levenstevredenheid

Levenstevredenheid werd gemeten met behulp van een Nederlandse vertaling van de Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Van Halen & Bosma, 1993). De SWLS bestaat uit 5 items en is een unidimensionele schaal. De vragen worden bij de originele versie beantwoord met behulp van een 7-punts Likert schaal, de vertaalde versie met behulp van een 4-punts Likert schaal. Het is besloten een schaal van zeven antwoordmogelijkheden aan te houden. De reden hiervoor is dat de DAP-R tevens een 7-punts Likertschaal aanhield en de vragenlijst op deze manier toegankelijker en begrijpelijker bleef voor de onderzoekspopulatie. De antwoordmogelijkheden van de vragenlijst waren: 1 = Helemaal mee oneens, 2 = Tamelijk mee oneens, 3 = Een beetje mee oneens, 4 = Neutraal, 5 = Een beetje mee eens, 6 = Tamelijk mee eens en 7 = Helemaal mee

eens. Een hogere score betekende dus een hogere mate van levenstevredenheid. De maximale score die behaald kon worden is 35.

De SWLS heeft tot doel de algemene levenstevredenheid te bepalen en wordt verondersteld gemeten te worden door een vergelijking van de eigen omstandigheden met een bepaalde standaard (Diener et al., 1985). De interne consistentie van de originele levenstevredenheidschaal is goed ($\alpha=.87$), evenals de test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha=.82$) en er is goede convergente validiteit (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993). In het huidige onderzoek werd een goede interne consistentie ($\alpha=.71$) gevonden voor metingen op groepsniveau.

Neutrale items

Naast het verwijderen van de angst- en vermijdingsschalen, zijn 20 items van neutralere aard toegevoegd aan de vragenlijst. Voorbeelden van dergelijke items zijn 'Ik vind het leuk om aan creatieve activiteiten deel te nemen' en 'Ik zie mijn familie graag'. De antwoordmogelijkheden waren gelijk aan bovenstaande vragenlijsten. Deze zogenoemde filler-items zijn toegevoegd om de relatief zwaarmoedige vragenlijst te verlichten, opdat de stemming van de participanten niet te negatief zou worden.

Subjectieve gezondheid

Subjectieve gezondheid werd bepaald met één vraag, namelijk 'Hoe zou u uw eigen gezondheid beoordelen?' Participanten hadden de mogelijkheid te antwoorden met 'Zeer slecht', 'Slecht', 'Redelijk slecht', 'Neutraal', 'Redelijk goed', 'Goed' of 'Zeer goed'.

Procedure

Voor het onderzoek is de directeur van een woonzorgcentrum, bekend bij één van de onderzoekers, drie weken voorafgaand aan de geplande start van het onderzoek telefonisch benaderd om toestemming te vragen voor het uitvoeren van een onderzoek onder de bewoners. De vragenlijst is ter inzage toegestuurd per e-mail. Het woonzorgcentrum is gevestigd in de provincie Utrecht en biedt verschillende zorgmogelijkheden aan, waaronder verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg, kortdurende opname en thuiszorg. Ouderen woonachtig in aanleunwoningen en bewoners van het woonzorgcentrum zijn uitgenodigd voor deelname. Tevens zijn zelfstandig wonende ouderen die op bezoek waren in het woonzorgcentrum gevraagd deel te nemen. De verpleegzorg-afdeling is niet om deelname gevraagd, omdat deze bewoners allen cognitief beperkt waren. Na toestemming van de

directie en de afdelingsmanagers is een brief gericht aan de bewoners die in aanmerking kwamen voor het onderzoek (*Bijlage A*). De brief was een vooraankondiging van het onderzoek met de vraag na te denken over deelname aan het onderzoek. In de week daarna is gestart met het afnemen van het onderzoek en is de vragenlijst, al dan niet met hulp van de onderzoekers, ingevuld. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst is aan de participant informatie verstrekt over het doel van het onderzoek en zijn de rechten van de participant evenals de waarborging van de anonimiteit uitgelegd. Na kennisname van deze punten, hebben zowel participant als onderzoeker een toestemmingsformulier ondertekend. Wanneer de participant de vragenlijst zelfstandig invulde, werd een ophaaldatum afgesproken. Wanneer de participant de vragenlijst in wilde vullen met hulp van één van de onderzoekers, is getracht de vragen zo neutraal als mogelijk te stellen en is er geen hulp geboden bij het beantwoorden van de vraag, opdat een zo betrouwbaar mogelijk resultaat behaald zou worden. De volledige vragenlijst staat in *Bijlage B*.

Na afloop werd de participant in de gelegenheid gesteld vragen aangaande het onderzoek te stellen en konden de persoonlijke gegevens ingevuld worden om de resultaten van het onderzoek te ontvangen per brief. Deze gegevens zijn losgekoppeld van de vragenlijst zodat de anonimiteit gewaarborgd bleef. Na afronding van het onderzoek zijn de brieven met de resultaten bezorgd. Deze debriefing is bijgevoegd in *Bijlage C*.

Design

Er werd correlatieel onderzoek uitgevoerd om de relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie te bepalen. Dit werd met behulp van een correlatieanalyse uitgevoerd. Om de invloed van de mogelijke moderator subjectieve gezondheidsbeleving te bepalen werd een multi-pele regressieanalyse uitgevoerd. Bij deze analyse werden bloksgewijs levenstevredenheid en gezondheid toegevoegd. De onafhankelijke variabelen levenstevredenheid en gezondheid zijn gecentraliseerd opdat vermeden werd dat er hoge correlaties (multicollineariteit) optraden tussen de productvariabele en de beide predictoren. De resultaten werden met behulp van SPSS versie 20 verkregen.

Resultaten

Doodsacceptatie

De resultaten tonen dat de gemiddelde score van de participanten op de toenaderingsschaal $M=41.19$ ($SD=18.33$) is en op de vluchtacceptatieschaal $M=21.00$ ($SD=7.60$).

Toenaderingsacceptatie en vluchtacceptatie correleren onderling positief ($r=.31, p<.01$). Dit bevestigt resultaten uit eerder onderzoek (Wong et al., 1994). Er wordt daarnaast een significant verschil van leeftijd op toenaderingsacceptatie gevonden; hoe hoger de leeftijd, hoe hoger de toenaderingsacceptatie ($r=.36, p<.01$). Tevens wordt er een significant verschil gevonden in vluchtacceptatie tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben een hogere vluchtacceptatie dan mannen ($t=-2.00, p<.05$) en zien de dood meer als een bevrijding van het lijden op aarde dan mannen. Tot slot scoorden religieuze mensen significant hoger op toenaderingsacceptatie ($t(79)=5.89, p=.00$) en op vluchtacceptatie ($t(77)=2.25, p<.05$) ten opzichte van niet-religieuze mensen.

Levenstevredenheid

De gemiddelde score op levenstevredenheid is $M=27.49$ ($SD=4.64$). Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen groepen op basis van demografische variabelen.

Doodsacceptatie en levenstevredenheid

Uit de analyses blijkt een matig positieve samenhang tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie ($r=.27, p<.05$). Een hogere mate van levenstevredenheid hangt samen met een hogere mate van toenadering naar de dood. Na splitsing van geslacht blijft de relatie alleen significant voor mannen ($r=.48, p<.01$), een opvallend resultaat waar in de discussie op zal worden ingegaan. Er wordt geen significante samenhang gevonden tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. De correlatiematrix staat vermeld in Tabel 2.

Tabel 2. Correlatiematrix Levenstevredenheid, Toenaderingsacceptatie en Vluchtacceptatie

	Beschrijvingen		Correlaties	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2
1. Levenstevredenheid	27.49	4.64	-	
2. Toenaderingsacceptatie	41.19	18.33	.27*	-
3. Vluchtacceptatie	21.00	7.60	-.08	.31**

Noot: * $p<.05$ ** $p<.01$

Subjectieve gezondheidsbeoordeling

Uit de analyses blijkt dat subjectieve gezondheidsbeoordeling een significante relatie heeft met zowel levenstevredenheid ($r=.22, p<.05$) als met toenaderingsacceptatie ($r=-.23, p<.05$). Een hogere subjectieve gezondheidsbeoordeling is gerelateerd aan een hogere mate van

levenstevredenheid en een hogere subjectieve gezondheidsbeoordeling is gerelateerd aan een lagere mate van toenaderingsacceptatie. Er wordt geen significante relatie gevonden tussen subjectieve gezondheidsbeoordeling en vluchtacceptatie.

Daarnaast werd verwacht dat subjectieve gezondheidsbeoordeling een modererende invloed heeft op de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie en tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. Uit de bloksgewijze regressieanalyse blijkt dat subjectieve gezondheidsbeoordeling geen modererende effecten heeft op de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie ($r=.40$, $p=.90$). Subjectieve gezondheidsbeoordeling verandert de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie dus niet significant. Tevens wordt er geen significant modererend effect gevonden van subjectieve gezondheidsbeoordeling op de relatie tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie ($r=.11$, $p=.57$). Subjectieve gezondheidsbeoordeling doet geen significante verandering teweegbrengen in de relatie tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. Bovenstaande resultaten staan vermeld in Tabel 3.

Tabel 3. Bloksgewijze Regressieanalyse van het Modererende Effect van Subjectieve Gezondheidsbeoordeling op Levenstevredenheid en Toenaderingsacceptatie en op Levenstevredenheid en Vluchtacceptatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Toenaderingsacceptatie				
Constante	39.82	2.26	.00	
Levenstevredenheid	1.20	.49	.02	.27
Subjectieve gezondheidsbeoordeling	-5.18	1.88	.01	.40
Levenstevredenheid*Subjectieve	.05	.37	.90	.40
Vluchtacceptatie				
Constante	20.65	.87	.00	
Levenstevredenheid	-.12	.19	.53	.07
Subjectieve gezondheidsbeoordeling	-.33	.82	.68	.09
Levenstevredenheid*Subjectieve	.10	.18	.57	.11

Aanvullende analyses

Er zijn enkele aanvullende analyses gedaan met de demografische variabelen, de filler-items en de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Uit deze analyses bleken verschillende significante effecten. Alleen analyses waaruit significante relaties naar voren kwamen, zijn in Tabel 4 genoteerd. Het blijkt dat het filler-item aangaande het gevoel dat de levensdoelen zijn bereikt, zowel positief correleert met levenstevredenheid als met beide acceptatieschalen. Een hogere mate van het gevoel de levensdoelen te hebben bereikt hangt samen met een hogere mate van levenstevredenheid, een hogere mate van toenaderingsacceptatie en een hogere mate van vluchtacceptatie. Ook het idee dat het leven nut heeft gehad, is gerelateerd aan levenstevredenheid.

Tabel 4. Significante Correlaties Tussen de Onafhankelijke Variabelen en Afhankelijke Variabele en de Demografische Variabelen en Filler-items

	Levenstevredenheid	Toenaderingsacceptatie	Vluchtacceptatie	Subjectieve gezondheidsbeoordeling
Leeftijd		.36**		
Opleiding		-.26*	-.24*	
Lekker eten is belangrijk voor mij.				.27*
Ik heb het gevoel dat mijn levensdoelen zijn bereikt.	.30**	.25*	.28*	
Ik ben tevreden met mijn sociale leven.	.26*			
Ik zie mijn familie graag.				-.23*
Ik heb het gevoel dat mijn leven nut heeft gehad.	.43**			
Een goede fysieke gezondheid draagt bij aan mijn welzijn.				.29**
Naarmate ik ouder word, ben ik meer tevreden over mijn leven.	.26*			
Het hebben van vrienden en familie draagt bij aan het levensgeluk.		.22*		-.22*
Ik houd ervan om aandacht te besteden aan mijn uiterlijk.	.31**			
Met pensioen gaan heb ik als prettig ervaren.			.29*	
Ik houd ervan om nieuwe uitdagingen aan te gaan.		-.28*		

Noot: * $p < .05$ ** $p < .01$

Discussie

In dit onderzoek werd op basis van de Meaning Management Theory een positief verband verwacht tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie bij ouderen boven de 65 jaar. Verwacht werd dat subjectieve gezondheidsbeoordeling de relatie tussen levenstevredenheid en doodsacceptatie zou veranderen. Uit de betrouwbaarheidsanalyses bleek echter dat neutrale doodsacceptatie onvoldoende betrouwbaarheid bezat. Om deze reden zijn alleen

analyses uitgevoerd met de twee overgebleven vormen van doodacceptatie, namelijk toenaderingsacceptatie en vluchtacceptatie. Uit de resultaten is gebleken dat een hogere mate van levenstevredenheid gerelateerd is aan een hogere mate van toenaderingsacceptatie. Na splitsing van geslacht bleef de relatie echter alleen significant voor mannen. Er werd geen significante relatie gevonden tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. Subjectieve gezondheidsbeoordeling modereert in beide gevallen de relatie niet. Dit betekent dat subjectieve gezondheidsbeoordeling geen verandering teweegbrengt in de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie en tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. Wel werd gevonden dat subjectieve gezondheidsbeoordeling positief correleert met levenstevredenheid en negatief correleert met toenaderingsacceptatie.

De verklaring van de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie zou kunnen liggen in het verschil tussen gelovigen en niet-gelovigen. Gelovigen hebben in dit onderzoek inderdaad een hogere mate van toenaderingsacceptatie, maar de samenhang tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie blijkt voor gelovigen en niet-gelovigen hetzelfde te zijn. Een verklaring kan wel worden gevonden in Lifton's theorie van symbolische immortaliteit (Drolet, 1990). Volgens deze theorie heeft de mens de fundamentele behoefte om een gevoel van eeuwige continuïteit te ontwikkelen en te behouden, zodat kan worden omgegaan met de eigen eindigheid. De dood wordt door het idee van continuïteit niet als beangstigend ervaren, maar wordt overstegen (Lifton, 1979). Dit gevoel van symbolische immortaliteit kan onder andere bereikt worden door het behoren tot een cultuur en de daarbij komende zelfwaardering, de twee onbewuste beschermingsmechanismen zoals deze ook beschreven worden in de TMT en MMT. Het gevoel van symbolische immortaliteit wordt gedacht te groeien gedurende het leven en hangt samen met het hebben van doelen en betekenisgeving aan het leven (Drolet, 1990). Betekenisgeving speelt volgens de MMT tevens een belangrijke rol bij levenstevredenheid. Een hoge mate van levenstevredenheid zou daarom samen kunnen hangen met het gevoel van symbolische immortaliteit. Aan de andere kant kan het geloof in een leven na de dood, of dit nou wel of niet letterlijk de hemel is zoals beschreven in toenaderingsacceptatie, als een manier van symbolische immortaliteit worden gezien. Het uitkijken naar een wereld na het fysieke sterven is namelijk ook een vorm van immortaliteit. Betekenisgeving verklaart op deze manier hoe een positieve samenhang tussen levenstevredenheid en symbolische immortaliteit mogelijk is, waarbij toenaderingsacceptatie het gevolg is van het gevoel van symbolische immortaliteit. De gevonden relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie vloeit hier logisch uit voort. Een kanttekening hierbij is dat het gevoel

van symbolische immortaliteit van oorsprong door de onderzoekers gezien wordt als mechanisme tegen angst voor de dood en daarom meer aansluit bij de Terror Management Theory. Echter, omdat de dood bij symbolische immortaliteit als positief aspect in het leven wordt gezien (Drolet, 1990), is het aannemelijk dat het gevoel van symbolische immortaliteit tevens ingezet kan worden om de doodsacceptatie te vergroten.

Wat de verklaring van het verband tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie gecompliceerder maakt, is dat de relatie bij splitsing van geslacht alleen voor mannen significant blijft. Een reden voor dit gevonden resultaat kan worden gevonden in de literatuur over negatieve doodsattitudes. Het doen van uitspraken over positieve doodsattitudes op basis van negatieve doodsattitudes is wel lastig, omdat het geen tegenpolen zijn (Ray & Najman, 1974). Er zijn echter wel aanwijzingen dat de attitudes een tegengestelde werking op elkaar hebben. Doodsangst blijkt een negatieve samenhang te hebben met mentaal welzijn (Fortner & Neimeyer, 1999; Moreno, De La Fuente Solana, Rico & Fernández, 2008; Neimeyer, et al., 2004; Wu, Tang & Kwok, 2002). Uit het huidige onderzoek blijkt toenaderingsacceptatie een positieve samenhang te vertonen met een vorm van mentaal welzijn, namelijk levenstevredenheid. Onderzoek onder Nederlandse ouderen toont dat vrouwen meer vrees hebben voor de dood dan mannen op een schaal die angst met betrekking tot belangrijke anderen meet (Missler, Stroebe, Geurtsen, Mastenbroek, Chmoun & Van der Houwen, 2011-2012). Vrouwen maken zich meer zorgen dan mannen over welk effect de eigen dood zal hebben op de omgeving. Bij vrouwen zou het dan mogelijk zo kunnen zijn dat ze wel tevreden zijn over het leven, maar dat zij de dood moeilijker kunnen accepteren omdat er meer zorgen aanwezig zijn over de omgeving. Dit kan verklaren waarom het significante effect in het huidige onderzoek alleen bij mannen aanwezig is.

Op basis van de Meaning Management Theory zou er tevens een positieve relatie tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie zijn. Bij nadere, inhoudelijke inspectie van deze vorm van doodsacceptatie zou dit echter een vreemde hypothese zijn, gezien een hoge mate van tevredenheid over het leven niet in overeenstemming is met het zien van het leven als een verschrikking en een lijdensweg. Een negatieve relatie zou in dat geval logischer zijn. Uit de resultaten blijkt echter geen significante relatie. Dit is een verrassend resultaat. Eerder onderzoek van Gesser et al. (1987) vond eveneens geen verband tussen vluchtacceptatie en geluk. Deze onderzoekers verklaarden dit door een verschil in referentiepunt op basis waarvan de beoordeling tot stand kwam. Geluk zou een beoordeling zijn van de huidige staat en vluchtacceptatie een beoordeling op basis van toekomstige verwachtingen. Wanhoop en

negatieve gedachten, zoals aanwezig bij vluchtacceptatie, zijn volgens de onderzoekers gericht op de toekomst en beïnvloeden niet de huidige staat (Gesser et al., 1987).

Het verschil in referentiepunt kan wellicht ook op een andere manier optreden. Mogelijk wordt de beoordeling van de levenstevredenheid gebaseerd op een algemeen beeld van het eigen leven, terwijl de beoordeling van de vluchtacceptatie meer gebaseerd is op een algemeen wereldbeeld. Wanneer er in de directe of indirecte omgeving van de persoon verschrikkelijke dingen zijn gebeurd, kan deze een hoge mate van afschuw van de wereld ervaren, maar dat hoeft niet te betekenen dat diegene over het eigen leven ontevreden is. Er zijn naast bovenstaande verschillende referentiepunten, nog meer referentiepunten of beoordelingswijzen te bedenken die alle zorgen voor een ander soort beoordeling. In eerder onderzoek wordt tevens gevonden dat het gebruik van verschillende referentiepunten kunnen leiden tot hele verschillende beoordelingen (Schwarz & Strack, 1991). De verschillende referentiepunten die de verschillende personen maken, kunnen de antwoorden dermate beïnvloeden en uiteen doen lopen, dat er in tegenstelling tot de verwachting geen samenhang wordt gevonden tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie.

Bovenstaande verklaring over het wereldbeeld maakt het tevens meer aannemelijk dat er geen relatie wordt gevonden tussen subjectieve gezondheidsbeoordeling en vluchtacceptatie. Het verklaart echter niet waarom er geen modererend effect is gevonden van subjectieve gezondheidsbeoordeling op de relatie tussen levenstevredenheid en vluchtacceptatie. De verklaring hiervoor, evenals voor het ontbrekende moderator-effect in de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie, dient in een andere richting gezocht te worden. Uit de resultaten blijkt dat 80 procent van de onderzoeksgroep aangeeft een redelijke goede tot zeer goede gezondheid te ervaren. Dit maakt de groep met een minder goede gezondheid dermate klein dat het vinden van een modererend effect wellicht onvindbaar wordt. Daarnaast is de kans dat er een modererend effect gevonden wordt bij niet-experimenteel onderzoek slechts 20-34%, terwijl een power van 80% gewenst is (Frazier, Tix & Barron, 2004). Deze aspecten maken het detecteren van een moderator-effect zeer klein. Tot slot verklaart subjectieve gezondheidsbeoordeling slechts een klein percentage van de variantie van levenstevredenheid en geen variantie van vluchtacceptatie, wat maakt dat de onderliggende relatie tussen de concepten betwist kan worden.

Hierop voortbouwend zijn er vanuit methodologisch oogpunt tevens enkele opmerkingen te plaatsen bij het uitgevoerde onderzoek. Ten eerste is er correlatieel onderzoek uitgevoerd, wat betekent dat er geen causale conclusies getrokken kunnen worden over de relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie. Dit maakt dat de

verwachte causale relatie zoals vermeld in de inleiding louter gebaseerd is op vermoedens op basis van theorie. Ten tweede zou er mogelijk sprake kunnen zijn van een cohort effect. De gedachte was dat de gevonden relatie tussen levenstevredenheid en toenaderingsacceptatie verklaard zou kunnen worden door het wel of niet aanhangen van een religie. Dit werd echter niet bevestigd. De huidige generatie ouderen heeft van huis uit vaak een religieuze achtergrond. In de hedendaagse samenleving speelt religie echter een kleinere rol en er is tijdens de afname van de vragenlijst soms twijfel gevoeld bij ouderen of zij gelovig waren of dat zij het geloof louter van huis uit hebben meegekregen. De antwoorden op toenaderingsacceptatie kunnen daarom een vertekening bevatten, bijvoorbeeld wanneer de oudere zichzelf op dit moment als niet-gelovig bestempeld, maar van huis uit wel heeft meegekregen dat er een hemel bestaat. De oudere kan aangeven niet gelovig te zijn op dit moment, maar kan wel bevestigend antwoorden op vragen over het geloof. Deze vertekening kan in het vervolg opgelost worden door een vraag toe te voegen die de mate waarin iemand zich als gelovig beschouwd onderzoekt.

Daarnaast zijn de vragen betreffende toenaderingsacceptatie erg religieus getint. Op deze manier is de kans groot dat degenen die niet gelovig zijn maar wel een bepaalde spirituele overtuiging hebben die maakt dat ze de dood accepteren, laag zullen scoren. Dit kan een vertekend beeld geven. Tot slot zou de neutrale acceptatieschaal herzien moeten worden in verband met de lage betrouwbaarheid. Deze vorm van acceptatie sluit namelijk wel goed aan bij de Meaning-Management Theory.

Een laatste opmerking wat betreft de methodologie dient te worden geplaatst bij de participantengroep. De kans is groot dat degenen die van deelname afzagen, dit deden omdat zij minder acceptatie van de eigen dood hebben en wellicht een bepaalde mate van angst voor de dood hebben. Dit maakt dat degenen die wel deelnamen, mogelijk een hogere mate van doodsacceptatie hebben omdat zij het geen probleem vonden om aan onderzoek met een dergelijk onderwerp mee te doen. Dit kan zorgen voor een vertekening in de groep omdat de spreiding van de antwoorden lager is, waardoor differentiatie lastiger wordt. Dit probleem zal echter in deze onderzoeksrichting vaker het geval zijn.

In het huidige onderzoek is getracht een verband te leggen tussen twee fundamentele zoektochten in het leven; de zoektocht naar een tevreden leven en die naar een manier van omgaan met de eigen dood. Dat betekenisgeving in zowel levenstevredenheid als in de acceptatie van de eigen sterfelijkheid een belangrijke rol kan spelen, wordt in het huidige onderzoek gedacht van groot belang te zijn. Voor ouderen blijft het dan ook belangrijk om

een bepaalde mate van betekenisgeving te behouden, niet alleen zodat om kan worden gegaan met sociale en fysieke verliezen (Ardelt, 2008), maar ook om het leven goed te kunnen afsluiten (Wong, 1989). Dat impliceert dat er niet alleen gefocust moeten worden op de omgang met verliezen en gebreken bij ouderen, maar dat een positieve insteek tevens onder de aandacht moet blijven.

Referenties

- Ardelt, M. A. (2008). Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death. *Journal of Religious Gerontology, 14*(4), 55-77.
- Berg, A. I. (2008). *Life Satisfaction in Late Life: Markers and Predictors of Level and Change Among 80+ Year Olds*. Gothenburg: Geson.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E. & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health, 13*(2), 191-201.
- Bishop, A. J., Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health, 10*(5), 445-453.
- Blazer, D. G., Hughes, D. C. & George, L. K. (1992). Age and impaired subjective support: Predictors of depressive symptoms at one-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(3), 172-178.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of Death in Older Adults: Predictions From Terror Management Theory. *Journal of Gerontology, 57*(4), 358-366.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Flint, G. A., Gayton, W. F. & Ozmon, K. L. (1983). Relationship between life satisfaction and acceptance of death by elderly persons. *Psychological Reports, 53*, 290.
- Fortner, B. V. & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies, 23*, 387-411.
- Frazier, P. A., Tix, A. P. & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 115-134.
- Gesser, G., Wong, P. T. P. & Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega, 18*(2), 109-124.
- Hermans, S. (2008). *A cost of awareness? An explorative study of attitudes toward death in elderly persons living at home or in senior residences*. Licentiaatsverhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Psychologie, Centrum voor Ontwikkelingspsychologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Lifton, R. J. (1979). *The Broken Connection*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

- Lockhart, L. K., Bookwala, J., Fagerlin, A., Coppola, K. M., Ditto, P. H., Danks, J. H. & Schmucker, W. D. (2001). Older adults' attitudes toward death: links to perceptions of health and concerns about end-of-life issues. *Omega*, *43*(4), 331-347.
- Lopez, S. J. & Gallagher, M. W. (2009). In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds). *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 1-58). New York: Oxford University Press.
- Meadow, H. L., Mentzer, J. T., Rahtz, D. R. & Sirgy, M. J. (1992). A life satisfaction measure based on judgment theory. *Social Indicators Research*, *26*, 23-59.
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van Der Houwen, K. (2011-2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *Omega*, *64*, 357-379.
- Moreno, R. P., De La Fuente Solana, E. I., Rico, M. A. & Fernández, L. M. L. (2008). Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *Omega*, *58*, 61-67.
- Mossey, J. M. & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*, *72*, 800-808.
- Mroczek, D. K. & Spiro, A. (2005). Change in Life Satisfaction During Adulthood: Findings From the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology* *88*(1), 189–202.
- Neimeyer, R, Wittkowski, J. & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, *28*, 309-340.
- Palmore, E. & Luikart, C. (1972). Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, *13*(1), 68-80.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 164-172.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology*, *56*(4), 195-213.
- Ray, J. J. & Najman, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Journal of Death and Dying*, *5*(4), 311-315
- Rijavec, M., Brdar, I. & Miljković, D. (2006). Extrinsic vs. Intrinsic life goals, psychological needs and life satisfaction. In A. Della Fave (Ed.), *Dimensions of well-being. Research and intervention* (pp. 91-105). Milaan: Franco Angeli.

- 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.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. & Snyder, S. S. (1982). Changing the World and Changing the Self: A Two-Process Model of Perceived Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 5-37.
- Ryan R., M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A. & Villar, P. (2012). Life Aspirations, Personality Traits and Subjective Well-being in a Spanish Sample. *European Journal of Personality*, 26, 45-55.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: a judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwartz (Eds.), *Subjective well-being an interdisciplinary perspective* (pp. 27-48). Oxford: Pergamon Press.
- Stevens, N. (2006). Vriendschap op latere leeftijd. In A. Marcoen, N. Grommen & N. Van Ranst (Eds.), *Als de schaduwen langer worden. Psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn*, (pp. 267-280). Leuven: Lannoo Campus.
- Tomer, A., Eliason, G. T., & Wong, P. T. P. (2008). *Existential and spiritual issues in death attitudes*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2005). Eenzame ouderen: mythe of realiteit? Ontvangen van https://wvg.vlaanderen.be/applicaties/kenniscentrum/pdf/webbijdragen/2006_eenzame-Ouderen.-Mythe-of-realiteit.pdf op 2-10-2012.
- Van Halen, C. & Bosma, H. (1993). Zelfconceptieproblematiek bij adolescenten. *Tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie*, 14(3), 102-113.
- Van Hiel, A. & Vansteenkiste, M. (2009). Ambitions Fulfilled? The Effects of Intrinsic and Extrinsic Goal Attainment on Older Adults' Ego-Integrity and Death Attitudes. *International Journal of Aging and Human Development*, 68, 27-51.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Wong, P. T. P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30(3), 516-525.

- Wong, P. T. P. (2008). Meaning Management Theory and Death Acceptance. In A. Tomer, G. T. Eliason & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes* (pp. 65-87). New York: Taylor & Francis Group, LLC.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, (pp. 121-148). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Wong, P. T. P. & Tomer, A. (2011). Beyond terror and denial: the positive psychology of death acceptance. *Death Studies*, 35, 99-106.
- 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.

Bijlage A – Informatiebrief



Universiteit Utrecht

Utrecht, 20 november 2012

Geachte heer/mevrouw,

Wij, Dasja Broer en Linda Huurman, zijn twee masterstudenten aan de Universiteit Utrecht en doen onder begeleiding van Dr. Henk Schut onderzoek naar de relatie tussen levenstevredenheid en houding ten opzichte van het leven en de dood.

Voor dit onderzoek zijn wij op zoek naar deelnemers in de leeftijd van 65 jaar en ouder. Het doel van het onderzoek is om een relatie helder te krijgen tussen de mate waarin mensen het leven waarderen en de mate waarin zij hun eigen sterfelijkheid accepteren. Wij beseffen dat dit mogelijk een moeilijk onderwerp is, maar toch willen wij u vragen deel te nemen omdat het interessante onderzoeksresultaten op kan leveren. Tevens levert u op deze manier een kleine bijdrage aan de wetenschap.

Wij zullen de komende periode (vanaf 26 november) bij u langskomen om u te vragen deel te nemen aan ons onderzoek. Wanneer u wilt deelnemen, krijgt u een vragenlijst die u zelfstandig kunt invullen, maar wij kunnen u daar ook bij helpen als u dat wilt. Het invullen zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen. Er worden vragen gesteld over hoe tevreden u bent over uw leven, het belang dat u hecht aan bepaalde aspecten van het leven en hoe u aankijkt tegen uw eigen eindigheid. Daarnaast zullen er enkele algemene vragen worden gesteld, zoals uw geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

Na afloop van het invullen is er tijd voor een eventuele nabespreking. U kunt dan mogelijke vragen en opmerkingen van uw kant aan ons kwijt. U bent uiteraard niet verplicht om deel te nemen, wij zullen dan ook niet aandringen als u besluit van deelname af te zien. Mocht u wel willen deelnemen, dan kunt u te allen tijde besluiten te stoppen. Verder willen wij benadrukken dat de gegevens die u verstrekt strikt vertrouwelijk behandeld worden en dat alleen de onderzoekers inzage hebben in de antwoorden.

Mocht u vooraf vragen hebben of meer informatie willen, dan kunt u ons bereiken via de contactgegevens onderaan deze brief. U kunt uw vragen ook bewaren tot wij langskomen. Wij zouden het erg fijn vinden als u wilt deelnemen.

Met vriendelijke groeten,

Dasja Broer

d.t.broer@students.uu.nl

Linda Huurman

l.a.huurman@students.uu.nl , 06-20372532

Bijlage B – Vragenlijst



Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Houding ten opzichte van het leven en de eigen sterfelijkheid bij ouderen

Afstudeeronderzoek

Dasja Broer & Linda Hurman

Begeleider: Dr. Henk Schut

Als u vragen of opmerkingen heeft kunt u ons per telefoon bereiken op het nummer 06-20372532 of een e-mail sturen naar:

d.t.broer@students.uu.nl of l.a.huurman@students.uu.nl

Beste deelnemer,

Met deze vragenlijst wordt informatie verzameld over de mogelijke relatie tussen de mate van tevredenheid met het leven en de acceptatie van de eigen sterfelijkheid. We stellen het erg op prijs dat u wilt deelnemen.

Uw antwoorden worden strikt vertrouwelijk behandeld en zullen niet aan derden worden verstrekt. Dit betekent dat uw naam en handtekening apart worden opgeslagen van de antwoorden die u geeft. Niemand zal op deze manier kunnen achterhalen welke antwoorden u heeft gegeven.

Volgt u de instructies voor het invullen van de vragenlijst goed op en beantwoordt u alstublieft **alle** vragen. Bij het invullen van de vragenlijst kunt u geen foute antwoorden geven, het gaat juist om uw eigen beleving en dat kan nooit fout zijn.

U kunt zelf bepalen de vragenlijst in één keer in te vullen of om deze op een later tijdstip af te maken. Mocht u dit laatste besluiten, dan komen wij de vragenlijst op een later tijdstip weer bij u ophalen. Na voltooiing van de vragenlijst is er uiteraard ruimte voor vragen en opmerkingen.

Mocht u een verslag van de resultaten van het onderzoek willen ontvangen, dan kunt u dat aan het einde van de vragenlijst aangeven. Medio februari zullen wij een brief aan u zenden met dit verslag.

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

Met vriendelijke groeten,

Dasja Broer & Linda Hurman

Toestemmingsformulier deelname onderzoek

Onderzoek: Levenstevredenheid en houding ten opzichte van de eigen
sterfelijkheid bij ouderen

Onderzoekers: Dasja Broer en Linda Hurman

Begeleider onderzoek: Dr. Henk Schut, universitair hoofddocent

Bij deelname aan dit onderzoek is het van belang dat u kennis neemt van de volgende punten en daarmee instemt:

- Ik ben geïnformeerd over de inhoud van het onderzoek en heb kennis genomen van de vragenlijst die gebruikt zal worden in het onderzoek.
- Mijn deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Ik kan mij te allen tijde terugtrekken uit het onderzoek zonder dat dit op enige wijze nadelige gevolgen voor mij heeft.
- De onderzoeksgegevens worden anoniem bewaard en verwerkt. De gegevens zijn na opslag niet tot een persoon herleidbaar.

Indien ik inhoudelijk vragen heb kan ik contact opnemen met een van de onderzoeksleiders, Dasja Broer of Linda Hurman. Met klachten of problemen over het onderzoek kan ik mij wenden tot de begeleider, dr. Henk Schut (030 2539092 of h.schut@uu.nl).

Ik heb de bovenstaande punten goed gelezen en ga hiermee akkoord.

Naam	Datum	Handtekening
.....

Als onderzoeker van het huidige onderzoek verklaar ik dat bovengenoemde deelnemer goed is geïnformeerd over het onderzoek en dat ik borg sta voor de privacy van zijn/haar gegevens.

Naam	Datum	Handtekening
.....

Algemene gegevens

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Wat is uw leeftijd?

..... jaar

Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- Geen opleiding
- Lagere school
- Ambachtsschool/huishoudschool
- Middelbaar onderwijs (bijvoorbeeld HBS, atheneum, gymnasium)
- Hoger onderwijs (bijvoorbeeld hoge school, universiteit)
- Anders, namelijk.....

Wat is uw huidige burgerlijke staat?

- Gehuwd / Vaste relatie
- Ongehuwd
- Gescheiden
- Weduwe / Weduwnaar
- Anders, namelijk.....

Heeft u kinderen en zo ja, hoeveel?

- Ja, kinderen
- Nee

Bent u religieus en zo ja, welke religie hangt u aan?

- Ja, namelijk.....
- Nee

Hoe zou u uw eigen gezondheid beoordelen?

- Zeer slecht
- Slecht
- Redelijk slecht
- Neutraal
- Redelijk goed
- Goed
- Zeer goed

Hoe zijn uw woonomstandigheden?

- Ik woon zelfstandig
- Ik woon in een aanleunwoning
- Ik woon in een zorgcentrum
- Ik woon in een verpleeghuis
- Anders, namelijk.....

Vragenlijst

Op de volgende pagina's staan 47 stellingen over de tevredenheid met uw leven, het belang dat u hecht aan bepaalde aspecten van het leven en uw aanblik tegen de eigen sterfelijkheid. Geeft u per stelling alstublieft aan in hoeverre u het er mee eens bent door het bolletje te kleuren. Slaat u alstublieft geen stellingen over en kies het eerste antwoord dat in u opkomt. Als u reeds een bolletje heeft gekleurd, maar toch een ander antwoord wil kiezen, dan kunt u een kruis zetten door het voor u verkeerde bolletje en opnieuw het antwoord invullen dat het meeste op u van toepassing is. De antwoordmogelijkheden zijn:

1 = Helemaal mee oneens

5 = Een beetje mee eens

2 = Tamelijk mee oneens

6 = Tamelijk mee eens

3 = Een beetje mee oneens

7 = Helemaal mee eens

4 = Neutraal

Voorbeeldvraag

Stel, u bent het 'een beetje eens' met de stelling 'Ik vind het leuk om aan creatieve activiteiten deel te nemen'. U kleurt dan het vijfde bolletje.

Stelling	1	2	3	4	5	6	7
Ik vind het leuk om aan creatieve activiteiten deel te nemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stel, u heeft het verkeerde bolletje ingekleurd, dan zet u een kruis door het foute antwoord en kleurt u het bolletje van het voor u juiste antwoord.

Stelling	1	2	3	4	5	6	7
Ik vind het leuk om aan creatieve activiteiten deel te nemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Succes!

Antwoordmogelijkheden

1 = Helemaal mee oneens
 2 = Tamelijk mee oneens
 3 = Een beetje mee oneens
 4 = Neutraal

5 = Een beetje mee eens
 6 = Tamelijk mee eens
 7 = Helemaal mee eens

N°	Stelling	1	2	3	4	5	6	7
1.	Ik vind het leuk om aan creatieve activiteiten deel te nemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Lekker eten is belangrijk voor mij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ik geloof dat ik nadat ik gestorven ben in de hemel zal zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	De dood zal een einde maken aan al mijn zorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Enkele goede vrienden zijn beter dan veel oppervlakkige contacten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	De dood moet beschouwd worden als een natuurlijke, onbetwistbare en onontkoombare gebeurtenis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ik vind het belangrijk om op mijn eigen manier een bijdrage te blijven leveren aan de maatschappij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	De dood is een toegangsweg tot een plaats van ultiem welzijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ik heb het gevoel dat mijn levensdoelen zijn bereikt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	De dood betekent een verlossing uit deze verschrikkelijke wereld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Ik ben tevreden met mijn sociale leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	De dood is een bevrijding van pijn en lijden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Dit zijn de beste jaren van mijn leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Ik geloof dat de hemel een veel betere plaats zal zijn dan deze wereld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ik zie mijn familie graag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N°	Stelling	1	2	3	4	5	6	7
16.	De dood is een natuurlijk aspect van het leven.	0	0	0	0	0	0	0
17.	Ik vind het leuk om deel te nemen aan groepsactiviteiten (zoals bingo, kaarten, zingen).	0	0	0	0	0	0	0
18.	De dood is een vereniging met God en een eeuwig geluk.	0	0	0	0	0	0	0
19.	De dood houdt een belofte in van een nieuw en heerlijk leven.	0	0	0	0	0	0	0
20.	Ik heb het gevoel dat mijn leven nut heeft gehad.	0	0	0	0	0	0	0
21.	Een goede fysieke gezondheid draagt bij aan mijn welzijn.	0	0	0	0	0	0	0
22.	Ik ben niet bang voor de dood maar ik zit er ook niet op te wachten.	0	0	0	0	0	0	0
23.	Naarmate ik ouder word, ben ik meer tevreden over mijn leven.	0	0	0	0	0	0	0
24.	Ik kijk uit naar een hereniging na mijn dood met al diegenen die mij dierbaar waren.	0	0	0	0	0	0	0
25.	Het hebben van vrienden en familie draagt bij aan het levensgeluk.	0	0	0	0	0	0	0
26.	Ik beschouw de dood als een bevrijding van het lijden op aarde.	0	0	0	0	0	0	0
27.	Humor is onmisbaar in het leven.	0	0	0	0	0	0	0
28.	Ik vermijd gedachten aan de dood.	0	0	0	0	0	0	0
29.	Ouder worden is leuker dan ik had gedacht.	0	0	0	0	0	0	0
30.	De dood is gewoonweg een deel van het proces van het leven.	0	0	0	0	0	0	0
31.	Ik heb nog veel plannen voor de toekomst.	0	0	0	0	0	0	0
32.	Ik zie de dood als een overtocht naar een eeuwige en gelukzalige plek.	0	0	0	0	0	0	0
33.	Door de dood wordt een wonderbaarlijke bevrijding van de ziel mogelijk.	0	0	0	0	0	0	0
34.	Ik houd ervan om aandacht te besteden aan mijn uiterlijk.	0	0	0	0	0	0	0

N°	Stelling	1	2	3	4	5	6	7
35.	Eén ding is er dat mij in het aangezicht van de dood een gerust gevoel geeft, namelijk mijn geloof in een leven na de dood.	0	0	0	0	0	0	0
36.	Met pensioen gaan heb ik als prettig ervaren.	0	0	0	0	0	0	0
37.	Ik vind het belangrijk om een goede indruk op andere mensen te maken.	0	0	0	0	0	0	0
38.	Ik zie de dood als een bevrijding van de last van dit leven.	0	0	0	0	0	0	0
39.	De dood is goed noch slecht.	0	0	0	0	0	0	0
40.	Ik houd ervan om nieuwe uitdagingen aan te gaan.	0	0	0	0	0	0	0
41.	Ik kijk uit naar een leven na de dood.	0	0	0	0	0	0	0
42.	Ik ben bang voor de dood.	0	0	0	0	0	0	0
43.	Mijn leven komt in het algemeen dicht bij mijn ideaal.	0	0	0	0	0	0	0
44.	Mijn leven ziet er prima uit.	0	0	0	0	0	0	0
45.	Ik ben tevreden met mijn leven.	0	0	0	0	0	0	0
46.	Tot nu toe heb ik de belangrijkste dingen die ik in het leven wil ook gekregen.	0	0	0	0	0	0	0
47.	Als ik mijn leven over kon doen, zou ik er vrijwel niets aan veranderen.	0	0	0	0	0	0	0

Hartelijk dank voor uw deelname!

Bijlage C – Debriefing



Universiteit Utrecht

Datum: 11 februari 2013

Onderwerp: Resultaten afstudeeronderzoek

Beste meneer/mevrouw,

Wij (Linda en Dasja) hebben voor onze opleiding Klinische- en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht een afstudeeronderzoek uitgevoerd bij mensen van 65 jaar en ouder. U heeft hier aan meegewerkt en aangegeven de resultaten te willen ontvangen, vandaar dat u deze brief ontvangt. Het onderzoek richtte zich op de vraag hoe ouderen aankijken tegen hun eigen sterfelijkheid. We wilden onderzoeken of de mate van levenstevredenheid die iemand ervaart, hierin een rol speelt. Simpel gezegd: bent u tevreden over uw leven en kunt u daarom de dood accepteren? Of zorgt deze tevredenheid er juist voor dat u nog niet klaar bent om te gaan?

Uit het onderzoek bleek dat hoe tevredener mensen zijn met het leven, hoe meer zij de dood zien als een overgang naar een mooi hiernamaals. Daarnaast bleek dat hoe ouder iemand is, hoe meer de dood als een weg naar dit mooie hiernamaals werd gezien. Tot slot hebben wij ook vragen gesteld over of u de dood als een ontsnapping uit deze wereld ziet. Herinnert u zich bijvoorbeeld de vraag 'de dood betekent een verlossing uit deze verschrikkelijke wereld'? Mensen die wel tevreden zijn en mensen die niet tevreden zijn met het leven hebben deze vragen ongeveer hetzelfde beantwoord. We denken dat dit komt doordat uw huidige omstandigheden weinig invloed hebben op hoe u terugkijkt op uw hele leven.

In totaal hebben er 82 mensen (31 mannen en 51 vrouwen) deelgenomen aan ons onderzoek, dat is meer dan we hadden durven hopen. De gemiddelde leeftijd was 78 jaar; de jongste deelnemer was 65 jaar en de oudste deelnemer was zelfs 98 jaar. Van de 82 deelnemers, woonden er 45 zelfstandig, 14 in een aanleunwoning en 25 in het zorgcentrum.

We willen u nogmaals hartelijk danken voor de medewerking, zonder u hadden wij het onderzoek niet kunnen uitvoeren! Linda is inmiddels afgestudeerd en Dasja loopt stage in Hof van Batenstein en de Geinsche Hof.

Als u nog vragen heeft naar aanleiding van deze brief, dan kunt u ons altijd bellen.

Met vriendelijke groeten,

Dasja Broer (06 – 20 82 26 48)

Linda Hurman

