

De dood went, gemis maakt angstig: confrontatie met sterfgevallen en persoonlijke doodattituden van ouderen

Christine Lamberti, 3397556

Universiteit Utrecht, afdeling Psychologie, Heidelberglaan 8, 3508 TC Utrecht

Supervisor: dr. Henk Schut, Universiteit Utrecht, afd. Klinische en Gezondheidspsychologie

Inleiding: Het empirisch wetenschappelijk onderzoek naar fundamentele doodattituden angst en acceptatie is relatief recent. In tegenstelling tot specifieke beroepsgroepen die frequent worden geconfronteerd met de dood is er nog geen onderzoek verricht onder de toenemende bevolkingsgroep ouderen, die eveneens geconfronteerd worden met een toenemende frequentie aan sterfgevallen. Derhalve werd in de onderhavige studie onderzocht of er een relatie bestaat tussen de confrontatie met sterfgevallen en de persoonlijke doodattituden van ouderen en of er een invloed is van het verlies van hechtingsfiguren, waaronder kinderen. Vanuit de habituatietheorie en de vreugdeverliestheorie werd verwacht dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer acceptatie van de eigen dood, terwijl vanuit de kwetsbaarheidstheorie verwacht werd dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer angst voor de dood. Methode: 288 Nederlandse ouderen vanaf 65 jaar namen deel aan de studie en werden geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst. Resultaten: Mensen die een klein aantal sterfgevallen hadden meegemaakt bleken minder acceptatie van de dood te ervaren dan mensen die gemiddeld of veel sterfgevallen hadden meegemaakt. Daarnaast werd een lineair verband gevonden voor hechting: het missen van hechtingspersonen bleek gerelateerd aan het ervaren van meer angst voor de eigen dood. Dit effect werd niet gevonden specifiek voor het verlies van kinderen. Conclusie: Verondersteld wordt dat vooral eventuele complicaties in het copingproces verantwoordelijk zijn voor de gevonden relatie tussen het gemis van dierbaren en angst voor de dood. In dit stadium lijkt te kunnen worden geconcludeerd dat de habituatietheorie en een herziene kwetsbaarheidstheorie naast elkaar kunnen bestaan.

In 2012 bedroeg de levensverwachting bij geboorte 79,1 en 82,8 jaar voor respectievelijk mannen en vrouwen in Nederland. Naar verwachting zal de levensverwachting de komende jaren verder toenemen (CBS, 2013). Met het stijgende percentage ouderen in de bevolkingssamenstelling vormen ouderen meer dan ooit een maatschappelijk relevante bevolkingsgroep. Door de met ouderdom gepaard gaande lichamelijke achteruitgang wordt de eindigheid van het leven met het verstrijken der jaren zichtbaarder en wordt de naderende dood een belangrijk thema voor ouderen.

Hoewel de dood in zijn algemeenheid binnen de wetenschappelijke psychologische literatuur reeds haar oorsprong vindt bij Freud, is pas tegen 1960 empirisch onderzoek verricht wat betreft fundamentele attituden die men kan hebben ten opzichte van de dood (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2010). Essentieel hierbij is overigens het maken van onderscheid tussen de attitude ten opzichte van het sterfproces enerzijds en de attitude ten opzichte van het 'dood zijn' anderzijds. In de huidige studie wordt met de term doodattitude verwezen naar de houding ten opzichte van het dood zijn. Hoewel in het onderzoek naar doodattituden lange tijd en veelvuldig de focus is gelegd op angst voor de dood en verscheidene aspecten die hiermee samenhangen, omvat het brede en complexe domein van attituden jegens de dood ook minder onderzochte, positieve waarderings, zoals acceptatie van de dood.

Wong, Reker en Gesser (1994) introduceerden het *'Three-Component Model of Death Acceptance'*, waarbij *neutral acceptance* (neutrale acceptatie), *approach acceptance* (toenaderingsacceptatie) en *escape acceptance* (uitvluchtacceptatie) worden onderscheiden. Neutrale acceptatie verwijst naar een attitude waarbij de dood als integraal deel van het leven wordt gezien. De dood wordt niet gevreesd, noch verwelkomd; men accepteert de dood als één van de onvermijdelijke feiten van het leven. Toenaderingsacceptatie impliceert een geloof in een goed en gelukkig leven na het sterven. Het toekomstige tijd-perspectief wordt in positieve woorden omschreven en leidt tot een positieve blik ten aanzien van de naderende dood. Uitvluchtacceptatie ten slotte, is het resultaat van het leven onder erbarmelijke omstandigheden die als ondragelijk worden ervaren door de persoon, met als gevolg dat de dood een aantrekkelijk alternatief lijkt ten opzichte van leven.

Uit onderzoek van Bath (2010) naar angst voor de dood van significante anderen en angst voor de eigen dood, blijkt dat onafhankelijk van de mate van angst voor de eigen dood, de angst om anderen te verliezen groot is. Naarmate de leeftijd vordert, worden ouderen frequenter geconfronteerd met sterfgevallen in de directe omgeving. Te denken valt aan het verlies van partner, broers en zussen, vrienden en kennissen. De vraag dient zich aan hoe ouderen omgaan met deze confrontaties en of deze van invloed zijn op de houding die wordt aangenomen ten opzichte van de eigen dood. Vanuit de habituatietheorie, die het leerproces beschrijft waarin een reactie op een langdurig aangeboden, niet bedreigende prikkel afneemt (Kandel, Schwartz & Jesell, 1995), zou verwacht kunnen worden dat ouderen gewend kunnen raken aan de confrontatie met de dood door een toenemend aantal sterfgevallen in de omgeving. Er zou sprake kunnen zijn van een gewenningsproces waardoor de dood gezien gaat worden als een ook voor henzelf onvermijdelijk feit. Eerdere studies onder professionals die geconfronteerd worden met sterfgevallen geven hiervoor al de eerste aanwijzingen. In het onderzoek van Payne, Dean en Kalus (1998) onder hospice- en eerste hulp verpleegkundigen bleek dat hospice verpleegkundigen minder angst hadden voor de dood en deze meer accepteerden dan hun collega's op de eerste hulp, die met eenzelfde aantal sterfgevallen werden geconfronteerd. Het gegeven dat zij zich instelden op het verlies van hun patiënten leek hierin doorslaggevend. Het is echter niet uitgesloten dat reeds bestaande intrinsieke eigenschappen van de verpleegkundigen hen tot de betreffende carrièrekeuze hadden aangezet. Linley en Joseph (2005) vonden dat begrafenisondernemers met een accepterende houding ten aanzien van de dood zelfs positieve veranderingen ervoeren in hun kwaliteit van leven ten gevolge van hun werkgerelateerde ervaringen met de dood. Opvallend genoeg is er nog geen onderzoek gedaan onder ouderen, die eveneens geconfronteerd worden met een toenemende frequentie aan sterfgevallen. Onderzocht wordt derhalve in de onderhavige studie of onder deze groep sprake is van een relatie tussen het aantal sterfgevallen dat mensen hebben meegemaakt en hun attituden ten opzichte van de dood. Verwacht wordt allereerst dat er inderdaad een verband bestaat tussen de mate van confrontatie met sterfgevallen en doodattituden.

Niet louter de frequentie aan sterfgevallen is relevant wat betreft de impact van het geconfronteerd zijn met de dood. Ook de relatie met de overledene dient in beschouwing te worden genomen. De hechtingstheorie van Bowlby (1982) gaat ervan uit dat ieder mens is voorgeprogrammeerd om hechtingsrelaties aan te gaan. De eerste hechting, met de ouder of verzorger, heeft vooral een overlevingsfunctie en is bepalend voor de affectieve banden die later in het leven worden aangegaan met anderen. Ainsworth (1989), die hechting in de volwassenheid beschrijft, stelt dat hechting een affectieve band is met een persoon die niet vervangbaar is door een ander. De affectieve band kenmerkt zich door een wederzijdse zoektocht naar nabijheid. Wanneer deze gevonden wordt, voelt men zich veilig en comfortabel in de relatie. Indien deze relatie verbroken wordt, volgt er een periode van rouw. *Het 'Convoy Model of Social Relations'* (Antonucci, Akiyama & Takahshi, 2004) geeft weer wat de belangrijkste hechtingsrelaties zijn gedurende de levensloop. Hoewel hechtingsrelaties meestal constant zijn, treedt er over de levensloop verandering op in wie men als meest nabij ervaart. In de kindertijd betreffen dit, in doorgaans volgorde van belangrijkheid: de moeder, vader, broers en zussen. Deze maken na verloop van tijd geleidelijk plaats voor de partner en kinderen, hoewel de moeder meestal zolang als zij leeft één van de belangrijkste personen blijft. Partner en kinderen blijven tot ver in de ouderdom de belangrijkste hechtingsfiguren. Ten slotte worden op hogere leeftijd ook kleinkinderen genoemd als behorend tot de meest nabije personen (Antonucci et al., 2004). De rouw die een scheiding van deze hechtingspersonen met zich meebrengt is intensiever dan rouw om personen aan wie men minder gehecht is. In de onderhavige studie wordt exploratief onderzocht of er een verband bestaat tussen het verlies van hechtingspersonen en de persoonlijke doodattituden van ouderen. Daarbij is een bijzonder onderwerp van aandacht het verlies van een kind. Naarmate men ouder wordt, wordt de kans om een kind te verliezen aanzienlijker. Het verliezen van een kind wordt gezien als een extreem ontwrichtende levensgebeurtenis '*... a world that has fallen apart*' (Wijngaards-de Meij et al., 2008). Verschillende studies naar verwantschap wijzen uit dat het verlies van een volwassen kind resulteert in meer intense of langdurigere rouw en depressie in vergelijking met het verlies van een echtgenoot, ouder of broer/zus (Cleiren, 1991; Leahy, 1992; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Weiss (2010) stelt dat de relatie van ouder en kind vooral gekenmerkt wordt door de zorgfunctie. Volgens deze auteur omvat de rouw van ouders gevoelens van hulpeloosheid en schuld over het niet in staat zijn geweest om het kind te beschermen tegen pijn en de dood. Na het verlies bestaat er een intens verlangen om het verloren kind te beschermen en te troosten. Dit verlangen houdt over het algemeen lange tijd aan en kan gepaard gaan met gedachten dat het zich richten op andere zaken zou betekenen dat de ouder het kind vergeten is of in de steek laat. Dergelijke opvattingen zouden kunnen verklaren waarom de rouw om een kind vaak langdurig is. Andere verklaringen voor de intensiteit van de rouw na het verlies van een kind liggen mogelijk in een breder evolutie-theoretisch perspectief en de mate waarin ouders hebben geïnvesteerd in hun kind. Archer (1999) stelt dat intensiteit van rouw samenhangt met de mate waarin de overledene genen deelt met de nabestaande en kan bijdragen aan de verspreiding dit genetisch materiaal. Ouders verliezen bij het overlijden van een kind alles wat zij in termen van aandacht, tijd, energie, zorg, kosten etc. hebben geïnvesteerd bij de opvoeding van dit kind: "*... children of different ages vary in terms of the times and effort put into rearing them and in terms of their potential for producing future offspring*" (Archer, 1999, p. 151). Aanwijzingen voor deze alternatieve verklaringen zijn te vinden in het onderzoek van Wijngaards-de Meij et al. (2005), die vonden dat in vergelijking met het verlies van jonge of oude kinderen, de rouw om een volwassen kind intenser is. Ouders hebben veel geïnvesteerd in kinderen die de volwassenheid bereikt hebben en in de volwassenheid is de reproductieve functie het grootst. In de onderhavige studie wordt daarom bij de exploratieve analyse van het verlies van hechtingspersonen en de persoonlijke doodattituden van ouderen tevens bekeken of de doodattituden van ouderen die een kind hebben verloren verschillen van ouderen die dit niet hebben meegemaakt.

Het bovenbeschreven specifieke verlies van een kind laat zien dat het verlies van een dierbare één van de meest stressvolle levensgebeurtenissen is waarmee een individu geconfronteerd kan worden. Hoewel rouw na verlies een normaal en natuurlijk proces is waarmee de meeste mensen uiteindelijk leren omgaan (Bonanno & Mancini, 2008), wordt erkend dat verlies een zeer stressvolle levensgebeurtenis is. Het omgaan met het verlies

van een belangrijk persoon heeft gevolgen voor het algeheel welzijn van een nabestaande. Uit een review van Stroebe, Schut en Stroebe (2007) blijkt het sterftecijfer verhoogd is onder weduwen en weduwnaars; dat rouw negatieve gevolgen heeft voor gezondheidsgedrag en de fysieke en psychische gezondheid; en dat een klein percentage van de nabestaanden risico heeft tot het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis. In deze reviewstudie (Stroebe et al., 2007) worden de volgende risicofactoren omschreven: de wijze waarop een persoon is overleden (bijvoorbeeld suïcide, ziekte), intrapersoonlijke factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheid), interpersoonlijke factoren (bijvoorbeeld sociale steun) en coping. Lazarus en Folkman (1984) definiëren coping als de veranderende gedachten en handelingen van een individu om het hoofd te bieden aan de externe of interne eisen van stressvolle situaties. Wat betreft coping bij verlies, is de algemene 'Cognitieve Stress Theorie' (Lazarus & Folkman, 1984) bruikbaar. Verlies kan hier worden opgevat als stressor, een levensgebeurtenis die aanpassingen vereist van de nabestaande. De wijze waarop de nabestaande het verlies evalueert, bepaalt de mate waarin verlies als uitdagend of stressvol wordt ervaren. Mogelijk is de vereiste aanpassing dusdanig dat deze de beschikbare copingmogelijkheden overtreft. Wanneer er een disbalans bestaat tussen de beschikbare middelen (copingstrategieën) en de vereiste aanpassingen, brengt het verlies de gezondheid en het welzijn van de nabestaande in gevaar. De nabestaande is dan kwetsbaar. Naarmate men meerdere verliezen meemaakt, wordt er een groter beroep gedaan op het incasseringsvermogen van de nabestaande. Daarmee is de mogelijke aanslag op de gezondheid en het welbevinden eveneens groter, wat de nabestaande nog kwetsbaarder en angstiger kan maken. Verlies is een potentiële confrontatie met de eigen kwetsbaarheid en daarmee de eigen dood. Zodoende maakt de confrontatie met sterven en de dood mogelijk juist kwetsbaarder voor angst voor de dood. In de huidige studie wordt dit de 'kwetsbaarheidstheorie' genoemd. De eerste aanwijzingen voor de kwetsbaarheidstheorie zijn te vinden in het onderzoek van Tolstikova, Fleming en Chartier (2005), waar een significant verband werd aangetoond tussen gecompliceerde rouw en angst voor de dood: mensen met gecompliceerde rouw bleken meer angst voor de dood te hebben. Vanuit de kwetsbaarheidstheorie wordt verwacht dat de confrontatie met sterfgevallen onder ouderen leidt tot meer angst voor de eigen dood.

Aanvullend dienen de gevolgen van sterfgevallen voor het persoonlijke dagelijks leven van een oudere in ogenschouw te worden genomen. Door het overlijden van dierbaren en bekenden verkleint het sociale netwerk van ouderen, dat bepalend is voor de mate van sociale steun die de oudere ontvangt. Sociale steun is bevorderlijk voor zowel het psychisch welzijn (Choi & Wodarski, 1996) als de fysieke gezondheid (Cohen & Janicki-Deverts, 2009; Sorkin, Rook & Lu, 2002) en daarmee voor de kwaliteit van leven van de oudere. Door het wegvallen van dierbaren verliezen ouderen levensvreugdebronnen. Hierdoor zou de kwaliteit van leven dusdanig kunnen verslechteren dat ouderen de dood meer gaan zien als een uitweg uit een eentonig, eenzaam bestaan. Dit wordt in de huidige studie de 'vreugdeverliestheorie' genoemd. Vanuit de vreugdeverliestheorie als ook de habituatietheorie, wordt verwacht dat de confrontatie met sterfgevallen onder ouderen leidt tot meer acceptatie van de eigen dood.

In deze studie wordt voor het eerst onderzocht of er een relatie is tussen de confrontatie met sterfgevallen en de persoonlijke doodattituden van ouderen. Vanuit de habituatietheorie en de vreugdeverliestheorie wordt dus enerzijds verwacht dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer acceptatie van de eigen dood. Vanuit de kwetsbaarheidstheorie wordt anderzijds verwacht dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer angst voor de dood. Daarbij wordt exploratief onderzocht of er een verband bestaat tussen het verlies van hechtingspersonen (waaronder kinderen) en persoonlijke doodattituden. Aan de hand van de hierboven beschreven, conflicterende hypothesen wordt nagegaan of dan wel voor de habituatietheorie en vreugdeverliestheorie, dan wel voor de kwetsbaarheidstheorie empirische steun gevonden wordt.

Methode

Participanten

In totaal namen 289 Nederlandse senioren in de leeftijd vanaf 65 jaar deel aan deze studie. Besloten werd om één participant niet mee te nemen in de data-analyse, omdat deze participant psychisch niet in staat was om de vragenlijst in te vullen. De uiteindelijke groep deelnemers telde 288 participanten. De steekproef bestond voor 39.9% uit mannen en 60.1% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 77.1 jaar ($SD = 7.70$) met een range van 65-97 jaar. Wat betreft de burgerlijke staat was 49.7% van de participanten gehuwd, 33.3% weduwe/weduwenaar, 7.3% alleenstaand, 5.6% gescheiden, had 1% een partnerrelatie en was 3.1% weduwe/weduwenaar met een huidige relatie. In totaal hadden 85.8% van de participanten kinderen en 79.9% had ook kleinkinderen. Bijna alle participanten, namelijk 97.6% hadden broers en/of zussen (gehad). Het merendeel van de participanten, namelijk 91%, woonde zelfstandig. Van de resterende participanten woonde 5.2% in een zorg/verpleeghuis en 3.8% in een aanleunwoning. In totaal gaf 79.5% aan gelovig te zijn, waarvan 22.2% rooms-katholiek, 45.8% protestant, 10.1% christelijk (niet nader gespecificeerd) en 1% anders (ongespecificeerd).

Design

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van een vragenlijst. Deze vragenlijst werd in de vorm van een semigestructureerd interview afgenomen in verband met de leeftijd van de participanten. De belangrijkste variabelen betroffen doodattituden angst voor de dood en acceptatie van de dood. Deze werden gemeten in relatie tot de frequentie aan sterfgevallen waarmee men geconfronteerd was over de afgelopen tien jaar en het verlies van belangrijke hechtingsfiguren over de levensloop.

Meetinstrument

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een samengestelde vragenlijst bestaande uit 27 items (zie Bijlage 1). Verschillende antwoordvormen voor de vragen werden gebruikt namelijk: ja/nee vragen, open vragen en vragen die beantwoord moesten worden aan de hand van een 10-punts Likertschaal, variërend van 1 (*helemaal niet van toepassing*) tot 10 (*helemaal wel van toepassing*). Na het samenstellen van de items werd in eerste instantie een pilotversie afgenomen onder 20 participanten. Op basis hiervan werd de vragenlijst herzien; onduidelijkheden en vragen die lastig bleken voor ouderen werden geherformuleerd. De vragenlijst werd samengesteld ten behoeve van vier afzonderlijke onderzoeken die parallel aan elkaar liepen en als gemeenschappelijk thema doodattituden hadden. De reden om voor een gezamenlijke werving van participanten te kiezen was om tijd te besparen en een grotere groep participanten te kunnen realiseren. Uitsluitend de voor deze studie relevante variabelen worden gepresenteerd. De vragenlijst was compact om participanten niet te sterk te belasten en toch zoveel mogelijk informatie te verkrijgen.

Subjectvariabelen

De eerste vragen betroffen demografische vragen om achtergrondinformatie van de participant te verkrijgen. De volgende gegevens werden uitgevraagd: sekse, geboortedatum, burgerlijke staat, (klein)kinderen, broers/zussen, woonsituatie, gezondheid en geloofsbeleving. De vragen betreffende geloof en gezondheid werden op een tien-punts Likert schaal gescoord.

Variabele: frequentie aan sterfgevallen en verlies van hechtingsfiguren

De twintig items met betrekking tot de confrontatie met sterfgevallen werden samengesteld naar inzicht van de onderzoekers. Eerst werd gevraagd hoeveel bekenden de participant over de afgelopen tien jaar ontvallen waren. Vervolgens werden de drie belangrijkste verliezen over de gehele levensloop uitgevraagd op de volgende aspecten: relatie met de overledene, hechting aan overledene destijds, aantal jaren ten opzichte van het verlies, doodsoorzaak, intensiteit van het verdriet destijds en gemis vandaag de dag (hechting heden). Ten slotte werd gevraagd in hoeverre participanten minder vreugde in het leven ervaren ten gevolge van de verliezen die zij hebben meegemaakt in het leven. Aangezien de verschillende vragen samen niet één construct beogen te meten, werden geen betrouwbaarheidsanalyses verricht.

Variabele: doodattituden

Van de vier items met betrekking tot angst voor de dood werden twee items gebaseerd op de 'fear of death' subschaal van de Death Attitude profile-Revised, DAP-R (Wong, Reker, & Gesser, 1994). De DAP-R wordt gezien als één van de beste meetinstrumenten om attituden jegens de dood te meten (Clements & Rooda, 1999-2000). De psychometrische kwaliteiten, waaronder de validiteit en de betrouwbaarheid, zijn goed (Clements & Rooda, 1999-2000). De DAP-R bestaat uit 32 items, onderverdeeld in vijf subschalen ('fear of death', 'death avoidance', 'approach acceptance', 'escape acceptance' en 'neutral acceptance'). Naast het gebruik van deze vragenlijst werden twee items door de onderzoekers zelf opgesteld. Deze items betroffen angst voor de gevolgen die de eigen dood met zich meebrengt voor anderen in het algemeen en angst om iemand achter te laten voor wie men zich verantwoordelijke voelt. Alle vragen omtrent angst voor de eigen dood werden gesteld aan de hand van een tien-punts Likert schaal. De Cronbach's alfa voor deze vragen is .69. Verwijdering van items resulteerde niet in een verhoging van de alfa. Drie van de vier items met betrekking tot acceptatie van de dood werden eveneens gebaseerd op de Death Attitude profile-Revised (Wong, Reker, & Gesser, 1994). Deze items betroffen 'neutral acceptance' en 'escape acceptance'. De derde schaal van doodacceptatie van de vragenlijst van Wong, Reker en Gesser (1994), 'approach acceptance' werd niet meegenomen, aangezien deze vragen niet religie-neutraal zijn. Één vraag werd door de onderzoekers zelf toegevoegd, namelijk in hoeverre men er vrede mee zou hebben indien men morgen dood zou zijn. Ook de vier vragen met betrekking tot acceptatie van de eigen dood werden gesteld aan de hand van een tien-punts Likert schaal. De Cronbach's alfa voor deze vragen is .52. Verwijdering van het laatste item resulteerde in een hogere alfa van .54. Aangezien deze verhoging niet noemenswaardig is, werd besloten deze vraag niet te verwijderen.

Procedure

De participanten werden geworven en geïnterviewd binnen een tijdsbestek van vier weken in de periode van week 44 tot en met week 47 in 2013. De participanten werden geworven binnen zorginstellingen, aanleunwoningen en zelfstandige woningen in de Nederlandse plaatsen Utrecht, Amersfoort, Houten, Maarssen, Maarn, Soestdijk, Breda, Bavel, Teteringen, Elst, Huissen, Schoonhoven en Gieten. Wat betreft participanten die geworven werden binnen een zorginstelling, werd eerst schriftelijk toestemming gevraagd aan de directie van de betreffende instelling (zie Bijlage 2.) De werving werd verricht door middel van een informatiebrief. Hierin werden het doel, het onderwerp en de duur van het onderzoek uiteengezet (zie Bijlage 3). Vervolgens ging de onderzoeker zelf huis-aan-huis langs, of werd telefonisch contact opgenomen om te informeren of de bewoner(s) interesse had(den) in deelname aan het onderzoek. Bij interesse werd het interview ofwel direct afgenomen, of werd een afspraak gepland. Interviews werden mondeling afgenomen en vonden niet telefonisch plaats. Voorafgaand aan het interview werd door de participant tweemaal een toestemmingsverklaring ondertekend, één voor de onderzoeker en één voor de geïnterviewde. In deze toestemmingsverklaring werd de anonimiteit van het onderzoek benadrukt en werd vermeld dat de participant te allen tijde en zonder opgave van redenen te kunnen stoppen met het interview (zie Bijlage 4). Tijdens de werving werden ongeveer negenhonderd mensen benaderd, waarbij ongeveer zeshonderd keer geweigerd werd om deel te nemen aan het onderzoek. De voornaamste redenen hiervoor waren: gebrek aan tijd, ziekte of rouw, een te beladen onderwerp, gebrekkig Nederlands of weigering het toestemmingsformulier te tekenen. De exclusiecriteria waren gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal (de participant diende goed Nederlands te spreken en te verstaan), de impressie van het psychisch welbevinden (de participant diende de duur en intensiteit van het interview mentaal aan te kunnen) en de leeftijd (mensen onder de 65 jaar konden niet deelnemen aan deze studie). De duur van het interview varieerde van drie kwartier tot ruim twee uur, afhankelijk van de mate waarin de participant geneigd was uitgebreid te antwoorden en de onderzoeker hier de ruimte voor gaf. Door de onderzoekers werd getracht zorgvuldig om te gaan met de participant in kwestie, indien nodig werd uitleg verschaft en doorgevraagd. Aan de participanten werd de gelegenheid geboden om het interview in twee sessies te laten plaatsvinden wanneer daar aanleiding toe was. Hiervoor werd gekozen om het onderzoek zo comfortabel mogelijk te laten verlopen voor de participant. Er werd echter geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Na het invullen van de vragenlijst werd de toestemmingsverklaring en de

vragenlijst van elkaar gescheiden om de anonimiteit van de participant te waarborgen. De geïnterviewde werd gevraagd of hij/zij geïnteresseerd was in het schriftelijk ontvangen van de onderzoeksresultaten na afloop van het onderzoek. Ten slotte kreeg de geïnterviewde een presentje als dankbetuiging voor de deelname aan het onderzoek.

Resultaten

Analyse meetinstrument

Een principale component analyse (PCA) met vrije factoren werd uitgevoerd met de vier items van angst voor de dood en de vier items van acceptatie van de dood met behulp van oblique rotatie (Direct Oblimin). Op grond van Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy kwam naar voren dat de steekproefgrootte voldoende adequaat is voor factoranalyse, KMO= .655 ('mediocre' naar Hutcheson & Sofroniou, 1999). Bartlett's test van sfericiteit is significant, $\chi^2(28) = 602.48$ $p < .001$. Dit geeft aan dat de correlaties groot genoeg zijn voor een PCA. Drie componenten hebben een eigenwaarde boven het Kaiser's criterium van 1 en verklaren samen 65.83% van de variatie. Dit geeft aan dat, ondanks de verwachting dat er twee componenten zouden moeten zijn, enkele items een derde construct meten. Als minimumcriterium voor de itemlading op factoren werd .3 gehanteerd (Pallant, 2010), als maximumcriterium voor lading op andere factoren werd eveneens .3 gehanteerd. Het eerste construct betreft de angst voor de gevolgen die de eigen dood met zich meebrengt (items: 'In welke mate bent u bang dat u na uw dood iemand achterlaat waar u zich op dit moment verantwoordelijk voor voelt?' en 'In welke mate bent u bang voor de gevolgen die uw dood met zich meebrengt voor anderen?'). Het tweede construct betreft de acceptatie van de eigen dood (items: 'In hoeverre heeft u geaccepteerd dat de dood deel uitmaakt van het leven?' en 'In welke mate heeft u geaccepteerd dat u op een dag dood zult zijn?'). Het derde construct ten slotte betreft de angst voor de eigen dood (items: 'In welke mate beangstigt het u dat u gescheiden wordt van het leven wat u nu bekend is?', 'In welke mate bent u bang om dood te zijn?'). Daar het onderzoek gericht is op de angst voor het dood zijn en niet zozeer op eventuele gevolgen van de dood, werd besloten de eerste factor buiten beschouwing te laten. Ten slotte bleek het item 'In welke mate ervaart u dat de dood een bevrijding is van pijn en lijden?' boven het maximum van .3 te laden op elk van de drie factoren in plaats van alleen op acceptatie, waaruit geconcludeerd werd dat dit item onvoldoende discrimineert. Op grond hiervan werd dit item niet betrokken in de nadere analyses. Overigens bleek bij inspectie van de Structuur Matrix dat er sprake is van afhankelijkheid tussen de overgebleven factoren angst en acceptatie. Dit levert theoretisch echter geen bezwaren op, sterker nog: deze bevindingen liggen geheel in lijn met resultaten uit eerder onderzoek die wijzen op een negatieve correlatie van laag tot gemiddelde sterkte tussen angst voor de dood en acceptatie van de dood (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2010). Zoals weergegeven in Tabel 1 bleek inderdaad uit de PCA met de vier overgebleven items (twee voor angst en twee voor acceptatie) een twee-factor structuur. Het percentage verklaarde variantie bedraagt 83.97%, waarvan 54.55% voor acceptatie van de dood en 29.14% voor angst voor de dood. Er is een matig negatieve correlatie (Cohen, 1988) tussen de twee factoren ($r = -.30$). De resultaten van deze analyse ondersteunen het gebruik van de items voor angst voor de dood en acceptatie van de dood. Ten slotte is de betrouwbaarheid van de angst-schaal acceptabel (George & Mallery, 2003), Cronbach's $\alpha = .72$ en de betrouwbaarheid van de acceptatie-schaal goed (George & Mallery, 2003), Cronbach's $\alpha = .86$.

Tabel 1.

Patroon en Structuur Matrix bij PCA met Oblimin Rotatie bij een Vrij Analysemodel met Twee Factoren

Item	Pattern coefficients		Structure coefficients		Communalities
	Component 1	Component 2	Component 1	Component 2	
63 Acceptatie dood als deel van het leven	.948	.021	.942	-.261	.789
64 Acceptatie zelf op een dag dood	.933	-.023	.940	-.301	.788
59 Angst dood zijn	.002	.889	-.263	.888	.887
60 Angst scheiding van het leven	-.003	.887	-.267	.888	.883

Noot: de belangrijkste ladingen van ieder item zijn vet gedrukt

Belangrijkste verliezen

Tabel 2 geeft weer welke relaties genoemd werden bij de belangrijkste verliezen over de gehele levensloop en wat de totale frequentie was van de genoemde relaties. Vader, moeder, broer/zus en partner werden het meest genoemd, hetgeen in lijn is met het *Convoy Model of Social Relations* (Antonucci et al., 2004).

Tabel 2.

Frequentie genoemde relaties in de belangrijkste verliezen over de levensloop

Relatie	Frequentie
Moeder	152
Vader	146
Broer/zus	128
Partner	97
Vriend(in)	70
Overig	54
Kind	30
Schoonouder	26
Schoonbroer/-zus	21
Oom/tante	10
Kleinkind	9
Neef/nicht	8
Kind broer/zus	8

Subjectvariabelen en doodattituden

De gemiddelde angst en acceptatie-scores betroffen respectievelijk: $M = 2.66$, ($SD = 2.07$) en $M = 9.06$ ($SD = 1.63$). Twee onafhankelijke t-tests werden uitgevoerd om de doodattituden van mannen te vergelijken met die van vrouwen. Vrouwen bleken significant meer angst te rapporteren voor de dood ($M = 2.91$, $SD = 2.19$) dan mannen ($M = 2.28$, $SD = 1.84$), $t(270) = 2.64$, $p < .01$. Mannen scoorden daarentegen significant hoger op acceptatie van de dood ($M = 9.40$, $SD = 1.25$) ($M = 8.83$, $SD = 1.81$), $t(284) = -3.13$, $p < .01$. Daar er geen

significante relatie bestond tussen leeftijd en doodattituden (angst, $r = .02$, $n = 288$, $p > .05$ en acceptatie, $r = -.03$, $n = 288$, $p > .05$) is niet gecorrigeerd voor leeftijd in deze analyses.

Confrontatie met sterfgevallen en doodattituden

Verondersteld werd dat er een relatie bestaat tussen de confrontatie met sterfgevallen en de persoonlijke doodattituden van ouderen. Vanuit de habituatietheorie werd verwacht dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer acceptatie van de eigen dood. Daarnaast werd vanuit de kwetsbaarheidstheorie verwacht dat confrontatie met sterfgevallen gerelateerd is aan meer angst voor de dood. Aan de hand van een spreidingsdiagram werden negen uitschieters verwijderd wat betreft het aantal sterfgevallen dat mensen over de afgelopen tien jaar hadden meegemaakt. Het spreidingsdiagram gaf aanwijzingen dat mogelijk niet werd voldaan aan de assumpties van homoscedasticiteit, lineariteit en normaliteit. Het minimum aantal sterfgevallen was 1 en het maximum (na uitfiltering) 40 ($n = 274$, $M = 12.56$ $SD = 8.14$). Aangezien er een kleine samenhang (Cohen, 1988) bestond ($r = .13$, $n = 274$ $p < .05$) tussen leeftijd en het aantal verliezen dat men heeft meegemaakt, werd bij de correlaties van het aantal sterfgevallen en doodattitude gecontroleerd voor leeftijd (partiële correlatie). Er werd geen significante correlatie gevonden tussen confrontatie met sterfgevallen en angst voor de dood, $r = .01$, $n = 274$, $p > .05$. Evenmin werd er een significante correlatie gevonden tussen confrontatie met sterfgevallen en acceptatie van de dood, $r = .04$, $n = 273$, $p > .05$. Er werden dus geen lineaire verbanden gevonden tussen confrontatie met sterfgevallen en doodattituden. Een tweeweg tussengroepsanalyse werd vervolgens uitgevoerd om de impact van het aantal sterfgevallen en sekse op doodattituden te analyseren. Daartoe werden drie categorieën gecreëerd voor het aantal sterfgevallen. Categorie 1 = klein aantal sterfgevallen (1 t/m 4), categorie 2 = gemiddeld aantal sterfgevallen (5 t/m 20), categorie 3 = groot aantal sterfgevallen (25 t/m 40). Deze categorisering vond plaats op basis van één standaarddeviatie-afwijking ten opzichte van het gemiddelde. Wat betreft doodattitude angst werd er geen significant interactie-effect gevonden tussen sekse en aantal sterfgevallen, $F(2,268) = .50$, $p = .60$. Wat betreft doodattitude acceptatie werd dat evenmin gevonden, $F(2,267) = .03$ $p = .97$. Er was wel sprake van een hoofdeffect voor het aantal sterfgevallen en acceptatie, $F(2,267) = 4.59$, $p = .01$. De effectgrootte was klein (Cohen, 1988) (partiële η^2 squared = .03). Wat betreft het aantal sterfgevallen waarmee men geconfronteerd was, blijkt dus wel een curvilineair verband met doodattitude acceptatie. Post-hoc vergelijking met Tukey HSD test wees uit dat de gemiddelde acceptatiescore van categorie 1 ($n = 32$, $M = 8.19$, $SD = 2.10$) significant lager is dan die van categorie 2 ($n = 214$, $M = 9.23$, $SD = 1.49$). Categorie 3 ($n = 27$, $M = 9.08$, $SD = 1.60$) verschilt niet significant van één van beide andere categorieën. Na samenvoeging van categorie 2 en 3 ($n = 241$, $M = 9.20$, $SD = 1.48$) bleek uit multivariate analyse dat deze groep significant verschilt van categorie 1, $F(2,268) = 4.32$, $p = .01$; Pillai's trace = .03; partiële η^2 squared = .03. Mensen die een klein aantal sterfgevallen hebben meegemaakt ervaren dus minder acceptatie van de dood dan mensen die gemiddeld of veel sterfgevallen hebben meegemaakt. Dit resultaat lijkt de habituatietheorie te ondersteunen. Voor de kwetsbaarheidstheorie wordt hier geen ondersteuning gevonden.

Verlies van belangrijkste hechtingspersonen en doodattituden

Aanvullend werd onderzocht of er een verband bestaat tussen het verlies van hechtingspersonen en de persoonlijke doodattituden; of dit een kwetsbaarheidsfactor dan wel een kracht lijkt te zijn. Hechting werd geanalyseerd zowel wat betreft het moment van het overlijden (hechting destijds) als in de tegenwoordige tijd, namelijk de mate van gemis van de betreffende dierbare (hechting heden). Pearson correlaties werden uitgevoerd tussen: het gemis (hechting heden) bij de drie belangrijkste verliezen (somscore), het ervaren van minder vreugde ten gevolge van verlies in het algemeen, de hechting aan deze personen ten tijde van het overlijden (somscore) en doodattituden. Eerst werd een significante correlatie van gemiddelde sterkte gevonden tussen hechting heden (gemis) en het ervaren van minder vreugde in het leven ten gevolge van verlies, $r = .37, n = 281, p < .01$. Het missen van deze persoon/personen was dus gerelateerd aan het ervaren van minder vreugde in het dagelijks leven ten gevolge van verlies. Er werd daarentegen geen significante correlatie gevonden tussen hechting destijds en angst voor de dood, $r = .05, n = 288, p > .05$. Evenmin werd er een significante correlatie gevonden tussen hechting destijds en acceptatie van de dood, $r = .02, n = 287, p > .05$. De mate van hechting aan dierbaren ten tijde van het overlijden is dus niet gerelateerd aan angst of acceptatie van de eigen dood. Er werd wel een kleine significante correlatie gevonden tussen hechting heden en angst voor de dood, $r = .17, n = 288, p < .05$. Het missen van deze persoon/personen is dus wel gerelateerd aan het ervaren van meer angst voor de eigen dood. Ten slotte werd er geen significante correlatie gevonden tussen hechting heden en acceptatie van de dood, $r = -.08, n = 288, p > .05$. Het missen van deze persoon/personen is dus niet gerelateerd aan acceptatie van de dood. Een hiërarchische multi-pele regressieanalyse is uitgevoerd om na te gaan in hoeverre hechting heden bepaald wordt door de variabelen hechting destijds, totaal verdriet destijds, sekse en leeftijd. De volgorde van het toevoegen van deze predictoren vond plaats op basis van het veronderstelde percentage extra verklaarde variantie, aflopend in grootte. Hechting destijds verklaart 31.6% van de variantie in hechting heden. Na het toevoegen van totaal verdriet destijds was de totale hoeveelheid verklaarde variantie 37.5%, $F(2,285) = 85.66, p < .001$. Verdriet destijds zorgt dus voor 6% extra verklaarde variantie in hechting heden na controle voor hechting destijds, R square change = .06, F change (1,285) = 27.14, $p < .001$. Vervolgens werd sekse (codering: 1 = vrouw, 2 = man) toegevoegd, waarmee de verklaarde variantie 38.1% bedroeg, $F(3,284) = 58.16, p < .001$. Ten slotte werd leeftijd toegevoegd, waarmee de verklaarde variantie uitkwam op 38.4%, $F(4,283) = 44.09, p < .001$. Na controle voor hechting destijds en verdriet destijds bleken sekse (R square change = .005, F change (1,284) = 2.63, $p > .05$) en leeftijd (R square change = .003, F change (1,283) = 1.55, $p > .05$) niet tot significant meer verklaarde variantie te leiden. Om na te gaan in hoeverre doodsoorzaak van invloed is op hechting heden (gemis heden), werd exploratief een ANOVA tussen groepen uitgevoerd. Hierbij werden de participanten ingedeeld in één van de volgende drie categorieën: natuurlijke doodsoorzaken, suicide en moord/ongeluk. Daar mensen veelal meerdere verliezen rapporteerden en de betreffende verliezen van verschillende categorieën konden zijn, moest soms gekozen worden hoe deze participanten werden gecodeerd. Hierbij werd als vuistregel gehanteerd: onnatuurlijke dood boven natuurlijke dood. De reden hiervoor is dat een onnatuurlijke dood van invloed kan zijn op de verwerking van verlies (Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie categorieën: natuurlijke dood ($n = 194$,

$M = 12.57, SD = 6.91$); suicide ($n = 19, M = 15.58, SD = 5.28$); en moord/ongeluk ($n = 41, M = 12.63, SD = 6.24$) enerzijds en gemis heden anderzijds, $F(2, 251) = 1.76, p > .05$. Wat betreft het verlies van hechtingspersonen is dus inderdaad een verband gevonden met doodattituden. Het missen van hechtingspersonen is namelijk gerelateerd aan een hogere mate van angst voor de eigen dood en lijkt een kwetsbaarheidsfactor te zijn.

Vreugdeverlies ten gevolge van verlies en doodattituden

Vanuit de vreugdeverliestheorie werd verwacht dat de confrontatie met sterfgevallen leidt tot het ervaren van minder vreugde in het dagelijks leven en daardoor gerelateerd is aan meer acceptatie van de eigen dood. Een Pearson correlatie werd uitgevoerd tussen het ervaren van minder vreugde in het leven ten gevolge van verlies en acceptatie van de dood. Er werd geen significante correlatie gevonden, $r = -.07, n = 288, p > .05$. Tegen de verwachting in bleek vreugdeverlies ten gevolge van verlies dus niet gerelateerd aan acceptatie van de eigen dood. Exploratief werd tevens een correlatie uitgevoerd voor de relatie tussen vreugdeverlies en angst voor de dood. Een kleine significante correlatie werd gevonden tussen het ervaren van minder vreugde in het leven ten gevolge van verlies en angst voor de dood, $r = .14, n = 281, p < .05$. Tweeweg tussengroepsanalyses werden uitgevoerd om de impact van verlies van vreugde door het overlijden van dierbaren en sekse op doodattituden te analyseren. Daartoe werden er drie categorieën gecreëerd voor de mate van vreugdeverlies. Categorie 1 = niet minder vreugde (score 1), categorie 2 = gemiddeld minde vreugde (score 2 t/m 7), categorie 3 = veel minder vreugde (score 8 t/m 10). Deze categorisering vond plaats op basis van één standaarddeviatie-afwijking ten opzichte van het gemiddelde ($n = 280, M = 3.90, SD = 2.86$). Zowel wat betreft angst voor de dood als acceptatie van de dood werd de assumptie voor homogeniteit geschonden. Daarom werd besloten ANOVA's tussen groepen uit te voeren. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie categorieën vreugdeverlies: niet minder vreugde ($n = 94, M = 2.36, SD = 1.99$); gemiddeld minder vreugde ($n = 141, M = 2.81, SD = 2.02$); en veel minder vreugde ($n = 46, M = 2.91, SD = 2.37$) enerzijds en angst voor de dood anderzijds, $F(2, 278) = 1.67, p = .19$. Wat betreft acceptatie van de dood, werd er een significant verschil gevonden tussen de verschillende groepen, $F(2, 277) = 3.16, p = .04$. Er bleek dus wel een curvilineair verband te bestaan tussen vreugdeverlies en acceptatie van de dood. Daar de assumptie van homogeniteit in variantie bleek te zijn geschonden, werd in dit geval gebruik gemaakt van de Welch-test. De aangepaste F -waarde was significant, $F(2, 113) = 3.55, p = .03$. Uit de Games-Howell post-hoc test bleek dat categorie 1 ($n = 93, M = 9.47, SD = 1.39$) significant meer acceptatie rapporteerde dan categorie 2 ($n = 141, M = 8.97, SD = 1.48$). Categorie 3 ($n = 46, M = 9.05, SD = 1.87$) bleek niet te verschillen van één van de overige categorieën. Na samenvoeging van categorie 2 en 3 ($n = 187, M = 8.99, SD = 1.58$) bleek uit multivariate analyse dat deze groep significant verschilt van categorie 1, $F(2, 275) = 3.22, p = .04$; Pillai's trace = .23; partiële η^2 squared = .02. Mensen die geen vreugdeverlies ervoeren ten gevolge van verlies ervaren dus meer acceptatie van de dood dan mensen die enige mate van vreugdeverlies of veel vreugdeverlies ervoeren. Samenvattend bieden bovengenoemde resultaten dus tegen de verwachtingen in geen ondersteuning voor de vreugdeverliestheorie. Vreugdeverlies is niet gerelateerd aan meer acceptatie van de dood, maar lijkt juist samen te hangen met minder acceptatie van de dood en met meer angst voor de dood.

Hechting heden en vreugdeverlies

Om na te gaan in hoeverre het eerder genoemde verband tussen hechting heden (gemis) en angst voor de dood bepaald zou kunnen zijn door vreugdeverlies, werd een partiële correlatie uitgevoerd tussen hechting heden (gemis) en angst voor de dood, waarbij gecontroleerd werd op vreugdeverlies ten gevolge van verlies. Er werd geen significante correlatie meer gevonden, $r = .13$, $n = 288$, $p > .05$. Aangezien de significante correlatie tussen hechting heden en angst voor de dood wegvalt, is er sprake van een mediatie-effect voor vreugdeverlies.

Verlies van een kind: vreugdeverlies en doodattituden

Om na te gaan of het verlies van een kind gerelateerd is aan het ervaren van minder vreugde, werd een tweeweg tussengroepsanalyse uitgevoerd. Er werd geen interactie-effect gevonden van het verlies van een kind en sekse op vreugdeverlies, $F(1,277) = .13$, $p = .72$. Wel werd er een hoofdeffect gevonden van het verlies van een kind op vreugdeverlies, $F(1,277) = 5.40$, $p = .02$. Mensen die een kind hadden verloren rapporteerden meer vreugdeverlies ten gevolge van verlies ($n = 29$, $M = 5.14$, $SD = 2.95$) dan mensen die dit niet hadden meegemaakt ($n = 252$, $M = 3.75$, $SD = 2.82$). De effectgrootte was klein (Cohen, 1988) (partiële η^2 squared = .02). Ten slotte bleek er geen hoofdeffect voor sekse, $F(1,277) = .30$, $p = .59$. Om vervolgens de impact van het verlies van een kind op doodattituden angst en acceptatie te onderzoeken, werd een multivariate tussengroepsanalyse uitgevoerd. Wat betreft angst voor de dood werden geen hoofdeffecten gevonden voor sekse, $F(1,283) = 1.57$, $p = .27$ en het verlies van een kind, $F(1,283) = .01$, $p = .91$. Evenmin was sprake van een interactie-effect, $F(1,283) = .11$, $p = .75$. Ook wat betreft acceptatie van de dood werden geen hoofdeffecten gevonden voor sekse, $F(1,283) = 2.68$, $p = .10$ en het verlies van een kind, $F(1,283) = .10$, $p = .76$. Evenmin was hier sprake van een interactie-effect, $F(1,283) = .02$, $p = .90$. Bij doodattitude acceptatie werd de assumptie van homogeniteit in errorvariantie geschonden.

Discussie

Ouderen lijden aanzienlijk meer verliezen dan jongeren en worden zodoende meer geconfronteerd met de dood. Verwacht werd derhalve dat deze confrontaties, die ook een confrontatie vormen met de eigen eindigheid, verband houden met een meer bewuste houding ten aanzien van de eigen dood. Deze vernieuwende studie onder Nederlandse ouderen richtte zich daarom op doodattitude angst en de minder onderzochte doodattitude acceptatie in relatie tot de confrontatie met sterfgevallen. Onderzoek naar doodattituden is tot op heden relatief beperkt en kent veelal methodologische gebreken en inconsistente resultaten (Lin, 2003). De eerdere studies waarbij de confrontatie met sterfgevallen is onderzocht, zijn vooral gericht geweest op specifieke beroepsgroepen als begrafenisondernemers en (hospice)verpleegkundigen (Linley & Joseph, 2005; Payne et al., 1998). Onder ouderen, die niet vanuit een professie, maar op natuurlijke wijze en in hun eigen omgeving eveneens herhaaldelijk worden geconfronteerd met sterfgevallen, is tot op heden geen onderzoek verricht naar deze samenhang. Hoewel uit eerder onderzoek is gebleken dat ouderen minder angst voor de dood ervaren dan jongeren (Gesser et al., 1988) werd in de onderhavige studie binnen de leeftijdsgroep ouderen geen verband gevonden voor leeftijd. Het lijkt er dus op dat er binnen de levensfase ouderdom geen nader onderscheid kan worden gemaakt in doodattituden op basis van leeftijd. Over het algemeen werd een opvallend hoge mate van acceptatie gerapporteerd. Ondanks dat Nederlandse ouderen over het algemeen enige mate van angst voor de dood ervaren, hebben zij dus een zeer accepterende attitude ten aanzien van de eigen dood. In lijn met eerder onderzoek (Depaola, Griffin, Young, & Neimeyer, 2003) bleken vrouwen meer angst voor de dood te rapporteren dan mannen. De vraag is echter of dit verschil een eerder gevonden algemeen sekseverschil wat betreft angst rapportage (McLean & Anderson, 2009) weerspiegelt, of dat dit verschil specifiek is voor de hier onderzochte doodattitude angst.

Confrontatie & doodattituden

Verondersteld werd dat er een relatie bestaat tussen de confrontatie met sterfgevallen en de persoonlijke doodattituden van ouderen. Vanuit de habituatietheorie werd verwacht dat confrontatie met sterfgevallen leidt tot meer acceptatie van de eigen dood. Daarnaast werd vanuit de kwetsbaarheidstheorie verwacht dat een hogere mate van confrontatie met sterfgevallen in de nabije omgeving gerelateerd is aan meer angst voor de dood. Alleen voor de habituatietheorie is enige steun gevonden. Mensen die meerdere sterfgevallen hadden meegemaakt, rapporteerden meer acceptatie dan mensen die in betrekkelijk geringe mate geconfronteerd waren geweest met sterfgevallen. Aan de habituatie lijkt dus een grens te zitten: meer dan gewend zijn aan het feit dat mensen om je heen sterven kan niet. Het hebben ervaren van meer dan enkele sterfgevallen lijkt dus een 'gunstige' invloed te hebben op doodattitude acceptatie, maar dit gaat opvallend genoeg niet op voor mensen die zeer veelvuldig geconfronteerd zijn met sterfgevallen in de nabije omgeving. Dit is een interessante bevinding die implicaties heeft voor de oorspronkelijke habituatietheorie. Waar namelijk werd uitgegaan van een lineair gewenningsproces, blijkt eerder sprake te zijn van een curvilineair gewenningseffect dat optreedt naarmate men meerdere verliezen heeft meegemaakt en weer af lijkt te buigen naarmate men zeer veel verliezen heeft meegemaakt. Een mogelijkheid is dat bij een overvloed aan

confrontaties met sterfgevallen er simpelweg te weinig tijd is om te habitueren. Indien hetzelfde aantal sterfgevallen over een langere tijdsspanne zou hebben plaatsgevonden, zou het beeld wellicht anders zijn. Het gaat dan niet zozeer om een teveel aan confrontaties, maar om een teveel aan confrontaties in te korte tijd. Een andere verklaring voor het gevonden curvilineaire verband is dat men, doordat de dood zo vaak nabij is geweest, meer waarde hecht aan het leven, hetgeen gepaard kan gaan met minder acceptatie van de dood. Een meer negatieve interpretatie ten slotte, is dat er een soort verontwaardiging/verzet optreedt over het veelvuldig wegvallen van anderen en de onontkoombaarheid van de dood, hetgeen zijn weerslag heeft op de acceptatie van de eigen dood. In tegenstelling tot een curvilineair verband zoals hier gevonden, bestaat de mogelijkheid dat er wat betreft habituatie sprake is van een plateau-effect: mensen die meer dan enkele sterfgevallen hebben meegemaakt zijn meer acceptierend ten aanzien van de eigen dood dan mensen die slechts enkele sterfgevallen in de nabije omgeving hebben meegemaakt. Nader onderzoek met meer participanten in de categorie 'zeer veel sterfgevallen' kan uitwijzen of het hier gevonden curvilineaire patroon gerepliceerd kan worden of dat de categorie 'veel sterfgevallen' in feite gelijk is aan de categorie 'gemiddeld aantal sterfgevallen'. Concluderend geeft het gevonden habituatie-effect (curvilineair in plaats van lineair) een voorzichtige eerste aanwijzing dat eerdere bevindingen onder beroeps-specifieke groepen (Linley & Joseph, 2005; Payne et al., 1998) generaliseerd zouden kunnen worden naar ouderen.

Verlies van hechtingsfiguren: hechting en vreugdeverlies

Exploratief werd onderzocht of er een verband bestaat tussen het verlies van hechtingsfiguren en de doodattituden van ouderen. De mate van hechting werd geoperationaliseerd als *hechting destijds* (de mate van nabijheid op het moment van overlijden) en *hechting heden* (de mate van gemis vandaag de dag). In lijn met eerdere studies waarin geen rouw-voorspellend effect werd gevonden voor doodsoorzaak (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003; van der Houwen et al., 2010), bleek de mate van gemis niet te worden bepaald door de wijze waarop deze dierbaren overleden waren. Alleen voor gemis werd een verband gevonden met doodattituden. Het missen van de dierbaren is gerelateerd aan het ervaren van meer angst voor de eigen dood. Een eerste verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat mensen die angstiger zijn voor de onomkeerbare dood wellicht ook meer moeite hebben om de dood van dierbaren volledig te aanvaarden. De hechtingsband wordt meer aangehouden om de confrontatie met de onomkeerbaarheid van het verlies te vermijden (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993), wat onder andere tot uiting komt in een hogere mate van gemis. Gemis zou hier dus kunnen worden opgevat als een gevolg van reeds bestaande angst voor de dood. Een andere verklaring voor het gevonden verband tussen gemis en angst voor de eigen dood is dat de gestelde vragen over de dood een confrontatie zijn met de onomkeerbaarheid van het verlies van de betreffende dierbaren. Boelen, van den Hout en van den Bout (2006) stellen dat bij mensen met een gecompliceerd rouwproces de onomkeerbare scheiding van de overledene onvoldoende geïntegreerd is in het autobiografisch geheugen en het verlies zodoende 'nieuw' blijft. Confrontaties met het verlies leiden dan blijvend tot intense negatieve gevoelens van verdriet. Affect heeft een essentiële invloed op het beoordelingsvermogen (Damasio, 1994). Hogere rapportage van angstscores door negatiever affect bij mensen die een hoge mate van gemis ervoeren is dus denkbaar. Laatstgenoemde betreft dus geen feitelijke angst voor de eigen dood, maar weerspiegelt de moeite

van mensen met veel gemis om de onomkeerbaarheid van het verlies van hun dierbaren te accepteren.

Gemis bleek gerelateerd te zijn aan het ervaren van minder vreugde in het dagelijks leven ten gevolge van alle verliezen die men had meegemaakt. Bij nadere analyse bleek het eerder beschreven verband tussen gemis en angst voor de dood zelfs te worden gemedieerd door het ervaren van minder vreugde ten gevolge van alle ervaren verliezen samen. Het is aannemelijk dat er een grote inhoudelijke overlap bestaat tussen gemis van hechtingsfiguren en vreugdeverlies doordat vreugdeverlies vooral het *gemis* van alle hechtingspersonen omvat. Overigens werd vreugdeverlies in de onderhavige studie opgevat als het gevolg van verlies van dierbaren. Andere factoren die samenhangen met vreugde, zoals een kwalitatief goed sociaal netwerk, het ervaren van een goede gezondheid en het gevoel van zelfcontrole (Berga, Hassinga, McClearn & Johanssona, 2006) zouden het gerapporteerde vreugdeverlies echter mede kunnen hebben beïnvloed.

Er bleek ook een direct, lineair verband te bestaan tussen vreugdeverlies en angst voor de dood. Mensen die vreugdeverlies rapporteerden, gaven aan meer angst voor de dood te ervaren. Dit staat haaks op de op vreugdeverliestheorie gebaseerde verwachting dat vreugdeverlies leidt tot meer acceptatie van de dood. Er werd geen verband gevonden tussen vreugdeverlies en acceptatie. Het is aannemelijk dat coping een essentiële rol speelt in deze samenhang van vreugdeverlies en angst voor de dood. Het *Dual Process Model of Coping With Bereavement* (DPM; Stroebe & Schut, 1999) beschrijft dat het afwisselend gericht zijn op het verlies van de dierbare enerzijds en stressoren gerelateerd aan het veranderde leven zonder de dierbare anderzijds, essentieel is voor een adequate coping. Het uitsluitend en veelvuldig gericht zijn op enkel het verlies kan zodoende tot negatieve uitkomsten leiden, bijvoorbeeld in termen van depressie of gecompliceerde rouw (Schut & Stroebe, 2010). Verondersteld kan worden dat indien coping met het verlies op bepaalde punten tekortschiet of minder effectief is, de betreffende ouderen meer vreugdeverlies zullen ervaren. Dit kan hen eveneens kwetsbaarder maken voor het ervaren van angst voor de dood. De angst voor de dood weerspiegelt dan een meer algemene uitkomst van een beperkt copingproces. Een tweede verklaring is dat een hogere mate van vreugdeverlies bij verlies samenhangt met een reeds aanwezige kwetsbaarheid voor het ervaren van negatieve emoties, zoals bij het persoonlijkheidskenmerk neuroticisme. Neuroticisme maakt kwetsbaar voor het ervaren van angst in het algemeen (Jylhä & Isometsä, 2006), hetgeen tot uiting zou kunnen komen in een hogere mate van angst voor de dood. Een derde verklaring voor de relatie tussen vreugdeverlies en angst voor de dood is wellicht te vinden in een door Ainsworth (1989) omschreven onveilige hechtingstijl. Onderzoek van Besser en Priel (2008) onder Israëliëse ouderen wees uit dat een onveilige hechtingstijl kwetsbaar maakt voor angst voor de dood, waarbij een buffer-effect bleek te bestaan van sociale steun. Indien men negatieve opvattingen heeft ten aanzien van zichzelf en/of anderen leidt dit tot gevoelens van onzekerheid en angst, ten aanzien van zowel het leven zonder de dierbare, maar mogelijk ook wat betreft angst voor de eigen dood.

De relatie tussen vreugdeverlies en angst wordt nader zichtbaar in het gegeven dat mensen die geen vreugdeverlies ervaren, meer acceptatie van de dood rapporteren dan mensen die wel vreugdeverlies ervaren. Mensen die geen vreugdeverlies ervaren lijken goed in staat hun leven ondanks het overlijden van dierbaren

positief te evalueren. Deze veerkracht zou eveneens tot uiting kunnen komen in positieve attitudes ten aanzien van de dood, die immers onlosmakelijk verbonden is met het leven. Opvallend en minder gemakkelijk te verklaren, is de gevonden curvilineariteit tussen vroegdeverlies en acceptatie. Mensen die geen vroegdeverlies rapporteren ervaren meer acceptatie van de eigen dood dan mensen die enige mate van vroegdeverlies rapporteren, maar verschillen niet van mensen die veel minder vroegdeverlies rapporteren. Het is denkbaar dat het algehele welzijn door een zeer hoge mate van vroegdeverlies dusdanig degenereert dat men een zekere mate van gelatenheid ervaart, zowel ten aanzien van het leven als ten aanzien van de dood.

Er blijkt ook een relatie te bestaan tussen vroegdeverlies en het verlies van een kind. Mensen die in de levensloop een kind hebben verloren, ervaren meer vroegdeverlies dan mensen die dit niet hebben meegemaakt. Deze bevinding past bij het gegeven dat het verlies van een kind een bijzonder ontwrichtende levensgebeurtenis is en bijzonder veel aanpassing vereist (Cleiren, 1991; Leahy, 1992; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Een interessante vraag hierbij is of het ervaren van vroegdeverlies kan worden gezien als een uitkomst van het copingproces van de ouder, of dat vroegdeverlies feitelijk een onontkoombaar gevolg van het verlies van een kind betreft. In tegenstelling tot andere verwanten hebben ouders de natuurlijke verwachting dat hun kind hen zal overleven en dit kind dus zo lang als zij leven een bepaalde rol zal hebben in het leven van de ouder. Wat betreft de ouderdom is met het overlijden van het kind niet alleen een onderwerp van liefde en zorg weggevallen, maar ook een belangrijke potentiële bron van steun en levensvreugde. Op grond hiervan is de ervaring dat men aan vreugde heeft ingeboet door het overlijden van het kind wellicht eerder regel dan uitzondering. Het hebben van meerdere kinderen en een sociaal steunend netwerk zijn hierbij mogelijk relevante mediërende factoren. Ondanks deze relatie met vroegdeverlies en de eerder gevonden relatie tussen vroegdeverlies en angst voor de dood, bleken de doodattitudes van ouderen die een kind hebben verloren niet te verschillen van ouderen die dit niet hebben meegemaakt. Vooralsnog lijkt het verlies van een kind dus noch een kwetsbaarheidsfactor, noch een beschermingsfactor te zijn. Uiteraard bestaat de mogelijkheid dat er naast alle andere verliezen die men in de levensloop heeft meegemaakt inderdaad geen specifiek effect is voor het verlies van een kind in het ervaren van angst of acceptatie ten aanzien van de eigen dood. Een andere mogelijkheid echter, is dat 'kindverlies' een te brede categorie omvat om het vinden van een rechtstreeks verband met doodattitudes mogelijk te maken, maar er toch een genuanceerd beeld blijkt te bestaan indien specifieke kind-, ouder- en omgevingsfactoren in beschouwing worden genomen. Samenhangend met de natuurlijke verwachting dat het kind de ouder overleeft, kunnen ouders de wereld na het verlies van een kind als onrechtvaardig en oncontroleerbaar gaan ervaren (Weiss, 2010). Dit zou ook op kunnen gaan wat betreft attributies ten aanzien van de eigen dood, waarover men eveneens niet langer controle ervaart. Een hogere mate van angst voor de dood kan dan het gevolg zijn. Daarentegen zouden ouders die geloven in een hiernamaals waar hereniging met dierbaren plaatsvindt, vanuit het verlangen om bij hun kind te zijn of het door Weiss (2010) beschreven verlangen om het overleden kind te beschermen en te troosten juist erg acceptierend ten opzichte van de eigen dood kunnen zijn. Een andere voorbeeld is dat men zich 'vastbijt' aan het leven vanuit een idee dat men alles uit het leven wil en moet halen omwille van het gestorven kind, dat hiertoe immers niet de kans kreeg. Dit zou onder andere tot uiting kunnen komen in een

lagere mate van acceptatie van de eigen dood. Dit zijn slechts enkele tentatieve uitspraken om te illustreren dat er verschillende verbanden naast elkaar zouden kunnen bestaan wat betreft het verlies van een kind en de persoonlijke doodattituden van ouderen. Het is niet ondenkbaar dat dergelijke verbanden, indien aanwezig, elkaar hebben 'opgeheven' in de onderhavige studie. Op grond hiervan kan gesteld worden dat nader onderzoek naar kindverlies en doodattituden, met grotere participantenaantallen en inclusie van specifieke ouderfactoren (bijvoorbeeld coping; overtuigingen met betrekking tot een hiernamaals), kindfactoren (zoals leeftijd) en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld of er meerdere kinderen zijn) essentieel is.

Conclusie

Aan de hand van deze studie werd nagegaan of steun wordt gevonden voor de habituatietheorie en vreugdeverliestheorie, dan wel voor de hiermee conflicterende kwetsbaarheidstheorie en of er een invloed is van het verlies van hechtingsfiguren, waaronder kinderen. In tegenstelling tot de verwachtingen werd geen enkele ondersteuning gevonden voor de op Wong et al. (1994) gebaseerde vreugdeverliestheorie: ouderen ervaren niet dusdanig minder vreugde ten gevolge van verlies dat zij de dood meer gaan accepteren. In dit stadium lijkt het voorbarig om definitief een keuze te maken voor de habituatietheorie dan wel de kwetsbaarheidstheorie. Beide theorieën lijken naast elkaar te kunnen bestaan, afhankelijk van de gebruikte factoren. Er zijn enige aanwijzingen dat het frequenter geconfronteerd zijn met sterfgevallen gerelateerd is aan gewenning ten aanzien van de eigen dood. Echter, wanneer men geconfronteerd wordt met sterfgevallen die vreugdeverlies en gemis met zich meebrengen, lijkt men juist angstiger te worden voor de dood. Het verlies van hechtingsfiguren lijkt dus vooral een kwetsbaarheidsfactor te zijn. Op grond hiervan dient de kwetsbaarheidstheorie te worden herzien: niet de confrontatie met het overlijden van bekenden leidt tot angst voor de dood, maar het verlies van hechtingsfiguren en het hiermee gepaard gaande vreugdeverlies en gemis. Tot dusver zijn er geen aanwijzingen dat dit ook geldt voor het verlies van een kind. Verwacht wordt dat vooral eventuele complicaties in het copingproces verantwoordelijk zijn voor de gevonden relatie met angst voor de dood. Dit is aannemelijk in lijn met het eerder genoemde onderzoek van Tostikova et al. (2005), waaruit bleek dat mensen met gecompliceerde rouw meer angst voor de dood hebben. Ten slotte kan het feit dat de kwetsbaarheid niet gevonden werd in eerdere onderzoeken onder beroepsspecifieke groepen (Linley & Joseph, 2005; Payne et al., 1998) verklaard worden vanuit het hechtingsaspect van de herziene kwetsbaarheidstheorie. Gezien de professionele relatie van de begrafenisondernemers en verpleegkundigen was mogelijk nauwelijks sprake van (diepgaande) hechting met de overledene. Op grond van de resultaten uit deze vernieuwende studie kan wellicht gesteld worden: de dood went, maar gemis maakt angstig!

Literatuur

- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709–716.
- Antonucci, T.C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment & Human Development*, *6*, 353 – 370.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief*. London: Routledge.
- Bath, D.M. (2010). Separation from loved ones in the fear of death. *Death Studies*, *34*, 404–425.
- Berga, I., Hassinga, L.B., McClearn, G.E., & Johanssona, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, *10*, 257-264.
- Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression and fear of death in older adults: The role of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1711-1725.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1123 -1136.
- Boelen, P.A., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*, 109-128.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, *121*, 369–375.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: volume 1: attachment*. New York: Basic Books.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Prognose bevolking kerncijfers, 2013-2060*. Retrieved 18,12,2013, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=82310NED&LA=NL>
- Choi, N.G., & Wodarski, J.S. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research*, *20*, 52-63.
- Cleiren, M.P.H.D. (1991). *Adaptation after bereavement*. Leiden: DSWO Press.
- Clements, R., & Rooda, L.A. (2000). Factor structure, reliability and validity of the Death Attitude Profile-Revised. *Omega*, *40*, 453-463.
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, *4*, 375-378.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam.
- Depaola, S.J., Griffin, M., Young, J.R., & Neimeyer, R.A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, *27*, 335-354.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile. *Omega*, *18*, 113-128.

- Harding, S.R., Flannely, 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.
- Horowitz, M.J., Bonanno, G.A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine, 55*, 260-273.
- Houwen, K. van der., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. van den., & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies, 34*, 195-220.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety, 23*, 281-289.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jesell, T.M. (1995). *Essentials of neural science and behavior*. Norwalk, C.T: Appleton & Lange.
- Levenson, H. 1973. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 397– 404.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leahy, J. M. (1992). A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *Omega, 26*, 207-218.
- Lin, A. (2003). Factors related to attitudes toward death among Americans and Chinese older adults. *Journal of Death and Dying, 47*, 3-23.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2005). Positive and negative changes following occupational death exposure. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 751–758.
- McLean, C.P., & Anderson, E.R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*, 496-505.
- Neimeyer, R.A., Wittkowski, J., & Moser, R.P. (2010). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies, 28*, 309-340.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Norris, F. H. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 489-511.
- Pallant, J. (2010). *Spss survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. New York: Open University Press.
- Payne, S.A., Dean, S.J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 700-706.
- Presson, P.K., Clark, S.C., & Benassi, V.A. (1997). The Levenson locus of control scales: Confirmatory factor analyses and evaluation. *Social Behavior and Personality: an international journal, 25*, 93-103.
- Sorkin, D., Rook, K. S., & Lu, J. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine, 24*, 290-298.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine, 63*, 2440–2451

- Stroebe, M.S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*, 197-244.
- Stroebe, M.S., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of coping with bereavement: A decade on. *Omega, 61*, 273-289.
- Stroebe, M.S., Schut H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet, 370*, 1960–1973.
- Tolstikova, K., Fleming, S., & Chartier, B. (2005). Grief, complicated grief, and trauma: The role of the search for meaning, impaired self-reference, and death anxiety. *Illness, Crisis & Loss, 13*, 293–313.
- Weiss, R.S. (2010): Grief, bonds, and relationships. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington: American Psychological Association.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 617-623.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2008). The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief. *Death Studies, 32*, 237-252.
- Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Philadelphia: Taylor & Francis.

Bijlage 1: vragenlijst

Wat fijn dat ik nu dit interview bij u mag afnemen. Ik zal even kort uitleggen hoe het interview in zijn werk zal gaan. Eerst zal ik een aantal algemene vragen stellen ter kennismaking. Daarna zullen verschillende onderwerpen aan bod komen. U mag de vragen in uw eigen tempo beantwoorden.

Demografische gegevens

1. Sekse 0 man 0 vrouw
2. Wat is uw geboortedatum?
3. Burgerlijke staat
 - a. Wat is uw burgerlijke staat?
 - b. Indien van toepassing, leeft u partner nog?
 - i. Ja
 - ii. Nee, hoe lang geleden is uw partner overleden?
(achtergrondinfo over omstandigheden overlijden partner)
.....
.....
4. Kinderen
 - a. Heeft u kinderen?
 - i. Nee
 - ii. Ja, hoeveel
 - iii. Bent u over het algemeen tevreden over hoe geregeld u uw kinderen spreekt?
0 Ja 0 Nee
 - b. Heeft u kleinkinderen?
 - i. Nee
 - ii. Ja, hoeveel
 - iii. Bent u over het algemeen tevreden over hoe geregeld u uw kleinkinderen spreekt?
0 Ja 0 Nee
5. Siblings
 - a. Hoeveel broers en/of zussen heeft u?
 - i. Hoeveel leven er nog?
 - ii. Bent u over het algemeen tevreden over het contact met uw broers/ zussen?
0 Ja 0 Nee
6. Woonsituatie
 - 0 zelfstandig
 - 0 zorg/verpleeghuis

0 aanleunwoning

Indien oudere in verpleeghuis, aanleunwoning woont:

Hoe lang woont u hier al?

7. Gezondheid

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

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

c. Ontvangt u zorg? 0 Ja 0 Nee

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

0 Persoonlijke verzorging

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

0 Verpleging

Zoals wonden verzorgen of injecties geven.

0 Begeleiding

Begeleiden van activiteiten, dagopvang valt hier ook onder.

0 Behandeling

Zoals revalidatie of de behandeling van een chronische ziekte.

0 Langdurig verblijf in een zorginstelling

Zoals wonen in een verpleeghuis of verzorgingshuis.

0 Kortdurend verblijf in een zorginstelling

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

0 Zorg vanuit een instelling

0 Mantelzorg

0 Overige, namelijk

8. Geloof

a. Bent u gelovig? 0 Ja 0 Nee

i. Zo ja, welk geloof belijdt u?

b. In hoeverre speelt geloof een belangrijke rol in uw leven? Waarbij 1 is geheel niet belangrijk en 10 is heel erg belangrijk.

.....

c. In hoeverre neemt u deel aan activiteiten binnen uw geloofsgemeenschap? (zoals diensten, bezoek aan voorganger, etc.) Waarbij 1 is geen actieve deelname en 10 is zeer actieve deelname.....

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

Sociale steun

- 9. Wanneer u bij uzelf nagaat op hoeveel mensen u nu kunt terugvallen indien u echt steun nodig heeft, hoeveel mensen zijn dit dan?
- 10. In welke mate bent u tevreden over de sociale steun die u ervaart?
- 11. In hoeverre ervaart u dat u mensen om u heen hebt met wie u belangrijke dingen in uw leven kunt bespreken?

Locus of Control

- 12. In welke mate heeft u in uw leven zelf kunnen bepalen wat er ging gebeuren?
- 13. In welke mate wordt uw leven bepaald door toeval?
- 14. In hoeverre heeft u het gevoel dat de dingen die in uw leven zijn gebeurd, bepaald zijn door invloedrijke mensen? (Bijvoorbeeld gezaghebbende, dominee, ouders)

Geloof

- 15. In welke mate speelt uw geloof een rol als u belangrijke beslissingen moet nemen? Waarbij 1 geen enkele mate en 10 is een zeer grote mate
.....
- 16. In hoeverre bent u vanuit uw geloofsovertuiging tegen euthanasie en/ of abortus? Waarbij 1 is niet tegen abortus en/ of euthanasie vanuit uw geloofsovertuiging en 10 is tegen abortus en/of euthanasie vanuit uw geloofsovertuiging
.....
- 17. In hoeverre gelooft u in een oordeel na de dood (bestrafing of beloning) voor het leven dat u heeft geleid
.....

18 In hoeverre boezemt dit angst in?

.....

19 In hoeverre heeft u het idee dat u tot nu toe voldoende naar uw levensbeschouwelijke normen heeft geleefd?
Waarbij 1 is niet volgens de levensbeschouwelijke normen geleefd en 10 is geheel volgens de levensbeschouwelijke normen geleefd

.....

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

.....

Confrontatie met sterfgevallen

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

.....

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

.....

Persoon nummer 1

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

.....

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

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

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

.....

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

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

Persoon nummer 2

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

.....

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

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

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

- c 3. Zou u kunnen aangeven hoe intens uw verdriet destijds was? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet intens en 10 is het meest intense verdriet ooit.
- c 4. In hoeverre ervaart u vandaag de dag nog gemis? Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is geen gemis en 10 is heel sterk gemis.

Persoon nummer 3

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

- b. Hoe nabij was deze persoon op dat moment op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet nabij en 10 is meest nabije persoon.
- c 1. Hoe lang geleden is deze persoon u ontvallen?
- c 2. Kunt u vertellen hoe deze persoon is overleden? (*ziekte, ouderdom, ongeluk, suicide, oorzaak onbekend, hartaanval*)

- c 3. Zou u kunnen aangeven hoe intens uw verdriet destijds was? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10? Waarbij 1 is niet intens en 10 is het meest intense verdriet ooit.
- c 4. In hoeverre ervaart u vandaag de dag nog gemis? Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 is geen gemis en 10 is heel sterk gemis.
23. In welke mate ervaart u minder vreugde in uw leven door het wegvallen van uw dierbaren? Waarbij 1 is niet minder vreugde en 10 is veel minder vreugde.

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

Angst voor de dood

24. In welke mate bent u bang om dood te zijn?
25. In welke mate beangstigd het u dat u gescheiden wordt van het leven wat u nu bekend is?
26. In welke mate bent u bang voor de gevolgen die uw dood met zich meebrengt voor anderen? (*Bijvoorbeeld verdriet, zaken regelen, kinderen die elkaar niet meer zullen zien na iemands dood*)
27. In hoeverre bent u bang dat u na uw dood iemand achterlaat waar u zich op dit moment verantwoordelijk voor voelt? (*Bang dat iemand zich niet zal redden zonder de ander*)

Acceptatie van de dood

- 28. In hoeverre heeft u geaccepteerd dat de dood deel uit maakt van het leven?
- 29. In welke mate heeft u geaccepteerd dat u dood op een dag dood zult zijn?
- 30. In hoeverre zou u er vrede mee hebben wanneer u morgen dood zou zijn?
- 31. In welke mate ervaart u dat de dood een bevrijding is van pijn en lijden?

Bijlage 2: toestemmingsbrief instellingen

Betreft: wetenschappelijk onderzoeksproject 'Ouderen en hun kijk op leven en dood'

Geachte heer (naam directeur),

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

Voor dit onderzoek zijn we op zoek naar ouderen die bereid zijn daarover geïnterviewd te worden. Om die reden richten wij ons tot u, met de vraag of u ermee akkoord wilt gaan dat wij binnen uw instelling, Woonzorgcentrum Voorhoeve, ouderen vanaf 70 jaar benaderen voor deelname aan deze studie. Maandag 28 oktober zullen wij hierover telefonisch contact opnemen, maar we willen u op voorhand informeren, zodat u over ons verzoek kunt nadenken.

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

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

Bij voorbaat dank voor het overwegen van ons verzoek,

Met vriendelijke groet namens het onderzoeksteam,

(Naam onderzoeker)

Contact

Tel:

E-mail:

Faculteit Sociale Wetenschappen, afd. Klinische & Gezondheidspsychologie, Universiteit

Bijlage 3: informatiebrief deelnemers

Titel onderzoek

Ouderen en hun kijk op het leven en de naderende dood

Doel van het onderzoek

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

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit een interview van ongeveer 45 minuten waarin verschillende onderwerpen aan bod zullen komen. Zo zullen vragen gesteld worden over uw sociale leven, uw eventuele godsdienstige overtuigingen, uw ideeën ten aanzien van leven en dood.

Vrijwilligheid van deelname

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Als u besluit deel te nemen, kunt u op elk moment van gedachten veranderen en uw deelname beëindigen, of op een later tijdstip voortzetten, zonder dat u hiervoor een reden hoeft op te geven. En als er vragen zijn die u niet wilt beantwoorden, dan wordt dit zonder meer vanzelfsprekend gerespecteerd.

Vertrouwelijkheid en anonimiteit

Alle gegevens die voor dit onderzoek worden gegenereerd worden vertrouwelijk verwerkt en bewaard in het onderzoeksarchief van dr. Henk Schut (Universiteit Utrecht). Door gebruik te maken van een codenummer blijven uw gegevens anoniem. Er worden geen individuele resultaten berekend.

Wat van u gevraagd wordt (belasting)

Het interview duurt ongeveer 45 minuten. Het gesprek mag in een voor u prettig tempo verlopen en u zult worden begeleid bij het beantwoorden van de vragen.

De risico's van het onderzoek

Het is mogelijk dat bepaalde vragen moeilijk zijn. Hier wordt rekening mee gehouden in het gesprek en hier zal met zorg mee worden omgegaan. Alle procedures van dit onderzoek vinden plaats in overeenstemming met de richtlijnen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Vragen

U heeft het recht om op ieder moment vragen te stellen. Mocht u na afloop van het interview nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker met wie u gesproken heeft (naam en telefoonnummer onderzoeker), of met dr. Henk Schut, tel nr. 030-2539092.

Bijlage 4: toestemmingsverklaring

TOESTEMMINGSVERKLARING
Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek:
Ouderen en hun kijk op leven en dood

Doel van het onderzoek

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

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

Ik stem toe met deelname aan dit onderzoek.

Naam:

Leeftijd: jaar

Handtekening: Datum:

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

Naam:

Functie: Onderzoeksmedewerker

Handtekening: Datum: