

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

Melissa Abbink 3502902

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie, januari 2014

Universiteit Utrecht

Begeleider: Dr. Henk Schut

ABSTRACT

This study investigated whether a perceived part in the own decease have or doesn't have effect on the evaluation of cause of death and intentions to help the bereaved. Furthermore the influence of religiosity on the evaluation of cause of death was examined. With an independent between-groups design, two case studies concerning breast cancer and lung cancer as causes of death were compared. The results show the deceased from lung cancer was evaluated more negative in a mild but significant way. Also more responsibility, blame and negative feelings were reported. However, this did not effect the intentions to help the bereaved. Believing in a higher power and believing that death is determined by a higher power did not have any effect on the evaluation of cause of death. Nevertheless, it was found that women are more likely than men to believe that death is determined by a higher power.

SAMENVATTING

Het experiment betrof een onafhankelijke tussen-groeps design met als doel het effect van het wel of niet hebben van een gepercipieerd eigen aandeel in het overlijden op de beoordeling van de doodsoorzaak en de hulpintenties richting de nabestaanden te onderzoeken. Tevens werd de invloed van religiositeit op de beoordeling van de doodsoorzaak onderzocht. Middels twee casussen werd de beoordeling van een overledene aan borstkanker met een overledene aan longkanker vergeleken. De overledene aan longkanker werd op milde doch significante wijze negatiever beoordeeld, kreeg meer verantwoordelijkheid en schuld toegewezen en men had meer negatieve gevoelens richting degene. Echter had dit geen invloed op de hulpintenties richting de nabestaanden. Tenslotte hadden het geloven in een hogere macht en geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt geen invloed op de beoordeling van de doodsoorzaak. Wel bleek dat vrouwen vaker geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt dan mannen.

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 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.

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 Gulyyn & 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; Stewart, 2005; Walster, 1966). 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 ongeval, 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).

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).

Toekenning van verantwoordelijkheid en 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 McDonell (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 (McDonell, 1993).

Toekenning verantwoordelijkheid en 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 recenter onderzoek (Van der Ploeg & Poot, 2010) naar het effect van doodsoorzaak op de attitudes ten opzichte

van nabestaanden komen geen eenduidige resultaten naar voren.

Centrale onderzoeksvraag en hypothesen

Door de onbekendheid van mogelijke verschillen in beoordeling van doodsoorzaken met of zonder eigen aandeel, luidt de centrale vraag in het onderhavige 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 wordt geacht, negatiever worden beoordeeld door derden dan doodsoorzaken waarbij het eigen gedrag niet van invloed wordt geacht. 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.

Attitudes ten aanzien van de dood en religiositeit en hypothesen

Wanneer men geconfronteerd wordt met de dood, wordt het vinden van betekenis en waarde van het leven vaak een centraal aandachtspunt (Sulmasy, 2006). Velen richten zich in dit geval tot hun religie. In religies heeft de dood vaak een centrale rol en religieuze overtuigingen spelen derhalve een belangrijke rol in de manier van omgaan met existentiële onderwerpen zoals de dood (Dezutter, Luyckx & Hutsebaut, 2009). Daarnaast kunnen religieuze overtuigingen mensen troost en steun bieden (Edmondson, Park, Chaudoir & Wortmann, 2008; Richardson, Berman & Piwowarski, 1983). Religieuze overtuigingen en attitudes zijn diepgewortelde aspecten van een religie en ze beïnvloeden veelal het psychisch functioneren van een persoon (Dezutter et al., 2009). De religieuze overtuigingen en attitudes behoren tot een kader dat een

religie schetst. Dit kader biedt antwoorden op existentiële en dus ook doodgerelateerde vragen en helpt mensen bij het vormen en structureren van hun begrip van de wereld (Dezutter et al., 2009; McIntosh, 1995).

Individuele religieuze overtuigingen zijn belangrijke factoren bij het ontwikkelen van de attitude ten aanzien van de dood. Deze overtuigingen kunnen variëren van de dood als iets bedreigends en onbegrijpelijk tot de dood als een natuurlijk eindpunt van het leven. Religieuze mensen hebben vaak de overtuiging dat het menselijk leven een geschenk van God is. God heeft het leven geschonken en is tevens de enige die bepaalt wanneer het leven eindigt (Hardwig, 1996). Het zelf beëindigen van het leven of iemand helpen bij het beëindigen van zijn of haar leven wordt bij mensen met deze overtuiging vaak als een zonde gezien. Zo zien mensen met deze religieuze overtuiging suïcide als een morele misdaad en accepteren de normaliteit van suïcide onder de meeste omstandigheden niet (Koenig, 2009). Er blijkt dan ook minder sprake te zijn van suïcide onder religieuze mensen dan onder niet-religieuze mensen. (Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Behalve dat er religieuze mensen zijn die vinden dat God bepaalt wanneer het leven eindigt, zijn er ook religieuze

mensen die in een hiernamaals geloven en veronderstellen dat de dood niet het einde is (Dezutter et al., 2009). Door deze overtuiging hebben religieuze mensen vaak meer acceptatie voor de dood dan niet-religieuze mensen. Er is namelijk gebleken dat religie, het geloven in een hiernamaals, angst voor de dood en het accepteren van de dood in hoge mate gerelateerd zijn aan elkaar (Falkenhain & Handal, 2003). Dit wordt ondersteund door het onderzoek van Harding, Flannelly, Weaver en Costa (2005), waaruit blijkt dat zowel het sterk geloven in een God als het geloven in een hiernamaals negatief correleren met de angst voor de dood en positief correleren met het accepteren van de dood. De overtuiging dat God de enige is die bepaalt wanneer het leven eindigt, is wellicht een reden waarom religieuze mensen minder doodsangst en meer acceptatie voor de dood ervaren dan niet-religieuze mensen. Wellicht dat dit zelfs leidt tot een meer positieve attitude van religieuze mensen ten aanzien van de dood ten opzichte van niet-religieuze mensen.

Factoren zoals het geloven in een God, religieuze overtuigingen en attitudes, het geloven in een hiernamaals, angst voor de dood en het accepteren van de dood bepalen mede de individuele attitude ten aanzien van de dood. Echter, het is niet helemaal bekend in hoeverre deze factoren op zich effect hebben op de beoordeling

van doodsoorzaken met of zonder gepercipieerd eigen aandeel in het overlijden. Hierdoor ontstaat de vraag: verschilt de beoordeling van het hebben van een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden voor mensen die in een hogere macht geloven van mensen die niet in een hogere macht geloven? Verwacht wordt dat mensen die in een hogere macht geloven doodsoorzaken met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden negatiever beoordelen dan doodsoorzaken waarbij er geen sprake is van een gepercipieerd aandeel in het overlijden. Tevens wordt verwacht dat mensen die geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt, een meer negatieve attitude hebben ten aanzien van de doodsoorzaak met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden dan mensen die niet geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald.

METHODEN

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.

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 bestond uit vijf weken en vond plaats tussen 14 januari tot en met 11 februari 2013. De participanten werden persoonlijk uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Er werd uitgelegd dat het onderzoek bestond uit een casus met een bijbehorende vragenlijst en dat deelname aan het onderzoek ongeveer tien minuten

tijd in beslag zou nemen. Het doel en onderwerp van het onderzoek bleven onbekend voor de participanten. De werving van participanten in de trein vond plaats op de treinverbinding Utrecht-Leiden. Werving van participanten vond gedurende 14 januari 2013 en 25 januari 2013 op dinsdag tot en met vrijdag, tussen 7.00u en 7.30u plaats. 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.

Participanten werden 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.

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		

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.

Meetinstrument

Na het lezen van de casus werd er bij participanten schriftelijk een vragenlijst afgenomen. Deze bestond uit zestien items met betrekking tot de beoordeling van de overledene, gevolgd door tien 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 (MHLoC; 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 MHLoC. De MHLoC 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 MHLoC. Bij zowel de afgeleide items als de zelf opgestelde items is getracht om de items in dezelfde stijl als de PES en MHLoC 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.

Religiositeit

Van de tien demografische vragen hadden drie vragen betrekking tot religiositeit. Hierbij werd er gevraagd in hoeverre een persoon lid is van een religieuze gemeenschap en/of een godshuis bezoekt. Tevens werd er geïnventariseerd in hoeverre een persoon gelooft in God en tenslotte werd er gevraagd in hoeverre een persoon gelooft in een hiernamaals. Deze items zijn specifiek opgesteld aan de hand van de onderzoeksdoeleinden van het onderzoek.

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).

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.

RESULTATEN

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 2 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 bedeedden 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 2. *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>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
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.

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. Zie Tabel 3 voor een overzicht van de resultaten. 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 3. 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, $F(2,152) = 10.18, p = .000$. 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.

Religiositeit

De data laten overall geen significante verschillen zien tussen het wel of niet geloven in een hogere macht en de beoordeling van de doodsoorzaak, $F(4,146) = 1.217, p = .289$. Tevens zijn er geen significante resultaten gevonden tussen het geslacht en het geloven in een hogere macht $t(151) = -2.74, p > .05$. Leeftijd $F(34,153) = .765, p = .814$, opleiding $F(4,153) = .366, p = .832$ en burgerlijke staat $F(4,153) = 1.141, p = .340$ lieten eveneens geen significante verschillen zien met betrekking tot het geloven in een hogere macht. Daarnaast is er geen significante correlatie tussen leeftijd en het geloven in een hogere macht ($r = -.032, n = 154, p > .05$), opleidingsniveau en het geloven in een hogere macht ($r = .057, n = 154, p > .05$) en tussen leeftijd en opleidingsniveau ($r = -.120, n = 154, p > .05$).

Ten slotte zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de beoordeling van de doodsoorzaak en de mate waarin geloofd wordt dat sterven door een hogere macht wordt bepaald,

$F(5,150) = 1.728, p = .132$. Echter is er wel een significant verschil tussen het geslacht geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald ($t(151) = -2.28, p > .05$). De resultaten laten zien dat vrouwen significant meer geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald dan mannen. Leeftijd en het geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald liet geen significant verschillen zien ($F(34,153) = .964, p = .532$). Tevens bleken er geen significante verschillen te zijn betreffende opleidingsniveau ($F(4,153) = .591, p = .670$) en burgerlijke staat ($F(4,153) = .894, p = .469$), ten opzichte van het geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald.

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 voor 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.

Vervolgens werd er in het huidige onderzoek verwacht dat mensen die in een hogere macht geloven doodsoorzaken met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden negatiever beoordelen dan doodsoorzaken waarbij er geen sprake is van een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden. Uit de resultaten is gebleken dat het huidige onderzoek geen ondersteuning biedt voor deze verwachting. Het geloven in een hogere macht heeft geen invloed op de beoordeling van doodsoorzaken. Dit resultaat is tegenstrijdig met bevindingen

uit eerdere onderzoeken, waaruit is gebleken dat religiositeit positief gerelateerd is aan positieve attitudes ten aanzien van de dood, hierbij denkend aan de dood als een natuurlijk einde van het leven zien, en negatief gerelateerd is aan negatieve attitudes ten aanzien van de dood, zoals de dood als een gevolg van falen in het leven zien (Christopher, Drummond, Jones, Marek & Therriault, 2006). Tevens blijkt dat in landen waar een relatief hoog niveau van religiositeit heerst, mensen suïcide minder accepteren dan in landen waar relatief een lager niveau van religiositeit heerst (Stack & Kposowa, 2011). Het onderzoek van Stack en Kposowa (2011) heeft echter bij het religieuze perspectief op suïcide factoren als religieuze integratie, religieuze betrokkenheid en het religieuze netwerk van mensen meegenomen. Deze factoren kunnen zorgen voor inconsistentie tussen eerdere bevindingen en de bevindingen van het huidige onderzoek, aangezien het huidige onderzoek deze factoren niet heeft meegenomen in het onderzoek. Tevens kan een persoon niet religieus zijn maar wel geloven in een hogere macht, waardoor het in het huidige onderzoek lastig te onderscheiden is in hoeverre religiositeit een rol speelt. Daarnaast richt het huidige onderzoek zich op doodsoorzaken met een gepercipieerd aandeel in het eigen

overlijden in het algemeen en niet alleen op de doodsoorzaak suïcide.

Tenslotte werd er verwacht dat mensen die geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt, een meer negatieve attitude hebben ten aanzien van de doodsoorzaak met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden dan mensen die niet geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald. Ook hier bieden de resultaten geen ondersteuning voor deze verwachting, in tegenstelling tot eerder onderzoek. Veel religies hechten waarde aan het menselijk leven en zien het als de basis van al het goeds dat nodig is voor menselijke activiteiten en zien het leven als een geschenk van God (Jans, 2002). Vanuit dit opzicht wordt door veel religieuze mensen doodsoorzaken met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden als een zonde gezien en zullen deze mensen gestraft worden door God (Gorsuch & Smith, 1983). Echter varieert deze visie per religie. In religies waar het leven als een cyclus en reïncarnatie wordt gezien zoals het hindoeïsme, heeft men mildere attitudes ten opzichte van suïcide dan hierboven beschreven (Bhugra, 2010). Bij het christendom en de islam is suïcide verboden en wordt het als een zonde gezien, maar zelfopofferingen in naam van het geloof worden vaak wel goedgekeurd (Bhugra, 2010; Jarvis & Nortcott, 1987). Wellicht dat er binnen de steekproef sprake

was van verschillende visies ten aanzien van doodsoorzaken met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden, ondanks dat men geloofd dat sterven door een hogere macht wordt bepaald, en biedt dit een verklaring voor de huidige resultaten.

Echter is er wel gebleken dat vrouwen significant meer geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald dan mannen. Uit onderzoeken naar religie is consistent bevonden dat vrouwen religieuzer zijn dan mannen (De Vaus & McAllister, 1987; Roth & Kroll, 2007; Stark, 2002). Tevens is er gebleken dat vrouwen vaker in een hiernamaals geloven en minder angst voor de dood ervaren dan mannen (Berman & Hays, 1975; Neimeyer, 1994; Stark, 2002). Zoals eerder vermeld blijken religie, het geloven in een hiernamaals, angst voor de dood en het accepteren van de dood in hoge mate aan elkaar gerelateerd te zijn. Daarnaast wijzen de resultaten van het onderzoek van Jong, Bluemke en Halberstadt (2013) uit dat de relatie tussen angst voor de dood en het geloven in een hogere macht gemodereerd worden door religie. Deze samenhang van verschillende factoren is wellicht een verklaring voor het feit dat het huidige onderzoek uitwijst dat vrouwen meer geloven dat sterven door een hogere macht wordt bepaald dan mannen.

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 dichter bij 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 MHL0C) 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.

Tevens 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.

Betreft religiositeit heeft het huidige onderzoek gekeken wat de invloed

van het geloven in een hogere macht en het geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt is op de beoordeling van doodsoorzaken. Echter kunnen hier kanttekeningen bij geplaatst worden. Buiten het feit dat er gevraagd is of mensen geloven in een hogere macht en in hoeverre zij geloven dat sterven door een hogere macht bepaald wordt, is er niet onderzocht in hoeverre mensen geloven dat het leven een geschenk van God is, of zij geloven in een hiernamaals en of zij andere mogelijke onderliggende religieuze overtuigingen hebben ten aanzien van de dood. Gezien er is gebleken dat religie, het geloven in een hiernamaals, angst voor de dood en het accepteren van de dood in hoge mate aan elkaar gerelateerd zijn, kan dit voor vertekeningen van de resultaten zorgen in het huidige onderzoek (Falkenhain & Handal, 2003; Harding et al., 2005). Voor vervolgonderzoek is het relevant om het geloven in een hogere macht verder uit te diepen en factoren als acceptatie voor de dood, angst voor de dood en het geloven in een hiernamaals mee te nemen. Tevens kunnen specifieke religieuze attitudes uitgevraagd worden om een concreter beeld te krijgen van de invloed van het geloven in een hogere macht op de beoordeling van doodsoorzaken. Op deze manier kan er gekeken worden of er mensen zijn die in een hogere macht geloven en geloven dat

sterven door een hogere macht bepaald wordt, maar tevens van mening zijn dat een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden (onder bepaalde omstandigheden) is toegestaan. Hierbij denkend aan bepaalde rituelen, religieuze oorlogen, zelfopofferingen voor het geloof of in naam van het geloof en martelingen en executies in de naam van het geloof (Jarvis & Nortcott, 1987).

Tenslotte kan het voor vervolgonderzoek relevant zijn om onderscheid te maken tussen verschillende religies. Het huidige onderzoek heeft gekeken naar het geloven in een hogere macht, echter kunnen religieuze attitudes verschillen per religie. Wellicht dat de resultaten van het huidige onderzoek zijn vertekend omdat een merendeel van de participanten eenzelfde religie aanhangen en zouden de resultaten anders zijn als er sprake was geweest van een verscheidenheid aan religies. Daarnaast zouden mensen in een hogere macht kunnen geloven zonder een bepaalde religie aan te hangen en religieuze overtuigingen te hebben ten aanzien van de dood.

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. Daarnaast kan er gesteld worden dat mensen die in een hogere macht geloven een doodsoorzaak met een gepercipieerd aandeel in het eigen overlijden niet negatiever beoordelen dan mensen die niet in een hogere macht geloven. Daarnaast wijzen de resultaten van het huidige onderzoek uit dat er eveneens geen verschil is tussen de

beoordeling van de doodsoorzaak en de mate waarin geloofd wordt dat sterven door een hogere macht wordt bepaald. Gezien het feit dat er in het huidige onderzoek het geloven in een hogere macht en geloven dat sterven door een hogere macht niet verder uitgediept zijn en samenhangende factoren zijn meegenomen, is vervolgonderzoek van belang.

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.
- Berman, A. & Hays, J.E. (1975). Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 318-321.
- 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.
- Bhugra, D. (2010). Commentary: Religion, religious attitudes and suicide. *International Journal of Epidemiology, 39*, 1496-1498.
- 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.
- Christopher, A., Drummond, K., Jones, J., Marek, P., & Therriault, K. (2006). Beliefs about one's own death, personal insecurity, and materialism. *Personality and Individual Differences, 40*, 441-451.
- 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.
- De Vaus, D. and I. McAllister (1987). Gender differences in religion: A test of the structural location theory. *American Sociological Review, 51*, 472-81.
- Dezutter, J., Luyckx, K. & Hutsebaut, D. (2009). "Are you afraid to die?" Religion and Death Attitudes in an Adolescent Sample. *Journal of Psychology and Theology, 37*, 163-173.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luycks, K., Bruynzeel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B. & Hutsebaut, D. (2009). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies, 33*, 73-92.

- Religious Struggle, Death Concerns, and Depression in the Terminally Ill.
Psychological Science, 19, 754-758.
- Edmonson, D., Park, C.L., Chaudoir, S.R. & Wortmann, J.H. (2008). Death Without God.
Falkenhain, M. & Handal, P.J. (2003). Religion, Death Attitudes and Belief in Afterlife in the
Elderly: Untangling the Relationships. *Journal of Religion and Health*, 42, 67-76.
- 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.
- 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.
- 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.
- Harding, S.R., Flannelly, K.J., Weaver, A.J. & Costa, K.G. (2005). The influence of religion
on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 253-
261.
- Hardwig, J. (1996). *Dying at the Right Time: Reflections on (Un)assisted Suicide*. In
LeFollette, H. (Ed.), *Ethics in Practice: an anthology*. Oxford: Blackwell.
- 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.
- Jans, J. (2002). Christian churches and euthanasia in the Low Countries: background,
argumentation and commentary. *Ethical Perspect*, 9, 119-133.
- Jarvis, G.K. & Northcott, H.C. (1987). Religion and Differences in Morbidity and Mortality.
Social Science & Medicine Journal, 25, 813-824.

- Jong, J., Bluemke, M., & Halberstadt, J. (2013). Fear of death and supernatural beliefs: developing a new Supernatural Belief Scale to test the relationship. *European Journal of Personality, 27*, 495-506.
- 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.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 5*, 283-291.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University 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.
- McIntosh, D.N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *International Journal for the Psychology of Religion, 5*, 1-16.
- McKenna Gulyn, 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*, 64-74.
- Mumma, C., & McCorkle, R. (1982). Causal attribution and life-threatening disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 12*, 311-319.
- Neimeyer, R.A. (1994). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Taylor & Francis: Washington DC.
- 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.
- Richardson, V., Berman, S. & Piwowarski, M. (1983). Projective assessment of the Relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *The Journal of General Psychology*, 109, 149-156.
- 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* (pp. 173-220). New York: Academic Press.
- Roth, L. Kroll, J.C. (2007). Risky Business: Assessing Risk Preference Explanations for Gender Differences in Religiosity. *American Sociological Review*, 72, 205-220.
- 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...41062.48578.1.48843.22.16.1.0.0.3.1906.7578.0j1j4j3j1j2j1j1.14.0...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. (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.
- Stack, S. & Kposowa, A.J. (2011). Religion and Suicide Acceptability: A Cross-National Analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50, 289-306.
- Stark, R. (2002). Physiology and Faith: Addressing the 'Universal' Gender Difference in Religious Commitment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 495-507.

- Stewart, A.E. (2005). Attributions of responsibility for motor vehicle crashes. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 681-688.
- Sulmasy, D.P. (2006). Spiritual issues in the care of dying patients: "It's okay between me and God". *Journal of the American Medical Association*, 296, 1382-1392.
- 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.