

De beoordeling van een doodsoorzaak met en zonder gepercipieerd eigen aandeel en de invloed hiervan op hulpintenties richting nabestaanden

Imane Akhlafa

Universiteit Utrecht, Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie, mei 2013

Begeleider: Prof. Dr. Henk Schut

ABSTRACT

This study investigated whether having or not having a perceived part in the own decease, affects the assessment of the deceased and the helping intentions towards the bereaved. In addition, it was examined whether perceived personal similarity affected the assessment of the deceased. Through two case studies in an independent between-groups design, the assessments of a deceased from breast cancer and a deceased from lung cancer were compared. The results show the deceased from lung cancer to be assessed less favorable in mild but significant way. More responsibility and blame were assigned to the deceased from lung cancer. Also, more negative feelings were reported towards the deceased from lung cancer. However, this did not affect the attitude towards the bereaved. Smoking as a perceived personal similarity factor was not found to affect the assessment of the deceased, nor the helping intentions.

SAMENVATTING

Het experiment betrof een onafhankelijke tussen-groeps design met als doel te onderzoeken of het wel of niet hebben van een gepercipieerd eigen aandeel in het overlijden, effect heeft op de beoordeling van de overledene en de hulpintenties richting de nabestaanden. Ten slotte werd onderzocht of waargenomen persoonlijke gelijkens invloed had op de beoordeling van de overledene. Middels twee casussen werd de beoordeling van een overledene aan borstkanker met een overledene aan longkanker vergeleken. Hieruit blijkt de overledene aan longkanker op milde doch significante wijze minder gunstig te worden beoordeeld. Zo kreeg de overledene aan longkanker meer verantwoordelijkheid en schuld toegewezen, en was er sprake van meer negatieve gevoelens richting degene. Dit had echter geen invloed op de attitude ten opzichte van de nabestaanden. Tevens is geen significant effect gevonden van rookgedrag als waargenomen persoonlijke gelijkens op de beoordeling van de overledene, noch op de hulpintenties.

1. INLEIDING

Wanneer iemand overlijdt, roept dit doorgaans een reeks aan gevoelens, fysieke sensaties, gedachten en gedragingen op. Afhankelijk van de context van het overlijden kunnen er ongeloof, verwarring, verdriet, boosheid en schuldgevoelens optreden (Worden, 2004). Mensen overlijden aan uiteenlopende oorzaken en uit literatuur blijkt dat reacties op het overlijden van een persoon kunnen verschillen op basis van onder meer doodsoorzaak. Zo blijken traumatische verliezen als moord, suïcide en ongelukken verband te houden met meer leed dan geanticiperde of natuurlijke doodsoorzaken (Currier, Holland, Coleman & Neimeyer, 2006). Nabestaanden van overlijden door suïcide rapporteren meer afwijzing, schaamte, stigma en de behoefte de doodsoorzaak te verhullen dan nabestaanden van overlijden door andere doodsoorzaken (Sveen & Walby, 2008). Deze nabestaanden ervaren ook meer boosheid en schuldgevoelens dan nabestaanden van een andere doodsoorzaak (Ness & Pfeffer, 1990). Deze gevoelens houden onder meer verband met de wijze waarop schuld wordt toegewezen. Het schuldig achten van de overledene aan zijn of haar overlijden, is gerelateerd aan gevoelens van boosheid richting de overledene. Het zichzelf verwijten van het overlijden door een nabestaande, wat bij suïcide regelmatig voorkomt, is daarentegen gerelateerd aan schuldgevoelens bij de nabestaande (Field, Bonanno, Williams & Horowitz, 2000). Dit illustreert dat de wijze waarop een doodsoorzaak beoordeeld wordt, invloed kan hebben op hoe dit beleefd wordt.

1.1 Causale attributie

Bij de wijze waarop mensen het voorkomen van een gebeurtenis beoordelen, speelt causale attributie een rol (Blount, 1995), zo ook bij doodsoorzaken. Causale attributie houdt in dat mensen pogingen doen om de oorzaken en gevolgen van gebeurtenissen die zij waarnemen te begrijpen en verklaren (Ross, 1977). Door het maken van een causaal oordeel kan de waarnemer beslissen of de gebeurtenis of gedraging veroorzaakt is door interne of externe factoren (Ross, 1977; Shaver, 1985). Interne factoren zijn oorzaken die toegeschreven worden aan een eigenschap of gedraging van een persoon. Externe factoren zijn factoren waarbij oorzaken worden toegeschreven aan factoren buiten het individu om (McKenna Gulyn & Youssef, 2010). Weiner (1995) stelt dat wanneer een vervelende uitkomst wordt beoordeeld als het gevolg van een eigenschap of gedraging van een persoon, deze hiervoor verantwoordelijk zal worden gehouden door de beoordeelaars. Het verantwoordelijk houden van iemand voor een uitkomst, betreft een beoordeling over wat diegene anders had kunnen of

moeten doen ter preventie van deze uitkomst. Bijvoorbeeld door een gezondere leefstijl te hanteren in het geval van longkanker of meer oplettend te zijn tijdens het autorijden in het geval van een fataal auto-ongeluk. Hierbij blijkt ook de ernst van de uitkomst en consequenties een rol te spelen. Uit verschillende onderzoeken naar toewijzing van verantwoordelijkheid bij een ongeval blijkt dat hoe erger de consequenties van een gebeurtenis zijn, hoe meer mensen geneigd zijn de verantwoordelijkheid voor de gebeurtenis aan de persoon in kwestie toe te schrijven in plaats van aan de situatie (DeJoy, 1987; Robbennolt, 2000; Walster, 1966; Stewart, 2005). Dit doen we door middel van defensieve attributies. Dit zijn verklaringen voor gedrag die ons proberen te beschermen tegen het voelen van kwetsbaarheid en mortaliteit (Aronson, Wilson & Akert, 2010). Het idee dat een dergelijke ernstige gebeurtenis de persoon zelf zou kunnen overkomen, zorgt voor angst en deze angst wordt gereduceerd als een ander persoon verantwoordelijk kan worden gehouden (Robbennolt, 2000). De motivationele basis die hieraan ten grondslag ligt is dan ook het behouden van een positief wereldbeeld, namelijk het geloof dat de wereld een veilige en rechtvaardige plek is (Aronson, et al., 2010).

Een andere attributionele vertekening ten gunste van het wereld- en zelfbeeld betreft het actor-observer effect (Stewart, 2005). Dit effect houdt in dat mensen geneigd zijn negatieve uitkomsten van anderen toe te schrijven aan dispositionele of interne factoren, terwijl zij hun eigen negatieve uitkomsten toeschrijven aan externe of situationele factoren (Stewart, 2005). In het geval van betrokkenheid bij een ernstig ongeluk, zou een persoon als bestuurder geneigd zijn een externe attributie maken en als toeschouwer geneigd zijn verantwoordelijkheid bij de bestuurder te leggen. Dit verschil in attributie wordt het actor-observer verschil genoemd. Een verklaring hiervoor is dat personen beschikken over meer consistente en distinctieve informatie over zichzelf om tot stabiel causaal oordeel te komen. Over anderen is echter minder informatie beschikbaar en daarom zijn observatoren afhankelijk van een enkele gebeurtenis om het gedrag of de situatie van de actor te begrijpen (Aronson et al., 2010). Een andere verklaring is gelegen in de Just World hypothese, de motivationele behoefte van mensen om te geloven dat de wereld een eerlijke plek is en mensen de uitkomsten van hun gedrag verdienen. Het idee dat mensen willekeurig ellendige dingen zou kunnen overkomen zou verwarrend zijn en het gevoel van controle over de leefwereld bedreigen. Het aanwijzen van een verantwoordelijk persoon zorgt daarom voor afname van dreiging en behoud van gevoel van controle over de omgeving (Grubb & Harrower, 2008).

Echter, de wijze waarop de observator een causaal oordeel kan verschillen wanneer sprake is van waargenomen gelijkheid tussen de observator en het slachtoffer. De mate waarin een observator zich identificeert met het slachtoffer wordt in de defensieve attributie hypothese beschouwd als een variabele die invloed kan hebben op attributies van verantwoordelijkheid en schuld (Grubb & Harrower, 2008). Meer specifiek blijkt gelijkheid tussen observator en slachtoffer op het gebied van gender, ras, sociale status en ervaring invloed te hebben op identificatie en deze vervolgens op attributionele beslissingen (Grubb & Harrower, 2008). Uit onderzoek van Goldstein (2007) blijkt dat proefpersonen vaker situationele attributies maakten voor het negatieve gedrag van de actor en de proefpersoon een sterke connectie voelde met de actor. Uit andere onderzoeken blijkt dat waargenomen gelijkheid bij de observator leidt tot meer identificatie en empathie (Krebs, 1975), minder schuldtoewijzing aan gelijkende slachtoffers (Fulero & DeLara, 1976) en vermindering van negatieve percepties van het slachtoffer (Grubb & Harrower, 2008).

Shaver (1975) stelt dat een observator die zichzelf ziet als lijkend op het slachtoffer, en dus als potentieel slachtoffer, catastrofe eerder toeschrijft aan kans of een andere externe factor vanwege de bedreigende observatie dat de observator op een dag in de schoenen van het slachtoffer zou kunnen staan. Volgens Shaver zullen mensen eerst geneigd zijn persoonlijke gelijkheid met het slachtoffer te ontkennen om zo het gevoel van dreiging om in een soortgelijke situatie te komen te verminderen. Echter, wanneer persoonlijke gelijkheid niet te ontkennen valt en mensen zich met het slachtoffer identificeren, zullen observatoren geneigd zijn de negatieve uitkomst toe te schrijven aan externe factoren als toeval of ongeluk (Dexter, Linz, Penrod & Saunders, 1997). Dit effect betreft een verdedigingsmechanisme om te voorkomen dat de observator zelf schuld toegewezen krijgt wanneer deze in eenzelfde situatie terecht komt (Grubb & Harrower, 2008).

1.2 Negatieve beoordeling

Het verantwoordelijk stellen van een persoon voor een vervelende uitkomst kan zorgen voor negatieve beoordeling. Zo blijkt uit verschillende studies naar de negatieve beeldvorming over kanker en de persoon die aan kanker lijdt dat, als kankerpatiënten enigszins als verantwoordelijk worden gezien voor hun ziekte, de sociale veroordeling van hen en hun ziekte toeneemt (McKenna Gulyn & Youssef, 2010). In vergelijking met vrouwen met borstkanker, wordt aan vrouwen met longkanker meer verantwoordelijkheid toegeschreven voor de totstandkoming van hun ziekte, is er voor hen minder sympathie en meer boosheid (Kelly, 2007). Aansluitend hierop vonden Sloan en Gruman (1983) minder sympathie voor

patiënten die leden aan “te voorkomen” ziekten. Ziekten waarvan het ontstaan controleerbaar wordt geacht, roepen meer verwijt, meer woede, minder sympathie en een verminderde pro-sociale reactie op bij buitenstaanders dan ziekten waarvan het ontstaan oncontroleerbaar wordt geacht (Weiner, Perry & Magnusson, 1988). McKenna Gulyn en Youssef (2010) stellen dat wanneer een interne attributie wordt gemaakt voor het ontstaan van kanker bij een persoon, dit resulteert in een “blame- the- victim”-mentaliteit en in het geloof dat we krijgen wat we verdienen in dit leven. Dit attributieproces wordt door psychologen geschaard onder de “Just World”-hypothese (McKenna Gulyn & Youssef, 2010). Hierin wordt gesteld dat individuen behoefte hebben aan het geloof dat de wereld in principe een eerlijke plaats is waar mensen doorgaans krijgen wat zij verdienen door hun eigen daden en inzet, inclusief leed (McKenna Gulyn & Youssef, 2010; Mumma & McCorkle, 1982).

1.3 Toekenning van verantwoordelijkheid & Interpersoonlijke implicaties

Verondersteld wordt dat toekenning van verantwoordelijkheid en schuld bij een ziekte of ongeval negatieve implicaties kan hebben voor het slachtoffer (McKenna Gulyn & Youssef, 2010). Zo blijkt uit onderzoek naar attitudes richting personen met AIDS dat mensen verschillende niveaus van verantwoordelijkheid onderscheiden voor HIV- infectie en dat dergelijk onderscheid bijdraagt aan evaluatieve attitudes en hulpintenties (Skelton, 2006). In vergelijking met andere ziekten, wordt AIDS beschouwd als een beheersbare ziekte met een eigen aandeel in de totstandkoming ervan. Hulpintenties lijken te verminderen wanneer de ziekte wordt beschouwd als beheersbaar en veroorzaakt door interne factoren (Peters, den Boer, Kok & Schaalma, 1994). Hetzelfde lijkt te gelden voor longkanker. Uit het onderzoek van Kelly (2007) naar attributies en hulpintenties richting vrouwen met longkanker in vergelijking met borstkanker, blijkt dat meer verantwoordelijkheid wordt toegeschreven aan personen met longkanker ten opzichte van borstkanker en dat er minder hulpintenties zijn richting vrouwen met longkanker. Deze effecten waren aanwezig ongeacht de aan- of afwezigheid van informatie over de totstandkoming van de ziekte. Het toekennen van verantwoordelijkheid aan het slachtoffer voor de ellendige situatie waarin hij of zij verkeert, blijkt ook volgens onderzoek van McDonnell (1993) te leiden tot minder hulpgedrag van anderen aan het slachtoffer. Hulpintenties van anderen lijken te worden beïnvloed door beoordeling van verantwoordelijkheid van de behoeftige persoon voor het creëren van deze hulpbehoefte (McDonnell, 1993).

1.4 Toekenning verantwoordelijkheid & nabestaanden

Onduidelijk is echter of het effect van toegekende verantwoordelijkheid op hulpintenties ook invloed heeft op hulpintenties richting de nabestaanden in het geval van overlijden. Field et al. (2000) impliceren dat het toekennen van schuld aan de overledene voor diens overlijden invloed zou kunnen hebben op sociale steun aan de nabestaanden. Dit is evenwel door hen niet onderzocht. Uit onderzoek naar de gevolgen van suïcide in vergelijking met andere doodsoorzaken is wel bekend dat personen die een nabestaande van een suïcide kennen, rapporteren het moeilijker te vinden sympathie te tonen aan en te praten met de nabestaanden in vergelijking met nabestaanden van ongelukken of natuurlijke doodsoorzaken (Ness & Pfeffer, 1990). Omgekeerd komt in diverse onderzoeken naar voren dat nabestaanden van suïcide zich beschuldigd voelen door buitenstaanders (Range & Thompson, 1987). Houck (2008) stelt dat in het verleden de maatschappij een deel van de schuld voor de suïcide heeft toegekend aan de nabestaanden en er daarom minder sociale steun aan hen geboden werd dan aan nabestaanden bij een natuurlijke dood. Uit recentere onderzoek (Van der Ploeg & Poot, 2010) naar het effect van doodsoorzaak op de attitudes ten opzichte van nabestaanden komen geen eenduidige resultaten naar voren.

1.5 Centrale onderzoeksvraag & Hypothesen

Door de onbekendheid van mogelijke verschillen in beoordeling van doodsoorzaken met of zonder eigen aandeel, luidt de centrale vraag in het huidige onderzoek: maakt het al of niet hebben van een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden verschil in de beoordeling van de doodsoorzaak door anderen? Verwacht wordt dat doodsoorzaken waarop eigen gedrag van invloed is geweest, negatiever worden beoordeeld door derden dan doodsoorzaken waarbij het eigen gedrag niet van invloed is geweest. In lijn met de attributietheorie wordt verwacht dat personen overleden aan een doodsoorzaak met gepercipieerde eigen aandeel erin, meer verantwoordelijkheid en schuld toegewezen krijgen voor hun overlijden.

De onbekendheid van de mogelijke invloed van de doodsoorzaak op de hulpintenties richting de nabestaanden vormt de basis voor de tweede vraag. Deze luidt: heeft het wel of niet hebben van een gepercipieerde eigen aandeel in het eigen overlijden invloed op de hulpintenties richting nabestaanden? Naar deze vraag is weinig onderzoek verricht. Eerder onderzoek heeft zich vooral gericht op de hulpintenties richting het verantwoordelijk gestelde slachtoffer zelf en weinig op de nabestaanden. Volgens Field et al. (2000) zou het toekennen van schuld aan de overledene voor diens overlijden mogelijk invloed kunnen hebben op sociale steun aan de

nabestaanden. Verwacht wordt dat nabestaanden van een overledene door gepercipieerde eigen aandeel in geringe mate minder hulp geboden krijgen binnen hun sociale kring. Ten slotte luidt de laatste vraag: heeft waargenomen persoonlijke gelijkens met het slachtoffer een positief effect op de beoordeling van de doodsoorzaak en de hulpintenties richting nabestaanden? De hypothese is dat waargenomen persoonlijke gelijkens positief effect heeft op beoordeling. Specifiek wordt verwacht dat rokers aan een mede-roker die aan longkanker overleed, minder verantwoordelijkheid en schuld zullen toekennen dan dat niet-rokers dit zullen doen.

2. METHODE

2.1 Design

Het experiment betrof een onafhankelijke tussen-groeps design met als doel te onderzoeken of het wel of niet hebben van een gepercipieerd eigen aandeel in het overlijden, effect heeft op de beoordeling van de overledene en de hulpintenties richting de nabestaanden. De onafhankelijke variabele betrof de doodsoorzaak van de overledene. Deze werd gemeten door middel van een casus met twee condities ten aanzien van de doodsoorzaak: het *wel* hebben van een aandeel (longkanker bij een roker) en het *niet* hebben van een aandeel (borstkanker) in het eigen overlijden. De afhankelijke variabelen betroffen de beoordeling van de overledene en de gerapporteerde hulpintenties richting de nabestaanden. De manipulatie in het experiment is het ter beoordeling voorleggen van een casus met of zonder waargenomen aandeel in het eigen overlijden. De vragenlijst die participanten invulden na het lezen van de casus was voor beide groepen hetzelfde.

2.2 Procedure

De potentiële participanten werden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek middels persoonlijke benadering op de universiteit en hogeschool, studentenverenigingen en in de trein. Deelname aan het onderzoek vond plaats op geheel vrijwillige basis, met toestemming van de participanten. De wervingsperiode was vanaf 14 januari tot en met 11 februari 2013. De participanten werden persoonlijk aangesproken met de vraag of zij wilde deelnemen aan het onderzoek voor een masterscriptie. Er werd verteld dat het onderzoek bestond uit een casus met een bijbehorende vragenlijst, waarbij het invullen ongeveer tien minuten in beslag zou nemen. Over het doel en onderwerp van het onderzoek werd van tevoren niks verteld. De werving van participanten in de trein gebeurde op de treinverbinding Utrecht-Leiden.

Werving van participanten gebeurde gedurende 14-01-2013 tot en met 25-01-2013 op dinsdag tot en met vrijdag, tussen 7.00u en 7.30u. Daarnaast zijn er nog participanten geworven op de treinverbinding tussen Maastricht en Utrecht. Op twee zondagen en een maandag zijn in de vroege middag treinreizigers benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan het onderzoek.

Ter minimalisering van systematische variatie werden participanten willekeurig ingedeeld in een van de twee condities (Field, 2009). Participanten beantwoordden de vragen van het onderzoek op individuele basis. De procedure werd aan de participanten kenbaar gemaakt middels een briefing, een instructie bij de casus, een instructie bij de vragenlijst en ten slotte een debriefing. Deze werden als geheel aangeboden aan de participanten. Na afronding van het onderzoek kregen participanten de gelegenheid voor het stellen van vragen. De afname van het onderzoek nam ongeveer tien minuten in beslag.

Halverwege de dataverzameling werd er een online Thesistool aangemaakt voor een groter bereik. Via sociale media werd participanten een weblink toegestuurd met daarin een van de twee casussen. De opbouw en de instructies van de online tool waren, behalve de afwezigheid van de onderzoeker voor eventuele mondelinge instructie, geheel identiek aan de schriftelijke afname middels persoonlijke benadering. In de briefing en debriefing werd aangegeven dat indien er vragen of onduidelijkheden waren of behoefte was aan extra informatie, de participanten de onderzoekers telefonisch of via e-mail konden benaderen.

2.3 Participanten

Aan het onderzoek namen 154 participanten deel; 94 vrouwen en 59 mannen. Van één deelnemer is het geslacht niet bekend. Participanten hadden een leeftijd tussen de 17 en 75 jaar. Zie Tabel 1 voor een weergave van de demografische vergelijkingen. Hoewel er aan het onderzoek meer vrouwen dan mannen deelnamen, kwam de sekseverdeling tussen de condities overeen. De borstkankerconditie telde 30 mannen en 46 vrouwen tegenover de longkankerconditie met 29 mannen en 48 vrouwen.

De gemiddelde leeftijd van de gehele groep was $M = 27.3$ jaar, $SD = 11.9$. De gemiddelde leeftijd en standaardafwijking voor vrouwen en mannen waren respectievelijk: $M = 27.2$ jaar, $SD = 11.3$ en $M = 27.3$ jaar, $SD = 13.0$. De gemiddelde leeftijd van de participanten in de borstkankerconditie was 28.5 jaar en de gemiddelde leeftijd in de longkankerconditie was 25.9 jaar.

Uit de ANOVA van de demografische gegevens, welke tevens opleidingsachtergrond en burgerlijke staat betroffen, kwamen geen significante verschillen naar voren tussen de twee

groepen. Uit de demografische vergelijking van de groep persoonlijk benaderde participanten met de groep online benaderde participanten, komt slechts een verschil in hoogst afgeronde opleiding naar voren. De online benaderde participanten hebben significant vaker HBO of universiteit afgerond, $F(1,117) = 7.69, p = .006$.

Tabel 1. *Demografische gegevens uitgelicht in aantal of gemiddelde en standaarddeviatie of percentage in totaal en per casus met de F-waarde en p-waarde.*

	Totaal	%	Borstkanker	Longkanker	F	p
Sekse; n, %					.000	1.000
Man	59	38.1	30	29		
Vrouw	94	60.6	46	48		
Leeftijd; M, SD	27.3	11.9	28.55	25.99	1.786	.183
Man	27.3	13.0	30.43	24.10		
Vrouw	27.2	11.3	27.17	27.13		
Hoogst afgeronde opleiding					.012	.911
Lagere school	2	1.3	1	1		
Huishoudschool/ mulo/lts/mavo/vmbo	13	9.0	6	8		
Hts/hbs/mms/havo/vwo	58	37.4	30	28		
Hbo/universiteit	79	51.0	40	39		
Anders	1	0.6	0	1		
Burgerlijke staat; n, %					.824	.365
Gehuwd of samenwonend	40	25.8	22	18		
Gescheiden	4	2.6	3	1		
Weduwe/weduwnaar	2	1.3	50	1		
Ongehuwd	107	69.0	1	57		

2.4 Stimuli

Tot de experimentele stimuli in het huidige onderzoek behoorden twee casussen, waarvan elke participant er willekeurig een kreeg toebedeeld om te lezen en er vragen over te beantwoorden. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een casus omdat deze de mogelijkheid biedt om van belang zijnde variabelen op experimentele wijze te manipuleren, en tegelijkertijd andere specifieke aspecten te standaardiseren. Dit maakt vergelijking binnen en tussen condities mogelijk (Schulte, 2002).

In beide casussen werd een identieke vrouwelijke persoon beschreven die overleed aan kanker. Het onderscheid in casussen werd gemaakt op basis van de vorm van kanker. Een casus betrof een vrouwelijk persoon met als doodsoorzaak borstkanker. De andere casus betrof een vrouwelijk persoon met als doodsoorzaak longkanker, met voorafgaand rookgedrag. Het onderscheid in de vorm van kanker in combinatie met rookgedrag vormde de

basis voor de al dan niet aanwezigheid van een algemeen gesuggereerde gepercipieerde eigen aandeel in de totstandkoming ervan. Voor longkanker als doodsoorzaak met de mogelijkheid tot gepercipieerd eigen aandeel is gekozen, omdat minstens 85 % van alle gevallen van longkanker toe te schrijven is aan het roken van sigaretten, gedrag van de patiënt zelf (McKenna Gulyn & Youssef, 2010). Tevens voelen longkankerpatiënten zich gestigmatiseerd en achten zij zichzelf verwijtbaar door het idee dat de ziekte zichzelf toegebracht is door het rookgedrag (Chapland, Ziebland & Mcpherson, 2004). Borstkanker als doodsoorzaak vormt een goed contrast omdat het een soortgelijke ziekte is, maar bekend staat niet veroorzaakt te worden door het eigen gedrag.

2.5 Meetinstrument

Na het lezen van de casus werd er bij participanten schriftelijk een vragenlijst afgenomen. Deze bestond uit 16 items met betrekking tot de beoordeling van de overledene, gevolgd door 10 items met betrekking tot de nabestaanden en ten slotte 10 demografische items. De items met betrekking tot de beoordeling van de overledene omvatten zes items van de Prejudicial Evaluation Scale (PES; Kelly, Lawrence, Smith, Hood & Cook, 1987), vijf items van de Attribution Questionnaire 27 (AQ27; Corrigan, 2008) en een item van de Multidimensional Health Locus of Control (MHLc; Halpert & Hill, 2011). De items met betrekking tot de nabestaanden zijn zelf opgestelde items of afgeleide items van de bovenstaande vragenlijsten. Behalve de demografische vragen, werden alle items gescoord op een 7-punts Likert schaal.

Prejudicial Evaluation Scale

De items met betrekking tot de beoordeling van de overledene omvatten zes items van de PES (Kelly, et al., 1987), vijf items van de AQ27 (Corrigan, 2008). De PES is een uit 12 items bestaand meetinstrument dat is ontwikkeld voor het testen van de wijze waarop slachtoffers op interpersoonlijk niveau worden beoordeeld (Kelly et al., 1987). In de vragenlijst wordt deelnemers gevraagd aan te geven in welke mate zij het eens zijn met uitspraken als bijvoorbeeld 'X verdient sympathie en begrip'. Voor dit onderzoek zijn zes items uit de PES geselecteerd omdat de resterende zes niet aansloten op de casus. Deze items zijn, behalve de naam van de hoofdpersoon, in hun originele vorm behouden.

Attribution Questionnaire 27

De AQ 27 (Corrigan, 2008) bestaat uit 27 items en is ontwikkeld voor het blootleggen van negen stereotypen richting personen met een psychische stoornis. In dit onderzoek zijn vier

hiervan gebruikt, namelijk: 1) Schuld: mensen hebben controle over en zijn verantwoordelijk hun ziekte en gerelateerde symptomen; 2) Boosheid: irritatie of ergernis omdat de mensen zelf schuldig zijn aan hun (mentale) ziekte; 3) Sympathie: sympathie omdat mensen worden overwonnen door hun ziekte en 4) Hulp: het verlenen van hulp aan mensen met een (psychische) aandoening. De overige items omtrent stereotypen over gevaar, angst, vermijding, segregatie en dwang zijn in dit onderzoek niet gebruikt vanwege hun ontbrekende relevantie voor dit onderzoek. Alhoewel de vragenlijst ontwikkeld is voor de beoordeling van personen met een psychische stoornis, lenen de items zich in hun originele vorm uitstekend voor voorliggend onderzoek. De Attribution Questionnaire waardeert de items op een 9-punts Likert schaal. In dit onderzoek zijn de items in aansluiting met de rest van de items gewaardeerd op een 7-punts schaal.

Overige items

De resterende items zijn specifiek opgesteld aan de hand van de onderzoeksdoeleinden van het huidige onderzoek. De items besloegen hoofdzakelijk de thema's controleerbaarheid, verantwoordelijkheid en schuld. Een aantal items is direct afgeleid van de PES en MHL0C. De MHL0C is ontwikkeld om te testen hoe mensen denken over factoren die invloed hebben op gezondheid en daarmee van belang voor de huidige onderzoeksdoeleinden. De originele items zijn geherformuleerd zodat zij aansluiten bij de casus, vragenlijst en vraagstelling van het onderzoek. In totaal zijn er twee items afgeleid van de PES en is er een item afgeleid van de MHL0C. Bij zowel de afgeleide items als de zelf opgestelde items is getracht om de items in dezelfde stijl als de PES en MHL0C op te stellen. Items werden in zowel positieve als negatieve richting opgesteld. Tevens werden items op een zo min mogelijke suggestieve manier gesteld om vertekening te voorkomen.

De inventarisatie van demografische gegevens ten slotte, had betrekking op sekse, leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en burgerlijke staat.

2.6 Betrouwbaarheid items

Naast de totaalschaal die bestond uit een optelling van alle items in dezelfde richting, zijn de items onderverdeeld in subschalen. Aangezien de items van verschillende vragenlijsten zijn afgeleid of zelf zijn opgesteld, missen er gegevens betreft de psychometrische kwaliteit van deze items en schalen. Uit een betrouwbaarheidsanalyse komt naar voren dat de schalen 'Negatieve gevoelens', $\alpha = .89$, 'Schuld', $\alpha = .92$, 'Sympathie', $\alpha = .75$, 'Verantwoordelijkheid', $\alpha = .90$, 'Eigen hulpintenties' $\alpha = .91$, 'Inschatting hulpbehoefte van

nabestaanden', $\alpha = .71$ en 'Sympathie aan nabestaanden', $\alpha = .65$ voldoende betrouwbaar zijn. De schaal 'Controleerbaarheid', $\alpha = -.63$ kan daarentegen niet als voldoende betrouwbaar worden beoordeeld volgens het classificatie systeem van Nunnally (Nunnally, 1978) omdat de alpha van de schaal 'Controleerbaarheid' kleiner is dan .60. Een alpha coëfficiënt kleiner dan .60 betekent dat de test te kort is of dat de geselecteerde items te weinig met elkaar gemeen hebben. Hierdoor kan de interne consistentie niet goed gemeten worden en kunnen er geen uitspraken gedaan worden betreft de betrouwbaarheid. Volgens het classificatie systeem van Nunnally, is een alpha coëfficiënt van $>.60$ acceptabel. Een acceptabele coëfficiënt alpha geeft in de meeste situaties een goede schatting van de betrouwbaarheid (Nunnally, 1978).

2.7 Poweranalyse en statistische analyse

Voor het bepalen van de benodigde steekproefomvang werd gekeken naar vergelijkbare onderzoeken. In overeenstemming met deze onderzoeken werd een matig effect verwacht van het waargenomen eigen aandeel op causale attributies en geen effect van het waargenomen eigen aandeel op hulpintenties richting de nabestaanden. Een poweranalyse voor een ANOVA werd uitgevoerd met het SPSS 20. Om een matig effect aan te tonen waren 172 participanten nodig bij een tweezijdige test met alfa van 0.05 en een bèta van 0.10. Bij een alfa van 0.05 en een bèta van 0.20, waren 128 participanten nodig voor een matig effect. Dit onderzoek telde uiteindelijk 154 participanten.

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 20. Allereerst werd een frequentiedistributie gemaakt om de verdeling van de scores te analyseren en uitschieters op te sporen (Field, 2009). Dit resulteerde in normaal verdeelde scores. Het mogelijke verschil tussen de twee onderscheiden groepen werd getoetst met een one-way Analysis of Variance (ANOVA). In deze analyses werd een F-toets verricht voor de significantie en werd gekeken naar de effectgrootte voor de relevantie (Field, 2009). Voor de moderatieanalyse, met het rookgedrag van proefpersonen als mogelijke moderator, werd een Factorial ANOVA uitgevoerd (General Linear Model/ Univariate) Het significantieniveau is voor alle toetsen op .05 vastgesteld.

3. RESULTATEN

3.1 Beoordeling doodsoorzaak

In de resultaten werden significante verschillen gevonden tussen de borst- en de longkankercasus. De overledene aan longkanker werd in zijn geheel negatiever beoordeeld dan de overledene aan borstkanker, $F(1,150) = 147.85, p = .000$. Tabel 1 betreft een overzicht van de resultaten. Longkanker als doodsoorzaak werd als meer controleerbaar beschouwd dan borstkanker, $F(1,152) = 34.76, p = .000$. Participanten met de algemene opvatting dat het overlijden van iemand te wijten is aan het lot, achtten beide doodsoorzaken significant minder controleerbaar, $F(6,151) = 2.18, p = .048$. Deze opvatting verschilde niet tussen beide casussen en had geen invloed op andere variabelen. Participanten bedeeden significant meer verantwoordelijkheid, $F(1,153) = 130.92, p = .000$ en meer schuld $F(1,153) = 239.55, p = .000$ toe aan de overledene met als doodsoorzaak longkanker dan aan de overledene met als doodsoorzaak borstkanker. Tevens vonden participanten dat de overledene aan longkanker haar situatie meer ‘verdiend’ had dan de overledene aan borstkanker, $F(1, 153) = 8.15, p = .005$. Participanten rapporteerden eveneens meer negatieve gevoelens (boosheid en irritatie) ten opzichte van de overledene aan longkanker dan aan borstkanker, $F(1,153) = 30.13, p = .000$. Tegelijkertijd hadden participanten meer medelijden $F(1,153) = 22.58, p = .000$, en sympathie en begrip $F(1,153) = 38.07, p = .000$ voor de overledene aan borstkanker dan aan longkanker.

Tabel 1. *Gemiddelden, standaarddeviaties, F-waarden en significantie van de totaalschaal en de subschalen van de beoordeling van de overledene in beide casussen.*

	Borstkanker		Longkanker		<i>F</i>	<i>p</i>
	M	(SD)	M	(SD)		
Totaalschaal	2.12	(0.67)	3.61	(0.82)	147.85	.000
Controleerbaarheid	3.57	(1.50)	4.81	(1.05)	34.76	.000
Negatieve Gevoelens	1.98	(1.45)	3.39	(1.74)	30.19	.000
Positieve Gevoelens	3.91	(0.83)	3.07	(0.96)	35.11	.000
Verantwoordelijkheid	1.79	(0.94)	3.87	(1.29)	130.92	.000
Schuld	1.64	(0.94)	4.52	(1.33)	239.55	.000

Met betrekking tot de demografische gegevens werden wat betreft sekse, leeftijd, opleidingsachtergrond en burgerlijke staat geen verschillen gevonden in de beoordeling van de doodsoorzaak. Uit de ANOVA tussen de groepen participanten bij wie het onderzoek

schriftelijk met persoonlijke benadering versus digitaal is afgenomen, komen ook geen significante verschillen naar voren in de beoordeling van de doodsoorzaak.

3.2 De houding ten opzichte van de nabestaanden

Uit de analyse van de items omtrent de houding ten opzichte van de nabestaanden komen, op de subschaal ‘Eigen hulpintenties’ na, *overall* geen significante resultaten naar voren. Over het geheel genomen laat de houding van de respondenten geen verschil zien tussen de longkanker en de borstkankercasus in termen van de houding ten opzichte van de nabestaanden, $F(1,149) = .092, p = .763$.

Meer specifiek werd op ‘Inschatting hulpbehoefte van nabestaanden’ geen significant verschil gevonden tussen beide doodsoorzaken, $F(1, 152) = 1.86, p = .174$, evenmin als op ‘Sympathie voor nabestaanden’, $F(1.153) = .56, p = .453$.

Ten aanzien van ‘Eigen hulpintenties’ hadden participanten in geringe mate meer uitgesproken hulpintenties naar de nabestaanden van de longkankercasus dan de borstkankercasus, $F(1,152) = 4.78, p = .030$. Dit betreft een klein, maar significant, verschil.

Tabel 2. Gemiddelden, standaarddeviaties, F-waarden en significantie van de totaalschaal en de subschalen van de hulpintenties richting nabestaanden tussen beide casussen.

	<i>Borstkanker</i>		<i>Longkanker</i>		<i>F</i>	<i>P</i>
	M	(SD)	M	(SD)		
Totaalschaal	5.67	(0.86)	5.71	(0.69)	0.92	.763
Schatting hulpbehoefte	5.65	(0.28)	5.86	(0.28)	1.86	.174
Eigen hulpintenties	5.05	(0.47)	5.54	(0.36)	4.78	.030
Sympathie	5.19	(0.21)	6.06	(0.17)	0.56	.453

Met betrekking tot de demografische variabelen werd een sekseverschil gevonden in de algehele schaal van hulpintenties richting de nabestaanden, waarbij vrouwen hoger scoorden op hulpintenties dan mannen, $F(2,149) = 8.56, p = .000$. In de subschaal ‘Eigen hulpintenties’ rapporteerden vrouwen significant meer hulpintenties dan mannen, $F(2,152), p = .000$. Er werd geen interactie-effect gevonden van de combinatie sekse en doodsoorzaak op de ‘Eigen hulpintenties’ richting nabestaanden. Met betrekking tot leeftijd, opleidingsachtergrond en burgerlijke staat werden geen significante verschillen gevonden in de hulpintenties richting nabestaanden. Uit de vergelijking van de groep participanten met schriftelijke versus digitale afname, komen geen significante verschillen naar voren, op de subschaal ‘Eigen hulpintenties’ na, $F(1,117) = 3.93, p = .05$. Dit betreft een zeer klein verschil, waarbij in de groep van digitale afname in geringe mate meer hulpintenties werden gerapporteerd.

3.3 Waargenomen persoonlijke gelijkens als moderator

De analyse van een mogelijke modererende effect van waargenomen persoonlijke gelijkens van de beoordelaar met het slachtoffer op de algehele beoordeling van de doodsoorzaak, levert geen significante resultaten op, $F(2,151) = .13, p = .882$. Meer specifiek werd geen modererend effect gevonden van waargenomen persoonlijke gelijkens met het slachtoffer op toewijzing van verantwoordelijkheid, $F(2,154) = .15, p = .860$, toewijzing van schuld, $F(2,154) = .07, p = .928$, negatieve gevoelens richting het slachtoffer, $F(2,151) = .56, p = .571$, en sympathie voor het slachtoffer, $F(2,154) = .104, p = .901$.

Tevens werd geen modererend effect gevonden van waargenomen persoonlijke gelijkens met het slachtoffer op hulpintenties richting de nabestaanden in het geheel, $F(2,150) = .131, p = .877$, op 'Inschatting hulpbehoefte van nabestaanden', $F(2,153) = .01, p = .992$, op 'Eigen hulpintenties', $F(2,153) = .77, p = .464$ en op 'Sympathie voor nabestaanden', $F(2,154) = .35, p = .703$. Het huidige onderzoek biedt geen ondersteuning voor de hypothese dat rokers en niet-rokers verschillen in hun beoordeling van de borst- versus longkankercasus.

4. DISCUSSIE

Het huidige onderzoek werd gericht op de vraag of doodsoorzaken met een gepercipieerd eigen aandeel daarin, anders worden beoordeeld door derden dan doodsoorzaken zonder gepercipieerd eigen aandeel. Verwacht werd dat de overledene aan longkanker negatiever zou worden beoordeeld dan de overledene aan borstkanker. Consistent met de hypothesen, blijkt uit de resultaten dat de doodsoorzaak met gepercipieerd eigen aandeel, in geringe mate negatiever wordt beoordeeld door derden dan doodsoorzaken zonder gepercipieerd eigen aandeel.

Op basis van de attributietheorie werd verwacht dat personen overleden aan een doodsoorzaak met gepercipieerd eigen aandeel, meer verantwoordelijk zouden worden gehouden voor het overlijden. Uit de resultaten blijkt dat de overledene aan borstkanker minder verantwoordelijk wordt gehouden voor diens overlijden dan de overledene aan longkanker. De overledene aan borstkanker werd grotendeels niet verantwoordelijk gehouden voor diens overlijden en de daarvoor rokende overledene aan longkanker werd neutraal verantwoordelijk gehouden. Hoewel de overledenen in beide casussen niet expliciet verantwoordelijk gehouden worden door het overgrote merendeel van de deelnemers, wordt

de overledene aan longkanker meer verantwoordelijk gehouden dan de overledene aan borstkanker. Dit verschil in de mate van toekenning van verantwoordelijkheid, ondersteunt de hypothese en de attributietheorie. De attributietheorie stelt namelijk dat er meer verantwoordelijkheid wordt toegekend als de vervelende uitkomst een gevolg is van een eigenschap of gedraging van een persoon (Weiner, 1995). Dit is in het huidige onderzoek ook het geval. Gezien het feit het overlijden aan longkanker veelal het gevolg is van het rookgedrag, en borstkanker, voor zover bekend, geen gevolg is van een eigenschap of gedraging van een persoon, wordt er meer verantwoordelijkheid toegekend aan de overledene aan longkanker dan aan borstkanker.

Het grootste verschil in de beoordeling van het slachtoffer met en zonder gepercipieerd eigen aandeel, werd gevonden in de toekenning van schuld. De overledene aan borstkanker werd grotendeels niet schuldig bevonden ten opzichte van de overledene aan longkanker die enigszins wel schuldig werd bevonden voor diens doodsoorzaak. Interessant is dat de overledene aan longkanker in enige mate meer schuld, dan verantwoordelijkheid toebedeeld kreeg. Het feit dat er meer schuld wordt toegekend aan de overledene aan longkanker ten opzichte van de overledene aan borstkanker komt overeen met de bevindingen van het onderzoek van Marlow, Warrel en Wardle (2010). Uit hun onderzoek bleek meer schuld te worden toegekend aan mensen met longkanker dan aan mensen met een andere vorm van kanker (waaronder borstkanker). Zij stellen dat het koppelen van risicovolle gedragsfactoren aan kanker de publiekelijke attitudes richting mensen met bepaalde typen van kanker kan veranderen (Marlow, et al., 2010). Roken is een bekende gedragsmatige risicofactor die gekoppeld is aan longkanker. Dit leidt tot meer toekenning van schuld aan de overledene aan longkanker dan aan de overledene aan borstkanker. Het toekennen van schuld hangt tevens samen met de attributie theorie. Men suggereert dat er bij het toekennen van schuld sprake is van een proces beginnende met het maken van causale attributies, gevolgd door attributies gericht op verantwoordelijkheid en ten slotte attributies betreffende schuld (Marlow, et al., 2010). Schuld ontstaat wanneer normatief neutrale gedachten over de oorzaak van de ziekte (de causale attributie) veranderen in een morele tekortkoming van de desbetreffende persoon (Gollust & Lynch, 2010). Weiner et al. (1988) stellen dat er meer schuld wordt toegekend aan ziekten die als controleerbaar beschouwd kunnen worden, dan aan ziekten die als oncontroleerbaar kunnen beschouwd worden. Dit biedt een verklaring voor de toekenning van meer schuld aan de overledene aan longkanker ten opzichte van borstkanker.

Wat betreft de overtuiging dat het slachtoffer diens situatie verdiend heeft, vinden participanten dat de overledene aan borstkanker diens situatie helemaal niet verdiend heeft en de overledene aan longkanker diens situatie grotendeels ook niet verdiend heeft. Hoewel de participanten vonden dat beide slachtoffers hun situatie niet verdiend hadden, is er een verschil in de mate van overtuiging van het verdienen van de situatie tussen de twee doodsoorzaken. Ten opzichte van de overledene aan borstkanker, wordt van de overledene aan longkanker gevonden dat deze het voor een klein deel wel verdiend heeft. Dit is een bescheiden, maar significant verschil dat verklaard kan worden door de “Just World”-hypothese waarin wordt gesteld dat mensen de motivationele behoefte hebben om te geloven dat de wereld een eerlijke plek is en mensen de uitkomsten van hun gedrag verdienen (Grubb & Harrower, 2008). Dit verklaart het verschil dat zich bevindt tussen de beoordeling van de overledenen aan borstkanker en longkanker. Uit vergelijkbaar onderzoek van Nudelman en Shiloh (2011) naar causale attributies omtrent ziekten en de beoordeling van de eerlijkheid hiervan, blijkt dat ziekten met een geïdentificeerde gedragsmatige oorzaak als meest rechtvaardig worden beoordeeld ten opzichte van ziektes met een verborgen (genetische of psychosociale) oorzaak of ziektes veroorzaakt door het milieu. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van het huidige onderzoek, waaruit blijkt dat de overledene aan longkanker diens situatie meer verdiend heeft dan de overledene aan borstkanker.

Wat betreft de gevoelens van de beoordelaars richting de overledene, blijkt er in geringe mate minder sympathie en begrip te zijn voor de overledene aan longkanker. Dit sluit aan op de onderzoeksresultaten van Sloan en Gruman (1993), waarin er minder sympathie was voor patiënten die leden aan “te voorkomen” ziekten. Tegelijkertijd was er ook in geringe mate sprake van meer boosheid en irritatie richting de overledene aan longkanker. Deze resultaten bevestigen de stelling dat ziekten waarvan het ontstaan controleerbaar wordt geacht, meer verwijt, meer boosheid en minder sympathie oproepen bij buitenstaanders dan ziekten waarvan het ontstaan oncontroleerbaar wordt geacht (Weiner et al., 1988).

De tweede onderzoeksvraag is of het wel of niet hebben van een gepercipieerd eigen aandeel in het eigen overlijden, invloed heeft op de hulpintenties richting nabestaanden. Verschillende onderzoeken hebben uitgewezen dat mensen minder hulpintenties hebben richting personen die verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun ziekte dan richting personen die niet verantwoordelijk worden gesteld voor hun ziekte (Kelly, 2007; McDonell, 1993). Echter, gaat het hierbij om hulpintenties richting een actor die verantwoordelijk wordt gesteld. Er is daarentegen, zoals in de inleiding aan de orde is geweest, weinig onderzoek gedaan naar hulpintenties richting nabestaanden van de verantwoordelijk gestelden. Het

huidige onderzoek neemt naast de beoordeling van de doodsoorzaak ook de hulpintenties richting nabestaanden mee en kan daarom als vernieuwend worden beschouwd. In het huidige onderzoek werd verwacht dat nabestaanden van een overledene door gepercipieerde eigen aandeel in geringe mate minder hulp geboden zouden krijgen binnen hun sociale kring. De onderzoeksresultaten bieden evenwel geen ondersteuning voor deze hypothese. Participanten schatten de algemene hulpbehoefte van de nabestaanden gelijk in in beide condities. Tevens was er evenveel sympathie voor de nabestaanden van de overledene aan borstkanker als aan longkanker. Ten aanzien van hun eigen hulpintenties hadden participanten in geringe mate meer uitgesproken hulpintenties naar de nabestaanden van de longkankercasus dan de borstkankercasus. Echter, betreft dit een verwaarloosbaar verschil. De hulpintenties richting nabestaanden lijken dus niet te worden beïnvloed door het gepercipieerde eigen aandeel van de overledene. Uit eerder onderzoek op dit gebied van Van der Ploeg en Poot (2010) komen ook geen verschillen naar voren in hulpintenties richting nabestaanden van verschillende doodsoorzaken.

Een alternatieve verklaring voor deze resultaten zou gelegen kunnen zijn in het proces van “attitude accessibility”, die de vraagstelling naar een intentie teweeg kan brengen. “Attitude accessibility” betreft de invloed die het stellen van een vraag over een intentie aan mensen heeft op de daadwerkelijke daarop volgende intentieverklaring. Het bestaan van dit effect wordt over het algemeen toegeschreven aan een verhoogde cognitieve toegankelijkheid van de attitude ten opzichte van het gedrag (Morwitz & Fitzsimons 2004). Zo ook zouden de vragen naar de hulpintenties, hulpintenties op cognitief niveau hebben geactiveerd en geleid hebben tot een hogere rapportage van die intenties. Interessant zou zijn vervolgonderzoek te verrichten met indirecte, impliciete metingen om dit effect tegen te gaan.

Ten slotte werd onderzocht of waargenomen persoonlijke gelijkens met het slachtoffer een positief effect heeft op de beoordeling van de doodsoorzaak en de hulpintenties richting nabestaanden. Verwacht werd dat rokers een mede-roker die aan longkanker overleed, minder negatief zouden beoordelen dan dat niet-rokers dit zouden doen. Echter, bieden de onderzoeksresultaten geen ondersteuning voor deze hypothese. Rokers beoordeelden de overledene aan longkanker niet positiever dan niet-rokers, ondanks dat rokers in de longkankercasus geconfronteerd werden met de fataliteit van hun rookgedrag. In het huidige onderzoek werd waargenomen persoonlijke gelijkens gemeten op basis van aan- of afwezig rookgedrag, ofwel het zijn van een roker of een niet-roker. De verklaring voor het uitblijven van een positief effect van persoonlijke gelijkens op de beoordeling van de overledene zou gelegen kunnen zijn in een mogelijk ontwikkelde ondergevoeligheid van

rokers voor de fataliteit van hun rookgedrag, door de continue blootstelling aan boodschappen over het gevaar van roken in de media en op het product zelf. De continue confrontatie zou geleid kunnen hebben tot minder angst en minder gevoel van dreiging tijdens de confrontatie met de fataliteit van roken in de longkankercasus. Hierdoor zou een verminderde noodzaak kunnen bestaan om cognitief vertekend met deze confrontatie om te gaan. Zij weten immers dat roken dodelijk is en kiezen desondanks voor continuering van het rookgedrag. Om deze hypothese te toetsen en om het effect van waargenomen persoonlijke gelijkens nogmaals te meten, zou het interessant zijn in vervolgonderzoek gebruik te maken van een andere basis voor waargenomen persoonlijke gelijkens.

4.1 Kanttekeningen bij het huidige onderzoek

De resultaten van het huidige onderzoek kunnen door verschillende factoren beïnvloed zijn. Allereerst is er in de huidige studie onderzoek verricht naar hulpintenties en niet naar hulpgedrag. Dat iemand een bepaalde intentie rapporteert, wil niet zeggen dat diegene dit gedrag ook daadwerkelijk zou uitvoeren als de mogelijkheid zich voordoet. Uit de meta-analyse van Sheeran (2002) blijkt dat gemiddeld slechts 28% van de variatie in gemeten gedrag kan worden verklaard aan de hand van intentie. Verschillende onderzoeken tonen aan dat er geen verband is tussen expliciete attitude en gedrag, noch tussen expliciete attitude en impliciete attitude (Schaap, 2004). In het huidige onderzoek is de beoordeling van de doodsoorzaak en de meting van de hulpintenties gedaan middels meting van expliciete attitudes. Echter, zijn expliciete attitudes niet altijd een correcte weergave van de daadwerkelijke dieperliggende attitudes. Zo kan iemand op expliciet niveau vinden dat hij een bepaald persoon niet mag veroordelen, maar kan op impliciet niveau toch wat anders blijken (Van Hecke, 2009). Vooral in de context van openlijke expressie van evaluaties over maatschappelijk gevoelige onderwerpen, kunnen gecontroleerde processen de openlijke expressie van negatieve automatische reacties remmen (Arendt, Marquart & Matthes, 2013). Voor completere onderzoeksresultaten zou het daarom interessant zijn vervolgonderzoek te verrichten met meting van impliciete, of wel associatieve attitudes. Diens activeringsprocessen vereisen geen intentie om een object te evalueren (Cunningham, Raye & Johnson, 2004). Het impliciet meten van attitudes vertoont een sterker verband met het gedrag dan het expliciet meten van attitudes (Schaap, 2004). In een werkelijke situatie waarin gehandeld moet worden, is men zich ook niet sterk bewust van zijn of haar attitudes (Schaap, 2004). Omdat daadwerkelijk hulpgedrag lastig te meten is, lijkt het meten van impliciete

attitudes een goed alternatief dat dichterbij het hulpgedrag komt dan het meten van expliciete attitudes.

Ten tweede zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de gebruikte vragenlijsten. In het huidige onderzoek is er geen gebruik gemaakt van een volledige, bestaande vragenlijst. Uit drie vragenlijsten (PES, AQ en MHLoC) zijn items geselecteerd die in ogen van de onderzoekers de vraagstelling van het onderzoek beoogden te meten. De huidige samengestelde vragenlijst is beoordeeld middels face validiteit en niet psychometrisch getest voor gebruik. Hierdoor waren er geen gegevens beschikbaar betreffende betrouwbaarheid en validiteit ten tijde van het gebruik van het meetinstrument. Voor vervolgonderzoek is het van belang dat er gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument met een bekende, goede psychometrische kwaliteit.

Ten derde is het onderzoek op twee verschillende manieren afgenomen, namelijk deels schriftelijk en deels digitaal. Begonnen is met schriftelijke afname met persoonlijke benadering. Voor een groter bereik is er halverwege de dataverzameling gekozen om digitale afname mogelijk te maken door middel van Thesistool. Door de gemakkelijke verspreiding hiervan konden er in korte tijd meer participanten worden geworven. Echter biedt digitale afname in vergelijking met schriftelijke afname met persoonlijke benadering niet de mogelijkheid tot het direct stellen van vragen en weerhoudt het participanten achteraf contact op te nemen.

Ten slotte is aan de participanten niet gevraagd of zij een dierbare verloren hebben aan borstkanker of longkanker. Als men iemand is verloren aan een van de betreffende ziekten, kan dit bewust of onbewust het invullen van de vragenlijst beïnvloed hebben. Daarnaast kan eigen ervaring van verlies van een dierbare in het algemeen, invloed hebben op de hulpintenties richting nabestaanden door het zich in een soortgelijke situatie bevonden te hebben.

Concluderend kan worden gesteld dat de bevindingen van het huidige onderzoek suggereren dat een doodsoorzaak met een gepercipieerd eigen aandeel in zijn geheel negatiever wordt beoordeeld dan de doodsoorzaak zonder gepercipieerd eigen aandeel. In de houding ten opzichte van de nabestaanden blijkt dat de aan- of afwezigheid van een gepercipieerd eigen aandeel geen invloed heeft op de hulpintenties.

REFERENTIES

- Arendt, F., Marquart, F., & Matthes, J. (2013). Positively valenced, calming political ads. Their influence on the correspondence between implicit and explicit attitudes. *Journal of Media Psychology, 25*, 72-82.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2010). *Social psychology, seventh edition*. New Jersey: Pearson education.
- Blount, S. (1995). When social outcomes aren't fair: The effect of causal attributions on preferences. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 63*, 131-144.
- Chapple, A., Ziebland, S. & Mcpherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *British Medical Journal, 328*, 1470-1475.
- Corrigan, P. (2008). A toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness. Verkregen op 12 december 2012 van <http://www.dmh.ca.gov/PEIStatewideProjects/docs/CorriganToolkitforEvaluation.pdf>.
- Currier, J. M., Holland, J. M., Coleman, R. A., & Niemeyer, R. A. (2006). Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In R. Stevenson & G. Cox (Eds.), *Perspectives on violence and violent death*. Amityville, New York: Baywood.
- DeJoy, D.M. (1987). Perpetrators' and servers' responsibility and punishment for drunk-driving outcomes. *Perceptual and Motor Skills, 64*, 455-460.
- Dexter, H.D., Linz, D., Penrod, S. & Saunders, D. (1997). Attributing Responsibility to female victims after exposure to sexually violent films. *Journal of applied social psychology, 27, 24*, 2148-2171
- Feigelman, W., Jordan, J.R. & Gorman, B.S. (2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega, 58*, 251-273.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (third edition). London: Sage Publications. ISBN: 978-1-84787-907-3.
- Field, N.P., Bonanno, G.A., Williams, P. & Horowitz, M.J. (2000). Appraisals of blame in adjustment in conjugal bereavement. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 551-569.
- Fulero, S. & DeLara, C. (1976). Rape victims and attributed responsibility: A defensive attribution approach. *Victimology, 1*, 551-563
- Furnham, A. (2002). Belief in a just world: research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences, 34*, 795-817.
- Goldstein, N.J. (2007). Motivated attributions: Enhancing the self by enhancing close others. *Dissertation Abstracts International, 68(4)*, 2712-B
- Gollust, S.E. & Lynch, J. (2010). Who Deserves Health Care? The Effects of Causal Attributions and Group Cues on Public Attitudes about Responsibility for Health Care Costs. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 36*, 1061-1095.
- Grubb, A. & Harrower, J. (2008). *Agression and violent behavior, 3*, 396-405
- Halpert, R. & Hill, R. (2011). *The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement: A researcher's guide to some of the more commonly used Locus of Control scales*. Beach Heaven, NJ. ISBN: 978-0-9833464-3-2.
- Hood, R.W. Jr., Spilka, B., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion, second edition*. New York: The Guilford Press.
- Houck, J.A. (2008). A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 6*, 97-112.
- Idler, E.L., Kasl, S.V. & Hays, J.C. (2001). Patterns of religious practice and belief in the last year of life. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*, 326-334.

- Kelley, H.H. & Michela, J.L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- Kelly, J., St Lawrence, J., Smith, H., Hood, S., & Cook, D. (1987). Medical students' attitudes towards AIDS and homosexual patients. *Journal of Medical Education*, 62, 549–556.
- Kelly, R.P. (2007). An attributional analysis of predicted social support towards women with lung cancer in comparison to women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International*, 68, 3448-B.
- Krebs, D. L. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 1134-1146.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world: A Fundamental Delusion*. New York: Plenum Press.
- Luteijn, F., Barelds, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H. & Vertommen, H. (2011). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- McDonell, J.R. (1993). Judgments of personal responsibility for HIV infection: An attributional analysis. *Social Work*, 38, 403-410.
- McKenna Guly, L. & Youssef, F. (2010). Attribution of blame for breast and lung cancers in women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 291-301.
- Morwitz, V.G., Fitzmons, G.J. (2004), The mere-measurement effect: why does measuring intentions change actual behavior? *Journal of Consumer Psychology*, 14(1-2), 64-74.
- Mumma, C., & McCorkle, R. (1982). Causal attribution and life-threatening disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12, 311–319.
- Ness, D.E. & Pfeffer, C.R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 279-285.
- Nudelman, G. & Shiloh, S. (2011). Who deserves to be sick? An exploration of the relationships between belief in a just World, illness causal attributions and their fairness judgements. *Psychology, Health & Medicine*, 16, 675-685.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Peters, L., den Boer, D.J., Kok, G. & Schaalma, H.P. (1994). Public reactions towards people with AIDS: An attributional analysis. *Patient Education and Counseling*, 24, 323-335.
- Range, L.M. & Thompson, K.E. (1987). Community responses following suicide, homicide, and other deaths: The perspective of potential comforter. *The Journal of Psychology*, 121, 193-198.
- Robbennolt, J.K. (2000). Outcome severity and judgments of 'responsibility': A meta-analytic review. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 257-2609.
- Ross, L. D. (1977). *The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process*. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 173-220. New York: Academic Press.
- Schaap, K. (2004). Genderstereotypen en sociaal wenselijke attitudes over een eerste afspraakje. Verkregen op 10 april 2013 via http://www.google.nl/#sclient=psy-ab&q=schaap+expliciete+attitude&oq=schaap+expliciete+attitude&gs_l=hp.3...41062.48578.1.48843.22.16.1.0.0.3.1906.7578.0j1j4j3j1j1j2j1j1.14.0...0.0...1c.1.12.psy-ab.n6CLpQlq6ro&pbx=1&bav=on.2,or.&bvm=bv.46471029,d.d2k&fp=4680c95870350824&biw=1280&bih=603
- Shaver, K. G. (1975). *An introduction to attribution processes*. Cambridge, MA: Winthrop.
- Shaver, K.G. (1985). *The attribution of blame: Causality, responsibility and blameworthiness*. New York: Springer-Verlag.
- Sheeran, P. (2002). Intentions–behavior relations: A conceptual and empirical review. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology*, 12, 1–36.

- Skelton, J.A. (2006). How negative are attitudes toward persons with AIDS? Examining the AIDS-leukemia paradigm. *Basis and Applied Social Psychology*, 28, 251-261.
- Sloan, R. & Gruman, J. (1983). Beliefs about cancer, heart disease and their victims. *Psychological Reports*, 52, 415-424.
- Sprott, David, et al. (2006). The question-behavior effect: What we know and where we go from here, *Social Influence*, 1(2), Psychology press, 128-137.
- Stewart, A.E. (2005). Attributions of responsibility for motor vehicle crashes. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 681-688.
- Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 13-29.
- Van der Ploeg, S. & Poot, A. (2009). Attitudes ten opzichte van nabestaanden, maakt de doodsoorzaak uit? Verkregen op 6 oktober 2012 via <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-1210-200121/Thesis%20Stefanie%20vd%20Ploeg%20en%20Annemarijn%20Poot.pdf>.
- Van Hecke, K. (2009). *Inconsistentie tussen intentie en gedrag*. Verkregen op 28 april 2013 via lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/.../RUG01-001392180_2010_0001_AC.pdf
- Walster, E. (1966). Assignment of responsibility for an accident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 73-79.
- Weiner, B. (1995). *Judgements of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: The Guilford Press.
- Weiner, B., Perry, R.P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reaction to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Worden, J.W. (2004). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.