

# Verlies van een dierbare: De relatie tussen religiositeit en depressieve en rouwsymptomen.

---

**Abstract:** This study examined the effects of different aspects religion on depressive and grief symptoms after a loved one passes away. By method of conducted survey, data were collected from 210 university students. Religiosity was measured through five subscales (*religious participation, religious coping, religious participation, spirituality and general religiosity*) which were then examined in relationship to levels of grief which was measured by the *Texas Revised Inventory of Grief* (Trig) and depressive symptoms, using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Analyses included linear regression analysis: they showed a positive relation between *religious coping* and *depressive symptoms* and a negative relation between *spirituality* and *depressive symptoms*.

**Masteronderzoek Klinische en Gezondheidspsychologie 2008/2009, Universiteit Utrecht**

Auteurs:

**Hugo Elsman (0323594)**

h.p.j.elsman1@students.uu.nl

In samenwerking met: Eva Schweer (3161544)

e.schweer@students.uu.nl

Datum: **Mei 2009**

Dit onderzoek werd begeleid door: **Prof. . Margaret S. Stroebe-Harold**

# Voorwoord

---

Het onderzoek dat hier voor u ligt is als *masteronderzoek* het product van de samenwerking tussen Eva Schweer en Hugo Elsman. Dit masteronderzoek en de bijbehorende *thesis* is gedaan in het kader van de masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Wegens de omvang van een dergelijk onderzoek, genoot het de voorkeur om het onderzoek in een tweetal uit te voeren en op deze manier bepaalde lasten van het onderzoek te verdelen en daarmee te verlichten.

Om toch wat meer individualiteit in dit masteronderzoek aan te brengen is er in een later stadium echter voor gekozen om de *discussie* door de onderzoekers ieder afzonderlijk te laten schrijven en wijzigingen tussen de laatste versies ook individueel door te voeren.

Dit houdt in dat het huidige onderzoek, voor wat betreft het veldwerk en het schrijven van de *inleiding* tot en met de *resultaten* sectie tot stand is gekomen in nauwe samenwerking tussen de beide onderzoekers; de sectie *discussie* is in iedere versie van het onderzoek echter door de betreffende onderzoeker geschreven zonder dat daarbij inmenging van de onderzoekspartner is geweest. Ook zullen de verschillende versies van het onderzoek van Eva Schweer en Hugo Elsman van elkaar afwijken in de andere secties van het onderzoek, omdat hierin na een zeker stadium verschillende wijzigingen en verbeteringen afzonderlijk door de onderzoekers zijn aangebracht.

# Inleiding

---

Volgens veel onderzoekers is religiositeit één van de meest gebruikte en effectieve middelen van omgaan met de dood. De cognitief psycholoog Ellis (1987), onder andere de grondlegger van de Rationeel Emotieve Therapie - de meest toegepaste behandeling bij depressie – zegt echter dat *religieuze orthodoxie* een belangrijke oorzaak is van psychopathologie. Ellis betoogt dat de aanvaarding van absolute normen over goed en kwaad en het geloof in hel en verdoemenis, zoals dit voorkomt in religieuze orthodoxie, kunnen leiden tot gevoelens van schaamte, schuld, angst en depressie (Ellis, 1987). In dit onderzoek zal daarom de relatie tussen religiositeit en de mate van depressie bij een nabestaande, als een dierbare overlijdt, worden bestudeerd.

Allereerst is het in het kader van een onderzoek als dit van belang een definitie van religiositeit te bepalen. Thrower (1999, in Küçükcan, 2005) probeerde een antwoord op de vraag te geven hoe men religie kan omschrijven. Hij constateerde dat als aan mensen wordt gevraagd wat religie is, er veel verschillende antwoorden naar voren kunnen komen. Deze antwoorden zullen ernstig van elkaar verschillen, omdat de definities van religie heel erg aan cultuur gebonden zijn. Het is daarom moeilijk om een algemene definitie van religiositeit te geven, omdat dit begrip voor iedereen iets anders kan betekenen. In het onderzoek dat nu voor u ligt zal de nadruk op het christendom liggen, vanwege het feit dat deze religie in Nederland het meest voorkomt.

De tweede factor die in het onderhavige onderzoek een belangrijke rol speelt is depressie. Depressiviteit wordt door Beck (1967) beschreven als het ontwikkelen van een zeer pessimistisch beeld van zichzelf, de persoonlijke wereld en de eigen toekomst. Depressie is volgens hem een cognitieve verandering in de manier van denken, die gekenmerkt wordt door hopeloosheid aangaande de toekomst en daarnaast verschillende tekenen van dysforie bevat. Austin en Lennings (1993) stellen dat als religiositeit een modererende werking op rouw en rouwverwerking zou hebben, deze werking tot stand zou moeten komen door de cognities, die aan depressie ten grondslag liggen, te veranderen. Met name, stellen zij, dat het gevoel van hopeloosheid aangaande de toekomst veranderd zou moeten worden, omdat de filosofische concretisering van religieuze ideeën het geloof en vertrouwen hebben in de toekomst betreft (Austin & Lennings, 1993). Er wordt gesteld dat sterke religieuze ideeën de tegenhanger zijn van pessimisme en hopeloosheid over de toekomst en dat religieuze ideeën op deze manier depressiviteit modereren. Dit idee staat in schril contrast met de opvattingen van Ellis (1987) die er juist op wijst dat religieuze ideeën als irrationeel en maladaptief te kenmerken zijn en daardoor juist kunnen leiden tot gevoelens van schaamte, schuld, angst en depressie (Ellis, 1987).

De derde factor die in het huidige onderzoek een rol van belang speelt is die van het verlies van een naaste. Sherkat en Reed (1992) brengen in een onderzoek naar voren dat religiositeit en sociale steun belangrijke mediërende factoren zijn als mensen plotseling een naaste verliezen. Zij stellen echter dat vanwege methodologische moeilijkheden die dergelijke onderzoeken met zich mee brengen, het onderzoek dat tot op heden op dit gebied verricht is zeer schaars is. Echter gezien het grote aantal religieuze mensen dat de wereldbevolking nog steeds telt, lijkt het van groot belang om zoveel informatie te verwerven als mogelijk is aangaande de invloed van religie op met name depressie. Depressie is een veel voorkomende pathologie in de klinische psychologie. Het RIVM meldt op basis van landelijk epidemiologisch onderzoek dat het aantal mensen dat in 2003 aan angst-, dysthymische- of depressieve stoornissen leed op 2.755.000 werd geschat (Vollebergh, Graaf de, Have ten, Schoemaker, Dorsselaer van & Spijker, et al., 2003) RIVM Website, 2008)). Dit houdt een prevalentie in van 170,14 op 1000 inwoners. Het lijkt daarom belangrijk om op de hoogte te zijn van welke factoren verband houden met depressieve symptomen, welke factoren dergelijke symptomen en stoornissen in stand houden en welke factoren een invloed kunnen hebben op het verminderen van depressieve symptomen. Als men hierover meer te weten zou kunnen komen, zou men depressieve mensen, door hen een andere kijk op de wereld aan te leren, wellicht kunnen helpen hun symptomen te verminderen.

Er zijn veel tegenstrijdigheden te vinden in het onderzoek naar de relatie tussen religiositeit en depressie. Deze tegenstrijdigheden geven aanwijzingen dat de manier waarop men religiositeit operationaliseert de kijk op de relatie tussen religiositeit en depressie sterk kan beïnvloeden. Het probleem bij onderzoek naar religiositeit is dat het in veel gevallen beschouwd wordt als een unidimensioneel construct. Meer recente theorieën brengen echter naar voren dat een multidimensioneel concept dit fenomeen nauwkeuriger benaderd (Fetzer & National Institute on Aging Working Group, 1999).

In het huidige onderzoek zal religiositeit daarom in verschillende dimensies worden ingedeeld om een goed beeld van de invloed van de verschillende dimensies van religiositeit op depressieve symptomen te krijgen. In de volgende alinea's zullen de verschillende dimensies van religiositeit die door verschillende onderzoekers gevonden zijn worden beschreven.

Om het overzicht te bewaren worden de bevindingen uit de verschillende onderzoeken ook in een tabel ondergebracht (Appendix 1, tabel 1), opdat gemakkelijker inzage kan worden verworven aangaande de methodologische verschillen tussen de onderzoeken, de verschillende resultaten die verkregen werden en de kritische punten van de onderzoeken waar de onderzoekers van de respectievelijke onderzoeken geen of onvoldoende aandacht aan besteed hebben en daardoor aandachtspunten vormen voor vervolgonderzoek.

## Algemene religiositeit

In het huidige onderzoek wordt *algemene religiositeit* gehanteerd als maat voor hoe religieus men zichzelf inschat. Fry (2001) onderzocht *self-rated importance of religion* en rapporteerde een positieve correlatie met depressie. McGloshen en O'Bryant (1988) vonden een negatieve correlatie met *positive affect*, maar geen correlatie met *negative affect*. Onderzoek van Gray (1987) laat een negatieve correlatie tussen *religiousness/spirituality* en depressieve symptomen zien. McIntosh, Silver en Wortmann (1993) ondervonden dat meer *rated importance of religion* meer emotioneel leed na 3 weken na het verlies van een dierbare voorspelt, maar dat dit 18 maanden na het verlies juist een relatie heeft met minder leed en meer welzijn. Ander onderzoek geeft aan dat *self-rated religiousness or spirituality* negatief gecorreleerd is met leed en pijn, 6 maanden na het verlies van een naaste (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998). Ook Pearce, Little en Perez (2003) vonden in een onderzoek onder jongeren een negatieve correlatie tussen *self-ranked religiousness* en depressieve symptomen.

Brown, Nesse, House en Utz (2004) vonden daarentegen geen invloed van *importance of religious/spiritual beliefs* op depressie. De onderzoekers van het huidige onderzoek veronderstellen dat de mate van iemands religiositeit een modererende invloed heeft op de mate van depressieve symptomen als een naaste overlijdt. Er wordt in dit onderzoek vanuit gegaan dat depressieve symptomen waar mensen aan kunnen lijden, die mogelijk, maar niet uitsluitend, optreden na het verlies van een naaste, minder zullen voorkomen naarmate mensen een hogere mate van religiositeit rapporteren, het niveau van deze symptomen zal echter wel hoger zijn in het geval dat iemand een dierbare verloren heeft in vergelijking met situaties waarin een dergelijk verlies niet heeft plaats gevonden. In de eerste hypothese van het onderzoek zal dit veronderstelde interactie-effect onderzocht worden. Tevens wordt in de vierde hypothese van het onderzoek gekeken naar een directe relatie tussen *algemene religiositeit* en depressieve en rouwsymptomen na het verlies van een dierbare.

## Religious Coping

*Religious coping* is een dimensie van religiositeit/spiritualiteit die verwijst naar het gebruik van religieuze/spirituele activiteiten en geloofsovertuigingen (bijvoorbeeld een verhoogde frequentie van bidden of het bijwonen van religieuze diensten) om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan. Mattlin, Wethington en Kessler (1990) laten in hun onderzoek een negatieve correlatie zien tussen *religious coping* en depressieve symptomen bij mensen die het hoofd moesten bieden aan de dood van een dierbare. Ook Park en Cohen (1993) en Richards, Acree en Folkman (1999) toonden een negatieve correlatie tussen *religious spiritual support*, respectievelijk *spiritual/religious references* en

depressie aan. Murphy en Johnson (2003) lieten in hun onderzoek zien dat *religious coping* vijf jaar na het verlies gerelateerd was aan betekenisgeving aan de dood en deze betekenisgeving was gerelateerd aan minder depressie. Anderson, Marwitt en Vandenberg (2005) ondersteunen dit in hun onderzoek. Zij vonden een negatieve correlatie tussen *positive religious coping* en depressieve symptomen bij de proefpersonen. Zij vonden echter geen relatie tussen *negative religious coping* en depressieve symptomen. Dezelfde relaties werden aangetoond door Thompson en Vardaman (1997). *Positive types of religious coping* waren negatief gecorreleerd met depressieve symptomen en *negative types of religious coping* waren niet gerelateerd met depressieve symptomen (Thompson en Vardamann, 1997).

Er bestaat echter ook onderzoek dat een positieve correlatie tussen *spiritual/religious references* en depressie gevonden heeft (Richards & Folkman, 1997). Bovendien geven twee onderzoeken aan dat er geen verband bestaat tussen *religious coping* en depressie (Baldewicz, Goodkin, Blaney, Shor-Posner, Kumar, Wilkie, et al., 2000; Murphy, Johnson, Lohan, & Tapper, 2002). Om te ondervinden wat de relatie is tussen *religieuze verwerking* en depressieve en rouwsymptomen na het overlijden van een dierbare wordt dit verband in de tweede hypothese van het huidige onderzoek getoetst.

## Attendance

Onder *attendance* wordt het bijwonen van religieuze diensten verstaan. Veel onderzoeken hebben aangetoond dat *attendance* geen effect heeft op het niveau van depressieve symptomen als men een dierbare heeft verloren (Brown, Nesse, House & Utz, 2004; Fry, 2001; Kendler, Gardner & Prescott, 1997; Murphy, Johnson, Lohan & Tapper, 2002; Parkes & Brown, 1972; Stroebe & Stroebe, 1993). Ellison (1995) heeft hier echter wel verschillen gevonden tussen blanke mensen en mensen van Afro-Amerikaanse afkomst. *Attendance* was onder de blanke proefpersonen negatief gecorreleerd met depressieve symptomen; hoe vaker zij naar de kerk gingen, hoe minder zij last van depressie hadden. Dit resultaat werd echter bij de Afro-Amerikanen niet gevonden. Andere onderzoeken vonden ook een negatieve correlatie tussen *attendance* en depressieve symptomen (Higgins, 2002; McIntosh, Silver & Wortmann, 1993; Pearce, Little & Perez 2003; Schapman & Inderbitzen-Nolan, 2002; Sherkat & Reed, 1992; Wright, Frost & Wisecarver, 1993). Als echter in het onderzoek van McIntosh, Silver en Wortmann (1993) en Sherkat en Reed (1992) *sociale steun* ook mee wordt meegenomen in de analyse, zijn er geen effecten meer van *attendance* aan te wijzen. McGloshen en O'Bryant (1988) vonden een positieve correlatie tussen *attendance* en *positive affect* (o.a. geïnteresseerd zijn in iets; zich trots voelen omdat iemand een compliment geeft voor een prestatie) en geen correlatie met *negative affect* (o.a. gevoelens van onrust en daarom niet stil

kunnen zitten; gevoelens van eenzaamheid; depressief of zeer verdrietig zijn). In het onderhavige onderzoek wordt in de derde hypothese de relatie tussen *religieuze participatie* en depressieve en rouwsymptomen na het verlies van een dierbare getoetst.

## Spiritualiteit

In dit onderzoek zal spiritualiteit geoperationaliseerd zijn als het bewustzijn dat de menselijke ziel in relatie staat tot een hogere werkelijkheid. Davis, Nolen-Hoeksema en Larson (1998), Fry (2001) en Maton (1989) toonden in hun onderzoeken een negatieve correlatie tussen *religious/spiritual beliefs* en depressie aan. Walsh, King, Jones, Tookman en Blizard (2002) vonden eveneens dat *religious/spiritual beliefs* gerelateerd zijn aan een vaste en snellere ontknopning van emotioneel leed. Ook Wright, Frost en Wisecarver (1993) toonden in een onderzoek een negatieve correlatie tussen *spiritual support* en depressieve symptomen aan. Daarentegen hadden proefpersonen die in mindere mate *religious/spiritual beliefs* hanteerden na het verlies van een dierbare een langzamere ontknopning in de eerste 9 maanden, maar een snellere ontknopning na 14 maanden sedert het verlies. Proefpersonen die geen *religious/spiritual beliefs* hanteerden lieten een tijdelijke ontknopning na 9 maanden zien, maar hun symptomen kwamen na 14 maanden terug. Gamino, Sewell en Easterling (2000) lieten zien dat *intrinsic spirituality* negatief gecorreleerd was met privégroei, iets goed in de dood van de dierbare zien en een kans hebben om gedag te zeggen. *Spiritual beliefs* waren in onderzoek van de hand van Uren en Wastell (2002) indirect negatief gecorreleerd met depressieve symptomen door een betekenis in het verlies te kunnen vinden. De relatie tussen *spiritualiteit* en depressieve en rouwsymptomen na het overlijden van een dierbare wordt in de vijfde hypothese van dit onderzoek onderzocht.

## Religieuze sociale steun

Een andere dimensie van religiositeit is de *sociale steun* die men ervaart als men bij een religieuze gemeenschap betrokken is. In tabel 2 (zie Appendix 1) is terug te vinden welke resultaten voortkwamen uit verschillende onderzoeken waarbij het *sociale steun*-aspect betrokken werd bij het onderzoek naar de relatie tussen religiositeit en depressie.

De relatie tussen religiositeit en depressieve symptomen kan gedeeltelijk verklaard worden door de sociale steun die een individu ontvangt als hij bij een religieuze gemeenschap aangesloten is, in plaats van louter door de religieuze overtuigingen die het betreffende individu er op na houdt. Om deze reden is het raadzaam om ook sociale steun als aparte dimensie bij het onderzoek naar de relatie tussen religiositeit en depressieve symptomen te betrekken. Op deze manier kan men dan

ook de mogelijke rol van deze variabele in de relatie tussen religiositeit en depressieve symptomen belichten. Zoals Pearce, Little en Perez (2003) ook stellen, hebben adolescenten die nauw bij hun geloofsgemeenschap betrokken zijn en regelmatig religieuze diensten bijwonen waarschijnlijk meer mogelijkheden om een sterk ondersteunend sociaal netwerk op te bouwen dan adolescenten die niet naar deze diensten gaan. Hoewel gesteld kan worden dat mensen die niet religieus zijn hun sociale netwerk wel kunnen uitbreiden met lidmaatschap van een voetbalclub, muzieklus, boekenclubs, vriendenclubs of iets dergelijks, zijn dit allemaal activiteiten die religieuze mensen ook aan hun netwerk toe kunnen voegen. Het is echter voor een niet religieus iemand niet erg reëel om lid te worden van een kerkgenootschap en hiermee zijn sociale netwerk uit te breiden. Hierdoor kunnen religieuze mensen mogelijk een grotere buffer tegen depressie ontwikkelen, omdat zij hun sociale netwerk met meer facetten kunnen uitbreiden dan niet religieuze mensen dat kunnen.

Austin en Lennings (1993) zijn ook van mening dat religiositeit een hoeveelheid sociale steun biedt. Het lidmaatschap van een geloofsgemeenschap biedt sociale steun omdat het de mogelijkheid verschaft om verdriet in de geloofsgemeenschap te uiten en medeleven te ontvangen. Dit aspect van religiositeit komt volgens hen bovenop de factoren van religiositeit die het individu helpen zingeving aan het leven te geven en bijvoorbeeld de ideeën van eeuwig leven er op na te houden.

Austin en Lennings (1993) stellen daarom dat religiositeit in het geval van de dood – en in het bijzonder het overlijden van een dierbare – religieuze individuen, naast een betekenisvol perspectief op de dood, een steungemeenschap biedt om verdriet mee te delen. Op deze manier zou religiositeit in deze specifieke gevallen een rol kunnen spelen in de vermindering van eventuele gevoelens van eenzaamheid en hulpeloosheid die voortvloeien uit het verlies van een naaste. Dergelijke conclusies waren echter niet te verbinden aan de uitkomsten van het onderzoek (Austin & Lennings, 1993).

Uit ander onderzoek (Alloway & Bebbington, 1987) is eveneens gebleken dat als adolescenten lagere niveaus van sociale steun en meer negatieve sociale interacties ervaren, dit negatief gerelateerd is aan mentale gezondheid, en er meer depressieve symptomen bestaan. Idler, Musick, Ellison, George, Krause, Ory, et al. (2003) toonden aan dat individuen die betrokken zijn bij religieuze activiteiten grotere sociale netwerken en meer sociale bronnen hebben en daarnaast een grotere tevredenheid over hun sociale steun rapporteren. Hiermee hebben zij volgens de theorie een grotere buffer tegen depressieve symptomen.

Lin, Dean, Ensel en Wellman (1988) vonden ook een positief verband tussen sociale steun en mentale gezondheid en dus een lager niveau van depressieve symptomen. Sherkat en Reed (1992) stellen ook dat sociale steun een direct effect heeft op het emotioneel welbevinden, aangezien het, ook als er geen specifieke stressoren aanwezig zijn, een positieve invloed heeft op de mentale gezondheid. De mediërende invloed komt volgens deze onderzoekers naar voren als er wel een



stressvolle gebeurtenis plaatsvindt. Talrijke onderzoeken hebben deze directe en bufferende verbanden aangetoond (Lin, Dean, Ensel, & Wellman, 1988; Sherkat, & Reed, 1992).

Ook andere onderzoeken tonen de negatieve correlatie van religieuze sociale steun en depressieve symptomen aan (Flanelly, Ellison, Galek & Koenig, 2008; Fry, 2001; Gray, 1987; McIntosh, Silver & Wortmann, 1993; Murphy, Johnson, Lohan & Tapper, 2002). Daarnaast vonden zo ook Pearce, Little en Perez (2003) een negatieve correlatie tussen *positieve inter-persoonlijke religieuze ervaring* en depressieve symptomen. Echter maken zij een onderscheid met *negatieve inter-persoonlijke religieuze ervaring*. Deze variabele was positief gecorreleerd met depressieve symptomen. Hieruit lijkt het dus aantoonbaar dat adolescenten die positieve sociale ervaringen door hun geloofsgemeenschap ervaren, minder last hebben van depressieve symptomen dan adolescenten die negatieve religieuze ervaringen in hun geloofsgemeenschap ervaren. Richardson en Balaswamy (2001) toonden echter het omgekeerde aan. *Attending social at church* was gerelateerd met meer *negative affect*, maar met minder *positive affect*. Het verband tussen *religieuze sociale steun* en depressieve en rouwsymptomen na het overlijden van een dierbare wordt in de zesde hypothese van het huidige onderzoek onderzocht.

## Affiliation

*Affiliation* geeft weer of men tot een confessioneel lidmaatschap behoort en welke het in dat geval betreft. Siegel en Kuykendall (1990) vonden dat *affiliation* negatief gecorreleerd was met depressieve symptomen. Deze relatie werd echter alleen bij mannelijke proefpersonen en in bijzonder bij weduwnaars gevonden. Wijngaards, de Meij, Stroebe, Schut, Stroebe, van den Bout, van der Heijden, et al. (2005) vonden een positieve correlatie tussen *affiliation* en depressie (religieuze ouders bleken meer depressief dan niet religieuze ouders). Daarentegen toonden Brown, Nesse, House en Utz (2004), Ginzburg, Geron en Solomon (2002), Kendler, Gardner en Prescott (1997) en Sherkat en Reed (1992) met hun onderzoeken aan dat *affiliation* geen significant effect had op depressie. Ellison (1995) heeft in zijn onderzoek verschillen tussen blanke mensen en mensen van Afro-Amerikaanse afkomst gevonden. De afwezigheid van *affiliation* correleerde positief met depressieve symptomen onder Afro-Amerikaanse, maar niet onder blanke mensen. Mensen van Afro-Amerikaanse afkomst die niet lid waren van een confessionele instelling bleken dus vaker last te hebben van depressieve symptomen dan Afro-Amerikaanse mensen die daar wel lid van waren.

## Geloof in een leven na de dood

Een andere noemenswaardige dimensie van religiositeit is het *geloof in een leven na de dood*. Deze dimensie staat apart van het geloof in God, omdat om in een leven na de dood te geloven het niet per definitie noodzakelijk is in (een) God te geloven (Flanely, Ellison, Galek & Koenig, 2008). *Geloof in een leven na de dood* wordt gekenmerkt door een geloof dat de overleden persoon na zijn dood verder leeft (Benore & Park, 2004). Er zijn verschillende visies waarbinnen dit voortleven zich kan voltrekken. Sommige mensen geloven in wederopstanding, anderen in een leven in de hemel, weer anderen in wedergeboorte of reïncarnatie. Benore en Park (2004) zijn van mening dat het *geloof in een leven na de dood* de kracht heeft om, na een verlies van een naaste, stress te reduceren en een succesvolle aanpassing aan het verlies te bevorderen. Dit geloof geeft het individu de mogelijkheid om de dood als meer consistent en minder vijandig te begrijpen.

Gray (1987) en Higgins (2002) vonden dat *geloof in een leven na de dood* negatief gecorreleerd was met depressie. Deze correlatie verdween bij het onderzoek van Higgins (2002) echter na het controleren voor andere variabelen. Stroebe en Stroebe (1993) toonden daarentegen in hun onderzoek aan dat er geen correlatie tussen *geloof in een leven na de dood* en depressie bestond. Flanely, Ellison, Galek en Koenig (2008) hebben gevonden dat als men positieve geloven betreffende het leven na de dood hanteert, zoals het paradijs, een reünie met God of de geliefde persoon die overleden is, men minder depressieve symptomen vertoont dan als men onaangename geloven over het leven na de dood hanteert, zoals een kleurloos, beschaduwde vorm van leven of de wedergeboorte in een andere vorm van leven. De mate van depressieve symptomen hangt volgens deze onderzoekers dus af van de aard van het geloof in het leven na de dood (Flanely, Ellison, Galek & Koenig, 2008).

## Extrinsieke en intrinsieke religiositeit

Een andere dimensie in religiositeit is het onderscheid tussen *extrinsieke* en *intrinsieke* religiositeit. Extrinsieke religiositeit houdt volgens Rabins, Fitting, Eastman en Fetting (1990) in dat men gelovig is om hier voordelen voor zichzelf mee te realiseren. Er moet in dit geval gedacht worden aan het verkrijgen van extra status binnen de leefgemeenschap, sociale contacten binnen de geloofsgemeenschap die iets kunnen betekenen voor het individu of geldelijke voordelen (donaties die ten goede komen aan het individu in kwestie). Intrinsieke religiositeit is een vorm van religiositeit waarbij de motivatie meer geïnternaliseerd ligt binnen het individu. Men gelooft in God, vanwege de waarde van het goede en men hecht waarde aan de liefde van God. Uit deze overtuigingen haalt het individu in kwestie de motivatie om zich ethisch en moreel te gedragen.

Het onderzoek van Rabins, Fitting, Eastman en Fetting (1990) toonde aan dat een extrinsieke religieuze overtuiging een positieve relatie heeft met depressie. Dit houdt in dat mensen die religieus zijn om hier persoonlijk voordeel mee te ontvangen meer depressieve symptomen vertonen. Dit effect vonden Rabins, Fitting, Eastman en Fetting (1990) bij een verscheidenheid aan stressvolle gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld bij het verzorgen van chronisch zieken (Rabins, Fitting, Eastman & Fetting, 1990).

Park en Cohen (1993) toonden echter een positieve correlatie van *intrinsic religiousness* en depressie door *instrumental social support, controlling for multiple personal en event characteristics* aan. *Extrinsic religiousness* had alleen een indirect effect op depressie door *positive reinterpretation* (Park & Cohen, 1993). In ander onderzoek vond Park (2005) een negatieve correlatie tussen *intrinsic religiousness* en subjectief welzijn middels coping (door betekenis verkrijgen) en met stressgerelateerde groei, deels gemedieëerd door coping (door betekenis verkrijgen).

### **Private practice**

*Private practice* houdt onder andere in: bidden op andere plekken dan in de kerk, meditatie, op TV of op de radio naar religieuze programma's kijken en/of luisteren en het lezen van religieuze literatuur, zoals de bijbel. Flanelly, Ellison, Galek en Koenig (2008) hebben bevonden dat *private practice* positief gecorreleerd was met depressieve symptomen. Murphy, Johnson, Lohan en Tapper (2002) daarentegen toonden aan dat *private practice* bij vrouwen negatief gecorreleerd was met depressieve symptomen. Onder de mannelijke proefpersonen vonden zij echter geen correlatie tussen deze variabelen (Murphy, Johnson, Lohan & Tapper, 2002). Ook onderzoek van Kendler, Gardner en Prescott (1997) gaf aan dat wanneer stressoren toenemen, mensen die zich meer bezighouden met religieuze praktijken minder geneigd zijn depressieve symptomen te vertonen dan mensen die deze praktijken in mindere mate bezigen. Onderzoeken door Ellison (1995) en Schapman en Inderbitzen-Nolan (2002) toonden eveneens aan dat mensen die veel betrokken waren bij religieuze activiteiten lagere depressiescores hadden. Pearce, Little en Perez (2003) vonden in hun onderzoeken geen correlatie tussen *private practice* en depressieve symptomen.

### **Religieuze operationalisaties in het huidige onderzoek**

Naar aanleiding van het uitgevoerde literatuuronderzoek zullen niet alle eerder besproken dimensies van religiositeit in het huidige onderzoek worden meegenomen. Er werden in de literatuur niet veel aanwijzingen gevonden dat *affiliation*, het *geloof in een leven na de dood* en *extrinsieke/intrinsieke religiositeit* factoren zijn die een invloed hebben op depressieve symptomen na het verlies van een

dierbare of een andere stressvolle gebeurtenis. Daarom zullen deze dimensies in het huidige onderzoek niet nader onderzocht worden. De dimensie *private practice* werd niet als aparte dimensie in het onderzoek meegenomen, omdat deze dimensie grotendeels overeenkomt met de dimensies *religieuze verwerking* en *algemene religiositeit*.

Wel zullen in het huidige onderzoek de variabelen *religieuze verwerking* (6 van de 11 onderzoeken toonden een negatieve correlatie tussen deze variabele en depressieve symptomen aan), *religieuze participatie* (7 van de 14 onderzoeken toonden een negatieve correlatie aan tussen deze variabele en depressieve symptomen), *algemene religiositeit* (4 van de 7 onderzoeken toonden een negatieve correlatie aan met depressieve symptomen), *spiritualiteit* (6 van de 6 onderzoeken toonden een negatieve correlatie tussen deze variabele en depressieve symptomen aan) en *religieuze sociale steun* (10 van 13 onderzoeken toonden tussen deze variabele en depressieve symptomen een negatieve correlatie aan) en hun relaties met rouw- en depressieve symptomen nader onderzocht worden.

## Hypothesen

In het huidige onderzoek zal de nadruk liggen op de relatie tussen de verschillende dimensies van religiositeit en de depressieve en rouwsymptomen die voort kunnen vloeien uit de specifieke (stressvolle) gebeurtenissen waarbij men een naaste verloren heeft.

De eerste hoofdhypothese die getoetst wordt luidt: er bestaat een interactie-effect tussen religiositeit en verlies ten opzichte van depressieve symptomen.

Mensen die geen dierbare verloren hebben en religieus/spiritueel zijn hebben het minst last van depressieve symptomen.

Mensen die wel een dierbare verloren hebben en niet religieus/spiritueel zijn ervaren de meeste depressieve symptomen.

Mensen die wel een dierbare verloren hebben en religieus/spiritueel zijn vertonen meer depressieve symptomen dan mensen zonder verlies, maar minder dan mensen die niet spiritueel/religieus zijn en een dierbare hebben verloren.

De tweede hoofdhypothese is: Hoe meer mensen gebruik maken van religieuze/spirituele verwerking als zij met verlies te maken hebben, hoe minder depressieve en rouw symptomen zij vertonen.

De derde hoofdhypothese luidt: Mensen die vaker deelnemen aan godsdienstige activiteiten (*religieuze participatie*) vertonen minder depressieve en rouwsymptomen als een naaste overlijdt.

De vierde hoofdhypothese: Mensen die zichzelf als meer religieus inschatten (*algemene religiositeit*), vertonen minder depressieve en rouwsymptomen, als een naaste overlijdt.

Als vijfde hoofdhypothese wordt getoetst: hoe spiritueler (*spiritualiteit*) mensen zijn, hoe minder depressieve en rouwsymptomen zij vertonen als een naaste overlijdt.

Als zesde hoofdhypothese wordt gesteld: Een hogere mate van *religieuze sociale steun* is gerelateerd aan een lager niveau van depressieve en rouwsymptomen, als een naaste overlijdt. Hoe meer sociale steun iemand ervaart, hoe minder deze persoon aan depressieve en rouwsymptomen leidt, in het geval dat een naaste overlijdt.

## Methode

---

### Vragenlijst

Door de onderzoekers werd een vragenlijst (zie appendix 2) opgesteld, om de hypothesen die in de inleiding worden genoemd te toetsen. Op basis van literatuuronderzoek is er voor schalen gekozen die voldoende validiteit en betrouwbaarheid hebben en reeds succesvol door andere onderzoekers werden gebruikt.

Er werd een *pilotstudie* uitgevoerd, om zicht te krijgen op de hoeveelheid tijd die de proefpersonen gemiddeld nodig hadden om de vragenlijst in te vullen. Er werd bekeken of vragen dubbelzinnig op de proefpersonen overkwamen of moeilijk te begrijpen waren en of niet religieuze proefpersonen de religiositeitschalen ook konden beantwoorden. Na het verwerken van de feedback die de *pilotstudie* genereerde (kleine aanpassingen aan formuleringen, verandering van de volgorde van vragen en de toevoeging van een schaal om rouwverwerking te meten) ontstond de in het onderzoek gebruikte vragenlijst. Uit een tweede *oefenstudie* bleek dat het invullen van de vragenlijst nu gemiddeld 15 minuten in beslag nam.

De vragenlijst omvatte vragen over persoonlijke informatie, vijf subschalen over de verschillende religieuze dimensies, een schaal om depressieve symptomen te meten en een subschaal over rouwsymptomen, welke de proefpersoon alleen hoefde in te vullen als deze in het verleden een dierbare had verloren.

## Persoonsgegevens

Met behulp van 9 items werden **persoonsgegevens**, zoals sekse, opleiding en etniciteit bevroegd.

## Religiositeit

De vijf subschalen betreffende de mate van religiositeit gebruikt in de afgenomen vragenlijst gebruikt waren de volgende:

De **Religieuze Participatie** schaal was samengesteld aan de hand van de *Religious Practice Dimension* uit de *Religiosity scale: Dimensions of Religiosity for American and German Youth* (De Jong, Faulkner & Warland, 1976); de mate van validiteit van deze schaal is niet bekend, maar de auteurs gebruikten crossculturele data, een grote steekproef ingedeeld in twee gelijke groepen, factor analyse en een brede spreiding van items die op eerder onderzoek naar religieuze dimensies gebaseerd zijn. Van deze schaal werd alleen het eerste item “*Hoe vaak woont u de religieuze diensten op de heilige dag van de week bij?*” bij de verschillende analyses gebruikt, omdat deze schaal erg moeilijk te interpreteren bleek en dit eerste item het meest representatief voor dit construct bleek te zijn.

**Religieuze verwerking** werd gemeten door 4 items van de schaal *Religiousness/Spirituality Motivation, Devotion, & Coping* (Haber, Jacob & Spangler, 2007), **Religieuze sociale steun** met de schaal *Fetzer/NIA Religious Support* (Haber, Jacob & Spangler, 2007) en **Spiritualiteit** met de *Piedmont: Spiritual Transcendence Scale* (Haber, Jacob & Spangler, 2007) van de *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* (Fetzer & National Institute on Aging Working Group, 1999). Analyses geven aan dat de Cronbachs alfa coëfficiënten goede (0.75-0.85) of zeer goede (> .85) interne consistentie laten zien. Rapporten wijzen op een test-hertest betrouwbaarheid van 0.85, Cronbachs alfa coëfficiënt van boven de .84 en de validiteit wordt ondersteund middels hoge correlaties met theoretisch gerelateerde metingen.

**Algemene religiositeit** werd overgenomen van de *General Religiosity* schaal van Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson en Prescott (2003). Er is geen mate van validiteit gegeven, maar de auteurs vonden kenmerkende relaties tussen de bepaalde dimensies, demografische factoren en psychopathologieën. Deze ondervindingen dragen bij aan een goede validiteit van deze schaal.

**Emotioneel welbevinden:** Om depressieve symptomen te meten werd de CES-D (Radloff, 1977), bestaande uit 20 items, afgenomen (zie schaal **Emotioneel welbevinden**). Cronbachs alfa voor deze schaal ligt op .85 in de gehele populatie en op .90 in de patiëntensteekproef. De validiteit van deze schaal is goed te noemen; er zijn significante correlaties met bestaande valide vragenlijsten zoals de BDI gevonden.

**Rouw:** Aan de proefpersonen die een dierbare hadden verloren werd gevraagd om de uit 8 items bestaande subschaal *Past Life Disruption* van de *Texas Revised Inventory of Grief* (Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987) in te vullen. Deze vragenlijst beoogt de **rouwsymptomen**, die verbonden zijn aan de dood van een dierbare, te inventariseren. Cronbachs alfa van deze subschaal ligt op .77 en de *split half* betrouwbaarheid op .74. Het meten van rouwsymptomen leek belangrijk, omdat uit de pilotstudie bleek dat het verlies dat veel van de proefpersonen hadden meegemaakt lang geleden had plaatsgevonden en omdat de CES-D alleen de huidige depressieve symptomen meet en niet de in het verleden ervaren emotionele problematiek.

De vijf gebruikte Engelstalige subschalen over de religieuze dimensies en de TRIG zijn zo letterlijk mogelijk in het Nederlands vertaald, omdat de proefpersonen geworven werden op de Universiteit Utrecht en alle proefpersonen Nederlandstalig waren. Dit geschiedde door de Engelstalige schalen eerst door de ene onderzoeker naar het Nederlands te vertalen en vervolgens bij hande van de andere onderzoeker, ter verificatie, terug te vertalen naar het Engels.

## Power

Voordat met het werven van de proefpersonen werd begonnen werd door middel van een *poweranalyse*<sup>1</sup> berekend hoeveel proefpersonen nodig waren, om een power van tenminste .80 te bereiken. Uit deze analyse bleek dat er tenminste 128 personen aan het onderzoek mee zouden moeten doen. Met een steekproef van 214 proefpersonen is dit aantal ruimschoots overschreden.

## Procedure

De afname van de vragenlijst door de onderzoekers had plaats op verschillende locaties (Kantine van het Educatorium, het Ruppertgebouw en de brug tussen de Universiteitsbibliotheek en het van Unnikgebouw. Het betreft hier locaties die door studenten veelvuldig gebruikt worden om te recreëren tussen bijvoorbeeld verschillende tentamens, colleges of werkgroepen) op de faculteit sociale wetenschappen van de Universiteit Utrecht. De onderzoekers benaderden zoveel mogelijk

---

<sup>1</sup> Er werd gestreefd naar het behalen van een power van tenminste .80. Verder is in de berekening gebruik gemaakt van een *alfa* van .50, een *beta* (1-*alfa*) van .95 en een effectsize van .50.



personen met de vraag of zij 15 minuten de tijd zouden kunnen nemen voor het invullen van een vragenlijst over “Levensbeschouwingen, stressvolle gebeurtenissen en welbevinden”. De respons was erg hoog, mede omdat met name studenten werden aangesproken die zich duidelijk niet aan het voorbereiden waren op een tentamen en niet veel haast leken te hebben om ofwel naar huis te gaan ofwel een les bij te wonen.<sup>2</sup>

De onderzoekers bleven in de buurt van de proefpersoon om de vragenlijst weer in te nemen, zodra de proefpersoon klaar was met het invullen. Er werd door de onderzoekers acht op geslagen dat de proefpersonen niet naast elkaar zaten tijdens het invullen van de vragenlijst om zo te voorkomen dat zij elkaar middels onderlinge communicatie zouden beïnvloeden. Na het succesvol invullen van de vragenlijst werden de proefpersonen bedankt voor hun deelname en konden de proefpersonen een half proefpersoonuur in ontvangst nemen. Proefpersonen die geen baat hadden bij deze proefpersoonuren werden slechts vriendelijk bedankt.

## Steekproef

Om de gewenste power van .80 te bereiken werd de vragenlijst bij 214 proefpersonen afgenomen. De uiteindelijke steekproef bestond uit 210 proefpersonen, omdat de data van 4 proefpersonen niet gebruikt kon worden. De uitgesloten proefpersonen hadden grote delen van de vragenlijst niet ingevuld, waren halverwege de vragenlijst gestopt of gaven ernstig tegenstrijdige antwoorden. De proefpersonen hadden een gemiddelde leeftijd van 21.23 jaar ( $SD = 3.50$ ). Er deden 142 vrouwen (67.6%) en 68 mannen (32.4%) mee aan het onderzoek en 207 van de proefpersonen volgden op het moment van afname een opleiding aan de Universiteit Utrecht. Van de overige drie proefpersonen was er één reeds afgestudeerd en twee hadden een MBO of een HBO opleiding afgerond.

De gerapporteerde levensbeschouwelijke achtergronden waren als volgt: 11.4% was katholiek, 11.0% protestant, 3.3% islamitisch, 3.8% agnostisch, 12.1% andere geloofsovertuiging en 1.0 % gaf aan meerdere geloofsovertuigingen aan te hangen. Van de onderzochte steekproef gaf 57,6% aan atheïstisch cq. niet gelovig te zijn. Omdat tijdens het onderzoek het veelvoorkomend bleek dat proefpersonen aangaven wel iemand verloren te hebben, maar bij de volgende vraag aangaven minimaal gehecht te zijn aan de overledene is er door de onderzoekers voor gekozen om tijdens de analyse de steekproef onder te verdelen in twee groepen. Eén groep bestond uit proefpersonen die op een zevenpunt-Likertschaal de drie punten van sterkste hechting (*zeer hecht*, *redelijk hecht* en *hecht*) aangaven en een andere groep waarvan de proefpersonen hadden

---

<sup>2</sup> Hoewel er geen responsrate berekend is, gingen bijna alle aangesproken personen akkoord met deelname aan het onderzoek. Slechts een enkeling weigerde deel te nemen, hetgeen vaak te wijten was aan bijvoorbeeld, vermoeidheid, verwardheid, of geen zin hebben. Het aantal mensen dat niet wenste deel te nemen, lag rond de 20 personen.

aangegeven minder gehecht te zijn geweest aan de overledene (*hecht en niet hecht, grotendeels niet hecht, redelijk niet hecht en niet hecht*) ofwel niemand verloren hadden. Hiervoor is gekozen om uit te sluiten dat mensen die een overgrootvader of achterneef verloren hadden, die zij verder nooit hebben gezien of gekend, in de analyse meegenomen werden als mensen die een dierbare verloren hadden. Middels deze verdeling kwam een verhouding tot stand van 115 proefpersonen (54.8%) die een dierbare verloren hadden en 95 proefpersonen (45.2%) die geen dierbare verloren hadden.

## Analyse

De analyse van de afgenomen vragenlijsten is gebeurd door de data in te voeren in het statistisch analyse programma *Statistical Package for the Social Sciences, version 16* (SPSS). Middels dit programma zijn verschillende analyses uitgevoerd, zoals regressieanalyses en Manova's.

# Resultaten

---

## Betrouwbaarheid

### Interne Consistentie

Per schaal werden de waarden van Cronbachs alfa<sup>3</sup> berekend, om de betrouwbaarheid van de vragenlijst te bepalen. De bedoeling hiervan was zekerheid te verkrijgen in dat de items van eenzelfde schaal hetzelfde construct maten. Bij alle schalen werden hoge, toereikende waarden gevonden (zie tabel 1) betreffende de interne constructvaliditeit.

Om de Cronbachs alfa van de schaal *rouwverwerking* te kunnen meten werden alleen de proefpersonen in de analyse meegenomen, die iemand hadden verloren. Dit werd gedaan, omdat personen die niemand hebben verloren, deze schaal niet hadden ingevuld. Na deze verandering in de analyse werd Cronbachs alfa voor deze schaal bepaald op .63. De lage betrouwbaarheidsalfa bij deze schaal bleek echter met name te wijten aan het eerste item van de schaal dat een inter-item

---

<sup>3</sup> Voor de betrouwbaarheidstest van alle schalen werd uitgegaan van een toereikende waarde voor Cronbachs alfa van  $\geq .60$ . Deze waarde wordt door het merendeel van de wetenschappelijke onderzoekers gehanteerd.

correlatie vertoonde van minder dan .21. Na verwijdering van dit item uit de betrouwbaarheidsanalyse kwam Cronbachs alfa voor deze schaal op .82 te liggen.

Tabel 1: Interne constructvaliditeit per schaal, uitgedrukt in Cronbachs Alfa

Schaal	Cronbachs alfa
Religieuze participatie	.83
Religieuze verwerking	.94
Religieuze sociale steun	.99
Spiritualiteit	.80
Algemene religiositeit	.66
Depressieve symptomen (emotioneel welbevinden)	.87
Rouwverwerking	.63 resp. .82

## Algemene religiositeit en rouwsymptomen

De door de onderzoekers opgestelde hypothesen werden alleen middels regressieanalyses getoetst. Bij de toetsing van hypothese 1 is gebruik gemaakt van de complete steekproef, bij de toetsing van hypothese 2 tot en met 6 is gebruik gemaakt van slechts dat deel van de proefpersonen dat aangegeven had een persoon te hebben verloren waaraan zij gehecht waren.

**Hoofdhypothese 1:** Er bestaat een interactie-effect tussen religiositeit en verlies ten opzichte van depressieve symptomen.

**Subhypothese 1.1.:** Mensen die geen dierbare verloren hebben en religieus/spiritueel zijn hebben het minst last van depressieve symptomen.

**Subhypothese 1.2.:** Mensen die wel een dierbare verloren hebben en niet religieus/spiritueel ervaren de meeste depressieve symptomen.

**Subhypothese 1.3.:** Mensen die een dierbare verloren en religieus/spiritueel zijn vertonen meer depressieve symptomen dan mensen zonder verlies, maar minder dan mensen die niet spiritueel/religieus zijn en een dierbare verloren hebben.

Er werd gekeken of er sprake was van een interactie-effect tussen *verlies* en *algemene religiositeit* op *depressieve symptomen*. Hierbij werden *verlies* en *algemene religiositeit* gebruikt als onafhankelijke variabelen en *depressieve symptomen* als afhankelijke variabele. Er bleek geen

interactie-effect tussen de variabelen uit de analyse te bestaan ( $p = \text{N.S.}$ ). Bovendien werd een regressieanalyse uitgevoerd om eventuele hoofdeffecten aan te tonen. Er bleek echter noch sprake van een hoofdeffect van verlies op *depressieve symptomen* ( $p = \text{N.S.}$ ), noch van *algemene religiositeit* op *depressieve symptomen* ( $p = \text{N.S.}$ ) op te treden. Er werd dus geen relatie gevonden tussen verlies, religiositeit en depressieve symptomen.

**Hoofdhypothese 2: Hoe meer mensen gebruik maken van religieuze/spirituele verwerking als zij met verlies te maken hebben, hoe minder depressieve en rouwsymptomen zij vertonen.**

Bij analyse van de tweede hypothese bleek dat het verwachte resultaat niet optrad. Bij analyse met *religieuze verwerking* als onafhankelijke variabele en *depressieve symptomen* als afhankelijke variabele werd zelfs het tegenovergestelde effect gevonden. Er bestond een significante positieve relatie tussen *religieuze verwerking* en *depressieve symptomen* ( $r = .19, p = .04$ ). In dit geval lag de verklaarde variantie bij 4,0% ( $r^2 = .04$ ). Dit betekent dat mensen die meer gebruik maakten van *religieuze verwerking* meer *depressieve symptomen* vertoonden. Bij analyse met *rouwsymptomen* in plaats van *depressieve symptomen* als afhankelijke variabele werd echter geen significant verband gevonden ( $r = .17, p = \text{N.S.}$ ).

**Hoofdhypothese 3: Mensen die vaker deelnemen aan godsdienstige activiteiten (*religieuze participatie*) vertonen minder *depressieve en rouwsymptomen* als een naaste overlijdt.**

Uit analyse van de derde hoofdhypothese, waarbij het eerste item van de schaal *religieuze participatie* als onafhankelijke en *rouwsymptomen* als afhankelijke variabele werd gebruikt bleek geen onderscheid in de mate van *rouwsymptomen* tussen mensen die meer deelnamen aan *religieuze activiteiten* als zij een naaste hebben verloren dan mensen die minder hoog scoorden op *religieuze participatie* ( $r = -.16, p = \text{N.S.}$ ). Ook als er naar de samenhang tussen de huidige *depressieve symptomen* en *religieuze participatie* werd gekeken, waarbij eenzelfde analyse werd uitgevoerd, maar met *depressieve symptomen* in plaats van *rouwsymptomen* als afhankelijke variabele kwam geen significante relatie naar voren ( $r = -.04, p = \text{N.S.}$ ).

**Hoofdhypothese 4: Mensen die zichzelf als meer religieus inschatten (*algemene religiositeit*), vertonen minder *depressieve en rouwsymptomen*, als een naaste overlijdt.**

Bij toetsing van de vierde hoofdhypothese werd als onafhankelijke variabele *algemene religiositeit* en als afhankelijke variabele *rouwsymptomen* gebruikt. Deze analyse liet zien dat *algemene religiositeit* geen significante relatie onderhield met *rouwsymptomen* ( $r = .13, p = \text{N.S.}$ ). Bovendien werd geen significante relatie tussen *algemene religiositeit* en *depressieve symptomen* gevonden, als deze schaal in eenzelfde analyse *rouwsymptomen* verving ( $r = -.16, p = \text{N.S.}$ ).

**Hoofdhypothese 5: Hoe spiritueler (spiritualiteit) mensen zijn, hoe minder *depressieve en rouwsymptomen* zij vertonen als een naaste overlijdt.**

Uit analyse van de vijfde hoofdhypothese bleek niet dat een hogere mate van *spiritualiteit* samenhang met minder *rouwsymptomen* indien een naaste was overleden ( $r = -.06, p = \text{N.S.}$ ). Er werd echter wel een significant verband tussen de mate van *spiritualiteit* en *depressieve symptomen* gevonden ( $r = -.23, p = .01$ ). De verklaarde variantie lag in dit geval bij 5% ( $r^2 = .05$ ). Hoe spiritueler men was hoe minder *depressieve symptomen* men vertoonde.

**Hoofdhypothese 6: Een hogere mate van *religieuze sociale steun* is gerelateerd aan een lager niveau van *depressieve en rouwsymptomen* als een naaste overlijdt. Hoe meer *sociale steun* iemand ervaart hoe minder deze persoon aan dergelijke symptomen leidt als een naaste overlijdt.**

Bij de analyse van deze hoofdhypothese werden alleen de proefpersonen in de analyse meegenomen die aan hadden gegeven religieus te zijn. Hiervoor is gekozen omdat niet-religieuze mensen deze items alleen met de antwoordoptie “n.v.t.” konden beantwoorden. De vragen van de overige schalen konden wel met de optie “helemaal niet waar” worden beantwoord en zorgden daardoor niet voor complicaties. De analyse toonde geen significante relatie aan tussen *religieuze sociale steun* en het niveau van *rouwsymptomen* ( $r = .19, p = \text{N.S.}$ ). Ook met huidige *depressieve symptomen* bleek *religieuze sociale steun* geen verband te hebben ( $r = -.22, p = \text{N.S.}$ ).

Zoals te lezen is, bleek er uit toetsing van de hypothesen alleen een relatie te bestaan tussen *religieuze verwerking* en *depressieve symptomen* en tussen *spiritualiteit* en *depressieve symptomen*. Hoe meer men gebruik maakt van *religieuze verwerking* hoe meer *depressieve symptomen* men ervaart. Voor *spiritualiteit* werd juist het tegenovergestelde effect gevonden, een hogere mate van *spiritualiteit* verhoudt zich tot minder *depressieve symptomen*. Beide relaties deden zich voor in de gevallen dat een proefpersoon aangegeven had een dierbare persoon verloren te hebben.

## Overige resultaten

Naast de hoofdhypothesen werden verdere analyses uitgevoerd.

### Invloed van sekse

Middels MANOVA-analyses werd naar de verschillen in *sekse* (als onafhankelijke variabele) op de afhankelijke variabelen *religieuze participatie*, *religieuze verwerking*, *spiritualiteit*, *algemene religiositeit*, *depressieve symptomen*, *rouw* en *hechting met de overledene* gekeken. *Religieuze sociale steun* werd niet meegenomen in de analyses, omdat de niet-religieuze mensen deze schaal niet hadden ingevuld.

In de eerste toetsing werden alle proefpersonen in de analyse meegenomen en werd *rouw* als afhankelijke variabele buiten beschouwing gelaten, omdat er geen onderscheid werd gemaakt in

of er wel of geen dierbare verloren was. Zoals in tabel 2 te zien is werden 174 proefpersonen in deze analyse meegenomen. Niet alle proefpersonen werden in de analyses meegenomen, omdat niet iedereen alle vragen ingevuld had. Multivariaat werd er een significant effect van *seks*e op de afhankelijke variabelen gevonden,  $F(7,172) = 3.07$ ,  $p = .005$ ; Wilks Lambda = .89. Univariaat bleek dat *seks*e een significant effect had op de variabelen *depressieve symptomen* en *spiritualiteit*. Vrouwen vertoonden meer *depressieve symptomen*  $F(1,172) = 7.65$ ,  $p = .006$ ,  $\eta^2 = .04$  en waren minder *spiritueel* dan mannen  $F(1,172) = 4.01$ ,  $p = .05$ ,  $\eta^2 = .02$ .

In de tweede toetsing werden alleen de proefpersonen meegenomen die met het verlies van een dierbare te maken hebben gehad, waar zij zich hecht aan verbonden voelden. Zoals in tabel 3 te zien is werden 114 proefpersonen in deze analyse meegenomen. Multivariaat bleek dat *seks*e een significante invloed op de afhankelijke variabelen had,  $F(7,106) = 2.11$ ,  $p = .05$ , Wilks Lambda = .88. Univariaat bleek dat vrouwen significant meer *depressieve symptomen* dan mannen vertoonden  $F(1,112) = 3.94$ ,  $p = .05$ ,  $\eta^2 = .03$ , meer *rouwsymptomen* ervaarden  $F(1,112) = 8.21$ ,  $p = .005$ ,  $\eta^2 = .07$  en meer gehecht waren aan de overleden dierbare  $F(1,112) = 3.91$ ,  $p = .05$ ,  $\eta^2 = .03$ .

Uit deze analyses bleken vrouwen dus significant meer *depressieve en rouwsymptomen* te vertonen en minder *spiritueel* te zijn dan mannen. Verder vertoonden vrouwen een sterkere hechting aan de dierbare die zij verloren hadden.

Tabel 2: Omvang van de steekproef en gemiddelde waarden en standaarddeviaties op de schalen *welbevinden* en *spiritualiteit* van proefpersonen zonder verlieservaring, onderverdeeld in mannen en vrouwen.

Variabele	Sekse	Gemiddelden	Standaarddeviaties	N
Welbevinden	Man	3.51	.30	56
	Vrouw	3.36	.41	118
	Total	3.39	.39	174
Spiritualiteit	Man	4.63	1.30	56
	Vrouw	4.19	1.35	118
	Total	4.33	1.35	174

Tabel 3: Omvang van de steekproef en gemiddelde waarden en standaarddeviaties op de schalen *rouw*, *welbevinding* en *hechting* van proefpersonen met verlieservaring, onderverdeeld in mannen en vrouwen.

Variabele	Sekse	Gemiddelden	Standaarddeviaties	N
-----------	-------	-------------	--------------------	---

Rouw	Man	1.76	.49	37
	Vrouw	2.19	.84	77
	Total	2.05	.77	114
Welbevinden	Man	3.50	.32	37
	Vrouw	3.34	.48	77
	Total	3.39	.41	114
Hechting	Man	5.54	.61	37
	Vrouw	5.83	.78	77
	Total	5.74	.74	114

### Correlaties tussen de schalen

Tot slot is naar correlaties tussen de religiositeitschalen, de welbevindenschaal, de rouwschaal en de mate van hechting gekeken. De mate van de huidige *depressieve symptomen* correleerde significant positief met de mate van *algemene religiositeit* ( $r = .15, p = .03$ ). Dit betekent dat de mate van *depressieve symptomen* hoger was als men meer *algemeen religieus* was. Bovendien correleerde de schaal *depressieve symptomen* significant met de schaal *religieuze verwerking* ( $r = .16, p = .02$ ). Hoe meer men gebruik maakte van *religieuze verwerking*, hoe meer *depressieve symptomen* men rapporteerde. *Depressieve symptomen* was ook significant gerelateerd aan *spiritualiteit*, maar dan op negatieve wijze ( $r = -.20, p = .004$ ). Hoe *spiritueler* men was hoe minder *depressieve symptomen* men vertoonde. Een laatste significant verband bleek tussen *depressieve symptomen* en *rouw* te bestaan ( $r = .19, p = .011$ ). Hoe meer rouw iemand vertoonde hoe hoger de mate van *depressieve symptomen*.

De mate van *rouwsymptomen* was ook significant gerelateerd aan de *algemene religiositeit* die men rapporteerde ( $r = .21, p = .005$ ). Dit betekent dat mensen die meer hebben gerouwd na de dood van een dierbare, in hogere mate *algemeen religieus* waren. Bovendien maakten mensen die meer *rouwsymptomen* vertoonden significant meer gebruik van *religieuze verwerking* ( $r = .19, p = .01$ ). Ook bestond er een significant verband tussen *rouwsymptomen* en *spiritualiteit* ( $r = -.20, p = .01$ ). Hoe hoger de mate van de ene variabele (*rouw* of *spiritualiteit*) hoe lager de mate van de andere. Bovendien werd er een significant verband gevonden tussen de mate van *hechting* met de

dierbare persoon en de mate van de *rouwsymptomen* die men rapporteerde ( $r = .42, p < .001$ ). Dit laat zien dat mensen die hechter waren verbonden aan hun overleden dierbare meer *rouwsymptomen* na het verlies vertoonden, dan mensen die minder hecht aan deze waren verbonden.

Zoals in tabel 4 te zien is, zijn ook de religieusiteitschalen sterk onder elkaar verbonden. Dit is een teken dat de verschillende schalen grotendeels het zelfde construct meten en hierdoor veel onderlinge overlapping vertonen. Dit is ook af te leiden uit dat religieuze mensen op bijna alle schalen die dit construct meten hoog scoorden.

Tabel 4: Correlatie tussen de subschalen van de gebruikte vragenlijst naar religie uitgedrukt in Pearsons  $r$ .

	Algemene religiositeit	Religieuze diensten	Religieuze verwerking	Religieuze sociale steun	Spiritualiteit	Rouwsymptomen
Depressieve symptomen	.146*		.161*		-.197**	.193*
Algemene religiositeit		.594**	.955**	.664**	-.576**	.212**
Religieuze diensten			.601**	.581**	-.218**	
Religieuze verwerking				.621**	-.534**	.186*
Religieuze sociale steun					-.441**	
Spiritualiteit						-.195**

\*. Correlatie is significant op 0.05 level (tweezijdig)



\*\* . Correlatie is significant op 0.01 level (tweezijdig)

## Discussie

---

Het doel van dit onderzoek was de relaties aan te tonen tussen levensbeschouwingen en depressieve symptomen als een dierbare overlijdt. Van de zes opgestelde hypothesen om dit onderwerp te onderzoeken werd er één bevestigd en bij een tweede werd een tegenovergesteld effect gevonden van dat wat werd verwacht. De bevestigde hypothese was de vijfde: *Hoe spiritueler mensen zijn, hoe minder depressieve en rouwsymptomen zij vertonen als een naaste overlijdt*. Er werd inderdaad gevonden dat hoe spiritueler men is hoe minder depressieve symptomen men vertoont. Dit is zowel in overeenstemming met de in de inleiding besproken literatuur (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Fry, 2001; Maton, 1989; Walsh, King, Jones, Tookman & Blizard, 2002; Wright, Frost & Wisecarver, 1993) als met de opgestelde hypothese.

Van de tweede opgestelde hypothese werd het tegenovergestelde effect gevonden. Hoewel de literatuur aangaf dat religieuze verwerking een negatieve correlatie heeft met depressieve symptomen (Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990; Park & Cohen, 1993; Richards, Acree & Folkman, 1999; Murphy & Johnson, 2003; Anderson, Marwitt & Vandenberg, 2003; Thompson & Vardaman, 1997) en meer gebruik van religieuze verwerking (bijvoorbeeld bidden) dus minder depressieve symptomen zou voorspellen, kwam in het huidige onderzoek naar voren dat een hogere mate van religieuze verwerking juist verband hield met meer depressieve symptomen. De gevonden resultaten suggereren dat een geloof in het bovennatuurlijke niet per definitie maladaptief hoeft te zijn; het kan mensen zelfs helpen in het vinden van een hoger niveau van levensgeluk. Echter het zich onderwerpen aan religieuze dogma's en zich vormen naar een religieus stramien, kan als gevolg een beperking van dit levensgeluk hebben met een manifestatie in depressieve symptomen. Deze resultaten ondersteunen het idee van Ellis dat hij in verschillende artikelen heeft geponereerd (Ellis, 1962; 1973; 1987). Het hebben van hoop op en het geloof hebben in het bovennatuurlijke en spirituele gedachten rationeel kunnen zijn, maar religieuze orthodoxie (een dogmatisch en absoluut geloof dat niet op aantoonbare feiten is gebaseerd) kan een belangrijke oorzaak van psychopathologie zijn (Ellis, 1987). Zoals ook de resultaten uit dit onderzoek aantonen betoogt Ellis verder dat de aanvaarding van absolute normen over goed en kwaad en het geloof in hel en verdoemenis kunnen leiden tot verhoogde symptomalogie op het gebied van onder andere angst en depressie.

Wat naar voren komt in het huidige onderzoek is dat er een relatie bestaat tussen religiositeit en depressieve symptomen. Spiritualiteit (een fenomeen dat ook aanwezig kan zijn bij niet religieuze mensen) blijkt daarentegen juist gerelateerd te zijn aan een hoger emotioneel welbevinden.

Waar religie in veel gevallen gekenmerkt wordt door dogma's en vaste rituelen, kenmerkt spiritualiteit zich veel meer door een subjectieve beleving en een persoonlijk gevormd wereldbeeld (Gandhi, 2008). Volgens de ideeën van Ellis (1962; 1973; 1987) zal spiritualiteit daardoor veel minder tot negatieve symptomen (en wellicht zelfs tot een positiever levensbeeld) leiden dan orthodoxe religiositeit.

Hoewel van een positieve correlatie tussen religiositeit en welbevindingsfactoren werd uit gegaan, bleek dit wel sterk voor *spiritualiteit* te gelden, maar niet voor *religieuze verwerking*. Bij deze laatste factor werd zelfs het tegenovergestelde effect gevonden; hoe meer men gebruik maakt van deze verwerkingsvorm hoe meer rouwsymptomen men beleeft en hoe minder welbevinden. Een verklaring voor de deze schijnbare tegenstrijdigheid is dat mensen die aangaven niet religieus te zijn (en inherent hieraan ook geen gebruik maken van religieuze verwerking) wel matig tot sterk spiritueel kunnen zijn. In dit opzicht is spiritualiteit dus niet zozeer een factor van religiositeit omdat het ook zeker een deel kan uitmaken van mensen met een atheïstische levensbeschouwing. Het gaat hier dan om mensen die wel denken dat er meer is dan hemel en aarde, maar niet vasthouden aan religieuze dogma's of patronen die de individuele ideeën en meer adaptieve verwerkingspatronen in de weg zouden kunnen staan. Een niet religieus maar wel spiritueel iemand denkt over de dood of andere negatieve levensgebeurtenissen bijvoorbeeld niet direct aan de straf van een almachtig schepsel en hoeft ook niet perse bang te zijn dat een dergelijke entiteit het op hem of haar gemunt heeft. Religieuzere mensen houden er doorgaans het idee op na dat het hele leven door een bovennatuurlijk schepsel gestuurd wordt en dat alles binnen een plan valt, waarbinnen zonden bestraft worden. Voor spirituele, niet religieuze mensen geldt dit in veel mindere mate, zij kunnen bijvoorbeeld alleen het idee erop na houden dat een naaste na het overlijden nog voort bestaat, zonder dat hierbij in de meer traditionele termen gedacht hoeft te worden van een hemel, waartoe de toegang ontzegd kan worden wegens begane zonden in het aardse bestaan. Het zou daardoor interessant kunnen zijn om in een vervolgonderzoek specifiek de effecten van spiritualiteit en religiositeit op depressieve en rouwsymptomen nader te onderzoeken. Er zou meer gekeken kunnen worden naar de invloed van religiositeit op het emotionele welbevinden als er gecontroleerd wordt voor de invloed van spiritualiteit.

Een ander resultaat dat gevonden werd in het huidige onderzoek was dat vrouwen minder spiritualiteit en welbevinden en meer rouwsymptomen dan mannen rapporteerden. Deze verhouding tussen spiritualiteit en de welbevindingsfactoren is zowel in lijn met de eerder genoemde bevindingen uit dit onderzoek (meer spiritualiteit zorgt voor een hoger welbevinden en minder rouwsymptomen), als in overeenstemming met de resultaten van andere onderzoeken die gedaan zijn naar de morbiditeit van depressie onder mannen en vrouwen. Over het algemeen wordt in deze onderzoeken gevonden dat er een significant verschil bestaat tussen mannen en vrouwen op het

gebied van welbevinden en depressieve symptomen (Kelly, Kathryn, Brown & Kelly, 1999; Nolen-Hoeksema, 2001; Benazzi, 2000; Smith, Kyle, Forty, Cooper, Walters, Russell, Ceasar, Farmer, McGuffin, Jones, Jones & Craddock, 2008). Het verschil dat in dergelijke onderzoeken vaak naar voren komt en als zodanig ook als gemeen goed beschouwd wordt is dat depressie (en hieraan verwante symptomen) een hogere prevalentie onder vrouwen dan onder mannen heeft. Dit verschil in prevalentie is ook terug te zien in de resultaten van het huidige onderzoek. De replicatie van de algemeen aanvaarde trends in depressie-prevalentie in de data van het huidige onderzoek onderschrijft de validiteit van dit onderzoek.

### **Beperkingen van het onderzoek**

De resultaten van dit onderzoek moeten beschouwd worden binnen de context van de beperkingen van het onderzoek, omdat deze beperkingen zowel de interne als de externe validiteit van het onderzoek kunnen bedreigen. De externe validiteit wordt sterk bedreigd door de steekproef, waarbij uit praktisch oogpunt gekozen is voor een steekproef van studenten die op één of andere wijze gelieerd zijn aan de Universiteit Utrecht. De keuze voor deze steekproef beperkt de generaliseerbaarheid van het onderzoek tot een relatief kleine populatie. De verschijnselen die met dit onderzoek zijn aangetoond, zijn wegens de gebruikte, zeer homogene, steekproef slechts relevant voor populaties met dezelfde kenmerken als de gebruikte steekproef.

De interne validiteit van het huidige onderzoek komt in het geding door de rangschikking van bepaalde schalen van de vragenlijst. In sommige gevallen leek een situatie te ontstaan waarbij proefpersonen steeds het meest rechtse of linkse vakje invulden als zij het idee hadden dat dit vakje een antwoord representeerde dat hun levensbeschouwing het meest weergaf. Er werd op deze manier meer geantwoord naar de structuur van de vragenlijst dan op basis van de interne factoren van de proefpersoon; de vragenlijst werd als het ware op de automatische piloot doorlopen. Dit werd mede geïllustreerd door een item uit de schaal *algemene religiositeit* dat omgepoold was. Veel mensen vulden in plaats van het tegenovergestelde vakje toch het vakje in dat volgens het ontwikkelde automatisme ingevuld diende te worden. Het gevolg hiervan was dat, hoewel de vragenlijst een hoge validiteit herbergde, de invulstrategie van sommige proefpersonen de validiteit vermoedelijk toch heeft belemmerd, met als gevolg dat de gemeten validiteit lager is dan dat deze zou zijn als bepaalde proefpersonen sommige schalen met meer zorgvuldigheid hadden ingevuld. Naast door de bovengenoemde factoren, is de validiteit wellicht ook in het gedrang gekomen door de instructie die boven ieder van de verschillende schalen vermeld stond. Deze instructie heeft de proefpersonen kunnen beïnvloeden om bepaalde schalen in te vullen op de manier zoals zij het

wenselijk achtten voor de levensbeschouwelijke groep waartoe zij zichzelf rekenden. Hierbij kan gedacht worden aan dat atheïstische proefpersonen bij vragen over algemene religiositeit de neiging hebben een zo negatief mogelijk antwoord te geven, omdat zij een vooringenomenheid er op na houden dat hun levensbeschouwing niet congruent is met meer religieuze opvattingen. Zo ook zouden religieuzere individuen hun antwoorden ietwat kunnen overdrijven als zij geconfronteerd worden met het feit dat op een bepaald moment in de vragenlijst hun *religieuze verwerking* gemeten wordt. Wellicht dat zij aan zullen geven God meer te betrekken in hun leven dan dat zij daadwerkelijk doen bijvoorbeeld.

Daarnaast valt het niet uit te sluiten dat religieuze mensen die wat extremere antwoorden hebben gegeven betreffende hun religiositeit als het aankomt op depressieve symptomen hun antwoorden wat positiever geven dan dat zij in werkelijkheid zijn. Een reden voor deze manier van antwoorden in een anoniem onderzoek is om de resultaten te beïnvloeden zodat de levensbeschouwelijke groep waar men zichzelf toe rekent beter uit het onderzoek naar voren komt dan anders misschien het geval zou zijn. Het is voor een atheïst bijvoorbeeld prettiger om te lezen dat zijn manier van leven correleert met een hoger levens geluk dan het tegendeel, het is daarom niet ondenkbaar dat mensen op deze manier de uitkomsten van het onderzoek pogen te beïnvloeden.

Een ander punt dat aandacht verdient is dat de items van de schalen zo letterlijk mogelijk overgenomen zijn uit andere vragenlijsten om de validiteit zoveel mogelijk te behouden, maar dat sommige vragenlijsten wel erg toegespitst waren op religieuze proefpersonen. Atheïstische proefpersonen gaven na afloop vaak aan dat zij hierdoor soms moeilijkheden ondervonden bij het vinden van een antwoord dat zo nauw mogelijk aansluit op hun ideeën. In sommige gevallen vertelden zij dat ze het antwoord maar zoveel mogelijk op een manier hadden geïnterpreteerd dat het toch op hen van toepassing was, hoewel zij er niet zeker van waren of deze interpretatie geoorloofd was. Men vormde als het ware sommige vragen maar naar hun eigen situatie. Deze manier van interpreteren van de vragen door de proefpersonen zorgt ervoor dat bepaalde vragen niet bij iedere proefpersoon hetzelfde construct mat waardoor de validiteit verminderd kan zijn. In het verlengde hiervan dient aangemerkt te worden dat er in dit onderzoek niet gekozen is om de term *geloof* te vervangen door *levensbeschouwing*, omdat dit weleens zou kunnen leiden tot het meten van een ander construct dan dat waarvoor de schaal valide is bevonden. Om deze reden zijn sommige, naar de mening van de onderzoekers, enigszins ambigue vragen ook niet veranderd in meer duidelijke en meer gerichte vragen. Ook dit zorgde in sommige gevallen bij proefpersonen voor opmerkingen aangaande de aard van bepaalde vragen en dat het in sommige specifieke gevallen niet helemaal duidelijk was waar exact naar gevraagd werd. Deze elementen van het onderzoek lijken daarom in vervolgonderzoek voor verbetering in aanmerking te komen.

## **Implicaties van het onderzoek**

Het dient niet onopgemerkt te blijven dat de gevonden relaties in dit onderzoek allen correlaties zijn en er daardoor geen causale verbanden gelegd kunnen worden. Het is met de gebruikte manier van onderzoek dus niet mogelijk vast te stellen of een bepaalde mate van religiositeit leidt tot een lagere mate van welbevinden of dat het vertonen van rouwsymptomen leidt tot het ontwikkelen van een hogere mate van religiositeit. Slechts een samenhang tussen religiositeit en welbevinden is aangetoond. Voor meer causale verbanden zou uitgeweken moeten worden naar longitudinale methoden, zodat de ontwikkeling van religieuze ideeën en de relatie met stressvolle gebeurtenissen beter in kaart kan worden gebracht. Als er meer zicht komt op het causale verband tussen religiositeit en depressieve en rouw- symptomen kan men beredeneren of een hogere mate van religiositeit daadwerkelijk een oorzaak is voor een lager emotioneel welbevinden, of dat juist een lager emotioneel welbevinden mensen doet zoeken naar zingeving die men in religie kan vinden.

## Referentities

---

Alloway, R., & Bebbington, P. (1987). The buffer theory of social support: a review of the literature. *Psychological Medicine, 17*(1), 91-108.

Anderson, M. J., Marwit, S. J., & Vandenberg, B. (2005). Psychological and religious coping strategies of mothers bereaved by the sudden death of a child. *Death Studies, 29*, 811-827.

Austin, D., & Lennings, C.J. (1993). Grief and religious belief: Does belief moderate depression? *Death Studies, 17*, 487-496.

Baldewicz, T.T., Goodkin, K., Blaney, N.T., Shor-Posner, G., Kumar, M., Wilkie, et al. (2000). Cobalamin level is related to self-reported and clinically rated mood and to syndromal depression in bereaved HIV-11 and HIV-12 homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 177-185.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Benazzi, F. (2000). Female versus male outpatient depression: A 448-case study in private practice. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry, 24*, 475-481.

Benore, E.R., & Park, C.L. (2004). Death-Specific Religious Beliefs and Bereavement: Belief in an Afterlife and Continued Attachment. *The International Journal For The Psychology Of Religion, 14*, 1-22.

Brown, S.L., Nesse, R.M., House, J.S., & Utz, R.L. (2004). Religion and Emotional Compensation: Results From a Prospective Study of Widowhood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1165-1173.

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 561-574.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Lyle Stuart. (2<sup>nd</sup> edition: 1994)

Ellis, A. (1987). Religiosity and emotional disturbance. *Psychotherapy, 24*, 826-827.

- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Ellison, C.G. (1995). Race, Religious Involvement and Depressive Symptomatology in a Southeastern U.S. Community. *Social Science & Medicine*, *40*, 1561-1572.
- Faschingbauer, T., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook, (Ed.), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (pp. 111-124). American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C.
- Fetzer & National Institute on Aging Working Group, 1999. *Brief multidimensional measure of religiousness spirituality*. Pp. 85-88.
- Flanely, K.J., Ellison, C.G., Galek, K., & Koenig, H.G. (2008). Beliefs about life-after-death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology. *Journal of Psychology and Theology*, *36*, 94-103.
- Fry, P.S. (2001). The Unique Contribution of Key Existential Factors to the Prediction of Psychological Well-Being of Older Adults Following Spousal Loss. *The Gerontologist*, *41*, 69-81.
- Gandhi, S. (2008). The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality. *Sociology of Religion*, *69*, 117-120.
- Ginzburg, K., Geron, Y., & Solomon, Z. (2002). Patterns of Complicated Grief Among Bereaved Parents. *OMEGA*, *45*, 119-132.
- Gray, R.E. (1987). Adolescent Response to the Death of a Parent. *Journal of Youth and Adolescent*, *16*, 511-524.
- Haber, J.R., Jacob, T., & Spangler, D.J.C., (2007). Dimensions of Religion/Spirituality and Relevance to Health Research. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *17*, 265-288.
- Higgins, M.P. (2002). Parental Bereavement and Religious Factors. *OMEGA*, *45*, 187-207.
- Idler, E.L., Musick, M.A., Ellison, C.G., George, L.K., Krause, N., Ory, M.G., et al. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging*, *25*, 327-365.
- De Jong, G.F., Faulkner, J.E., & Warland, R.H., (1976). Dimensions of Religiosity Reconsidered; Evidence from a Cross-Cultural Study. *Social Forces*, *54*, 866-889.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O, & Prescott, C.A. (1997). Religion, Psychopathology, and Substance Use and Abuse: A Multimeasure, Genetic-Epidemiologic Study. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 322-327.
- Kendler, K.S., Liu, X.-Q.L., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D., & Prescott, C.A., (2003). Dimensions of Religiosity and Their Relationship to Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 496-503.
- Kelly, W. E., Kathryn, E., Brown, F. C., & Kelly, H. B. (1999). Gender differences in depression among college students: A multicultural perspective. *College Student Journal*, *33*, 72-77.



- Küçükcan, T. (2005). Multidimensional Approach to Religion: a way of looking at religious phenomena. *Journal for the study of religions and ideologies*, 0, 60.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (1988). [Review of the book: *Social Support, Life Events, and Depression*.] *Contemporary Sociology*, 17, 237-238.
- Mattlin, J.A., Wethington, E., & Kessler, R.C. (1990). Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- McIntosh, D.N., Silver, R.C., & Wortman C.B. (1993). Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping With the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812-821.
- McGloshen, T.H., & O'Bryant, S.L. (1988). The Psychological Well-Being Of Older, Recent Widows. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 99-116.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C., Lohan, J.L., & Tapper, V.J. (2002). Bereaved Parent` Use of Individual, Family, and Community Resources 4 to 60 Months After a Child`s Violent Death. *Family Community Health*, 25, 71-82.
- Murphy, S.A., & Johnson, L.C. (2003). Finding Meaning in a Child's Violent Death: A Five-Year Prospective Analysis of Parents' Personal Narratives and Empirical Data. *Death Studies*, 27, 381-404.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176.
- Park, C.L., & Cohen, L.H. (1993). Religious and Nonreligious Coping with the Death of a Friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561-576.
- Park, C.L. (2005). Religion as a Meaning-Making Framework in Coping with Life Stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707-729.
- Parkes, C.M., & Brown, R.J. (1972). Health After Bereavement. A Controlled Study of Young Boston Widows and Widowers. *Psychosomatic Medicine*, 34, 449-460.
- Pearce, M.J., Little, T.D., & Perez, J.E. (2003). Religiousness and Depressive Symptoms Among Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 267-276.
- Rabins, P. V., Fitting, M. D., Eastham, J., & Fetting, J. (1990). The emotional impact of caring for the chronically ill. *Psychosomatics*, 31(3), 331-336.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Richards, T.A. (1997). Spiritual Aspects of Loss At the Time of A Partner's Death From AIDS. *Death Studies*, 21, 527-552.
- Richards, T. A., Acree, M., & Folkman, S. (1999). Spiritual aspects of loss among partners of men with AIDS: Postbereavement follow-up. *Death Studies*, 23, 105-127.
- Schapman, A.M., & Inderbitzen-Nolan, H.M. (2002). The role of religious behaviour in adolescent depressive and anxious symptomatology. *Journal of Adolescence*, 25, 631-643.

Sherkat, D.E., & Reed, M.D. (1992). The Effects of Religion and Social Support on Self-Esteem and Depression Among the Suddenly Bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259-275.

Siegel, J.M., & Kuykendall, D.H. (1990). Loss, Widowhood, and Psychological Distress Among the Elderly. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 519-524.

Smith, D. J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., Caesar, S., Farmer, A., McGuffin, P., Jones, I., Jones, L., & Craddock, N. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108, 279-284.

Uren, T.H., & Wastell, C.A. (2002). Attachment and Meaning-Making in Perinatal Bereavement. *Death Studies*, 26, 279-308.

Volleberg, W. A. M., de Graaf, R., ten Have, M., Schoemaker, C. G., van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A. T. F., et al. (1990). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A., & Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ (British Medical Journal)*, 324, 1-5.

Wijngaards-deMeij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., et al. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.

Wortmann, J.H., & Park, C.L. (2008). Religion and Spirituality in Adjustment Following Bereavement: An Integrative Review. *Death Studies*, 31, 703-736.

Wright, L.S., Frost C.J., & Wisecarver, S.J. (1993). Church Attendance, Meaningfulness of Religion, and Depressive Symptomatology Among Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 559-567.



## Appendix 1:

### Tabellen met kenmerken van voorgaand onderzoek

Tabel 1: Bevindingen, kritische punten en methodologische verschillen van verschillende onderzoeken die gebruikt zijn als basis van het huidige onderzoek.

Auteurs/ Jaar	Steekproef	Religieuze lidmaatschap van de steekproef	Religieuze dimensie	Design	Resultaten	Kritische ka
Anderson, Marwitt, Vandenberg, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grotte</li> <li>• Leeftijd</li> <li>• Sekse</li> <li>• Etniciteit</li> <li>• Wie is overleden</li> <li>• Tijdpunt van verlies</li> </ul>	73.7% Christen, 8.8% Joods, 17.6% onbekend.	<i>Religious coping</i>	<b>Design</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vragenlijst voor depressie</li> <li>• Vragenlijst voor religiositeit</li> </ul>	<i>Positive religious coping</i> was negatief gecorreleerd met minder depressieve symptomen bij de proefpersonen die ook <i>task-oriented coping</i> in een hoge mate hanteerden. <i>Negative religious coping</i> was niet gerelateerd met depressieve symptomen.	Verlies is lar Steekproef a moeders. Geen contro
Baldewicz, Goodkin, Blaney, Shor-Posner, Kumar, Wilkie, Baum, Eisdorfer, 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 159</li> <li>• M=38 jaar</li> <li>• homoseksuele mannen (90 HIV-1+ en 69 HIV-1-)</li> <li>• verlies van hechte vriend</li> </ul>		<i>Religious coping</i>	<b>Depressie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profile of Mood States (POMS [30])</li> <li>• The Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety and Depression Rating Scales (SIGH-AD)</li> <li>• The Structured Clinical</li> </ul>	<i>Religious coping</i> was ongerelateerd met depressie.	Geen contro Steekproef a homoseksue resultaten generaliseer

	of intieme partner door AIDS			Interview for DSM-III-R Axis I disorders (nonpatient version), modified for the HIV-1 infected (SCID-NP HIV)		
				<b>Religiositeit</b> The 52-item dispositional COPE (measured coping-style)		
Brown, Nesse, House, Utz, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 103</li> <li>• Van 38 tot 92 jaar</li> <li>• 93 vrouwen en 10 mannen</li> <li>• verlies van partner</li> <li>• 6, 24 en 48 maanden geleden</li> <li>• 89% blank en 11% Afro-Amerikaans</li> </ul>	49% Protestant, 42.8% Katholiek, 5% Joods	<i>Religious preference</i> (affiliation)  <i>Importance of religious/spiritual beliefs</i>  (algemene religiositeit)  <i>Attendance</i>	<b>Depressie</b> Short Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale  <b>Religiositeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Religious preference</i> werd gemeten door de proefpersonen te vragen tot welke groep zij zichzelf zouden tellen: (a) Protestant, (b) Katholiek, (c) Joods, of (d) anders.</li> <li>• <i>Importance of religious/spiritual beliefs</i> werd door volgend item gemeten: "In general, how important are religious or spiritual beliefs in your day-to-day life?"</li> <li>• <i>Attendance</i> werd gemeten door de vraag: "How often do you usually attend religious services?"</li> </ul>	<i>Attendance</i> had geen invloed op depressie.  <i>Importance of religious/spiritual beliefs</i> had geen invloed op depressie.  <i>Religious preference</i> had geen invloed op depressie.	Geen contro
Davis & Nolen-Hoeksema. 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 205</li> <li>• M=51.2 jaar</li> <li>• 74% vrouwelijk</li> <li>• 72% verloren een dierbare door cancer, 14%</li> </ul>	28% Katholiek, 4% Joods, 30% Protestant, 2% New Age, 36% anders.	<i>Religious or spiritual beliefs</i> (spiritualiteit)  <i>Self-rated religiousness or spirituality</i> (algemene	<b>Depressie</b> Self-report Inventory to Diagnose Depression (IDD)  <b>Religiositeit</b> Een item: Do you	<i>Religious/spiritual beliefs</i> is negatief gecorreleerd met depressieve symptomen, door betekenis van het verlies te hebben gevonden.	De proefpers niet onverwa dierbare verlij zij waren erc voorbereidt.  Proefpersone gebruik gem hospices (co

	<p>door AIDS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 44% verloren een ouder, 35% een partner, 9% een kind, 7% een broer of zus en 5% ander familielid of zeer hechte vriend</li> <li>• 6 en 13 maanden na verlies</li> </ul>		religiositeit)	consider yourself to be religious or have a spiritual interest?"	<p><i>Self-rated religiousness or spirituality</i> is gerelateerd aan minder depressieve symptomen 6 maanden na verlies.</p>	variable?)
Ellison, 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2956</li> <li>• blanke Amerikanen en Afro-Amerikanen</li> <li>• geen verlieservaring</li> </ul>		<p><i>Attendance</i></p> <p><i>Confessionele lidmaatschap (affiliation)</i></p> <p><i>Private religious devotion (private practice)</i></p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een item om <i>attendance</i> te meten.</li> <li>• Een item om <i>Private religious devotion</i> te meten: "How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation, or Bible study?"</li> </ul>	<p><i>Attendance</i> was onder de blanke mensen negatief gecorreleerd met depressieve symptomen. Geen correlatie bij de Afro-Amerikanen.</p> <p>De afwezigheid van <i>confessionele lidmaatschap</i> correleert positief met depressieve symptomen onder Afro-Amerikanen, maar niet onder blanke mensen.</p> <p>De frequentie van <i>privé religious devotion</i> is negatief gecorreleerd met depressieve symptomen onder blanke en Afro-Amerikanen.</p>	Geen verlies
Flanely, Ellison, Galek, Koenig, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1895</li> <li>• Geen verlieservaring</li> </ul>		<p><i>Geloof in een leven na de dood</i></p> <p>Controle variabele:</p> <p><i>Private religious activity (private practice)</i></p>	<p><b>Depressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptom Assessment-45 (SA-45) Questionnaire (with subscale for depression)</li> </ul> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>Een item voor <i>Private religious activity</i>: "How</p>	<p>Frequentie van <i>bidden</i> heeft een positieve correlatie met depressie.</p> <p>De vijf prettige (positieve) geloven over het leven na de dood zijn negatief gecorreleerd met depressie. De</p>	Geen verlies

				often do you pray?"	twee onaangename geloven over het leven na de dood zijn positief gecorreleerd met depressie.	
Fry, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 188</li> <li>• 101 vrouwen en 87 mannen</li> <li>• 65 tot 87 jaar</li> <li>• Verlies van partner</li> <li>• Tijdstip van verlies: 6 tot 24 maanden geleden</li> </ul>		<p><i>Attendance</i></p> <p><i>Spirituality</i></p> <p><i>Self-rated importance of religion</i> (algemene religiositeit)</p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Depressieve stemming werd gemeten met een 9-punt-schaal</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Social support</i> werd gemeten met de Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</li> <li>• Een item voor <i>attendance</i>: "How frequently do you attend religious services or religious activities?"</li> <li>• Een item voor <i>informal religious activity</i>: "How frequently do you participate in informal religious services, for example, listen to or watch religious talk shows on TV and radio, sing hymns or church music, or read the Bible?"</li> <li>• <i>Spirituality</i> werd gemeten door Howden's Spirituality Assessment Scale (SAS)</li> </ul>	<p><i>Spirituality</i> had een positieve invloed op het psychologische welzijn.</p> <p><i>Attendance</i> was niet gecorreleerd met het psychologische welzijn.</p> <p><i>Self-rated importance of religion</i> was positief gerelateerd aan depressie.</p>	Geen contro
Gamino, Sewell, Easterling, 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 85</li> <li>• M=50.9 jaar</li> <li>• 77.6% vrouwelijk</li> <li>• 89.4% blanken, 4.7% Latijn-Amerikaans,</li> </ul>	Grotendeels Protestant	<i>Intrinsic spirituality</i> (spiritualiteit)	<p><b>Depressie</b></p> <p>Hogan personal growth score</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>The INSPIRIT (Index of core Spiritual</p>	<i>Intrinsic spirituality</i> is positief gerelateerd met prive-groei, iets goeds in de dood van de dierbare zien en een kans om gedag te	Geen contro

	<p>2.4% Afro-Amerikaans en 3.6% andere.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verlies van partner (42.3%), ouders (36.5%), kinderen (11.8% en andere (9.4%)). door ziekte (75.3%), 14.1% ongeluk, 9.4% suicide en 1.2% moord.</li> <li>• 88% van verliezen 3 jaar geleden (M=8 maanden geleden)</li> </ul>			Experiences)	zeggen.	
Ginzburg, Geron, Solomon, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 85</li> <li>• M=51 jaar</li> <li>• 46% mannelijk</li> <li>• ouders die hun volwassen kind tijdens militairdienst, ongeluk, suicide of ziekte hebben verloren</li> <li>• Tijdpunt van verlies: M=2,5 jaar geleden</li> </ul>	55% beschreven zichzelf als godslasterend/profaan, 27% als traditioneel en 18% als orthodox.	<i>Religious attitudes</i> (affiliation)	<p><b>Depressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptom Checklist 90 (SCL-90)</li> <li>• GSI (met schaal voor depressie)</li> </ul>	Type van depressieve symptomen was gerelateerd aan <i>religious attitudes</i> . <i>Traditional attitudes</i> zijn gerelateerd aan afwezigheid van depressieve symptomen en daardoor gerelateerd aan verminderd sociaal functioneren. Secular en orthodox attitudes waren gerelateerd aan uitgestelde depressieve symptomen, en daardoor gerelateerd aan grotere somatisatie en aan verlengde depressieve symptomen, en daardoor gerelateerd aan minder	



					psychiatrische problemen.  Interacties tussen <i>Religious attitudes</i> en leedreactie waren niet significant.	
Gray, 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50</li> <li>• Tussen 12 en 19 jaar oud (M=14.9 jaar)</li> <li>• 34 vrouwelijk en 16 mannelijk</li> <li>• Een ouder verloren door cancer (58%), hartaanval (24%) en ongelukken (6%)</li> <li>• Tussen 6 maanden en 5 jaar geleden</li> </ul>		<i>Religious/spiritual beliefs</i> (geloof in een leven na de dood)	<b>Depressie</b>  Beck Depression Inventory (BDI)	<i>Religious/spiritual beliefs</i> is negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.	Geen contro  Het geloof in onsterfelijkh voornaamste <i>belief</i> .  Veel proefpe gaven aan ge <i>beliefs</i> voor gehad te heb wel daarna h ontwikkelt.
Higgins, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 621</li> <li>• 76.8% ouder dan 55 jaar,</li> <li>• 70.5% vrouwelijk</li> <li>• Verlies van een kind</li> <li>• Tjdpunt van verlies meer dan 3 jaar geleden</li> </ul>	32.5% Afro-Amerikaans en 64.2% blanken (de andere ethniciteiten werden niet mee in de analyse genomen)	<i>Attendance</i>  <i>Geloof in een leven na de dood</i>	<b>Depressie</b>  The Short Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)  <b>Religiositeit</b>  Een item voor <i>attendance</i> : “How often do you usually attend religious services?”  Een item voor <i>geloof in een leven na de dood</i> : “Some people believe that people simply stop existing after death while others believe in an afterlife. Which comes closest to what you believe—that people stop existing after death or	<i>Geloof in een leven na de dood</i> correleert negatief met depressie, maar de correlatie verdween na het controleren voor andere variabelen.  <i>Attendance</i> is negatief gecorreleerd met depressie.	

				that there is an afterlife?"		
Kendler, Gardner, Prescott, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1902</li> <li>• M=30.1 jaar</li> <li>• vrouwelijke tweelingen</li> <li>• Caucasian</li> <li>• Geen verlieservaring</li> </ul>		<i>Religious affiliation</i>  <i>Personal devotion (private practice)</i>  <i>Attendance</i>	<b>Depressie</b>  SCL-90  <b>Religiositeit</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een item voor <i>religious affiliation</i> ("What is your religious preference – Protestant, Catholic, Jewish or something else?")</li> <li>• Items from the National Comorbidity Survey (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman et al., 1994)</li> <li>• a Gallup poll (Gallup Institute, 1995)</li> <li>• the religiousness scale (Strayhorn, Weidman, &amp; Larson, 1990)</li> </ul>	<i>Personal devotion</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.  Geen effect van <i>attendance</i> .  Geen effect van <i>religious affiliation</i> .	Geen verlies  Geen contro
Maton, 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 81</li> <li>• M=46.3 jaar</li> <li>• 62 vrouwelijk en 19 mannelijk</li> <li>• grote meerderheid blank</li> <li>• Kind overleden</li> <li>• Tjdpunt van verlies niet langer dan 2 jaar geleden</li> </ul>		<i>Spiritual support</i>	<b>Depressie</b>  Hopkins Symptom Checklist  <b>Religiositeit</b>  Drie items voor spiritual support ontwikkelt door de onderzoeker: "I experience God's love and acaring on a regular basis", I experience a close personal relationship with God" en "Religious faith has not been central to my coping"	<i>Spiritual support</i> was negatief gecorreleerd met depressie.	
Mattlin, Wethington, Kessler,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 97</li> </ul>		<i>Religious coping</i>	<b>Depressie</b>  Hopkins Symptom	<i>Religious coping</i> was het meest gerelateerd met	Geen contro  Geen gebrui

1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M=42 jaar</li> <li>• Afro-Amerikanen werden niet in de steekproef</li> <li>• Verlies van een dierbare</li> <li>• Tijdpunt van verlies: in de afgelopen 12 maanden</li> </ul>			<p>Checklist-revised</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>Een item: "How much did you rely on your religious beliefs to help you cope?"</p>	<p>betere aanpassing (minder depressie) bij mensen die het hoofd moesten bieden aan de dood van een dierbare vergeleken met mensen die met een andere stressoren moesten omgaan.</p>	<p>standaard pr veelvoudige vergelijkinge comparisons</p>
McGloshen & O'Bryant, 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 226</li> <li>• 60 tot 89 jaar, M=71,6</li> <li>• Caucasian</li> <li>• echtgenote verloren</li> <li>• Tijdpunt van verlies: tussen 7 en 21 maanden geleden (M=13)</li> </ul>		<p><i>Attendance</i></p> <p><i>Self-rated importance of religion</i> (algemene religiositeit)</p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>The Affect Balance Scale (ABS) → schalen voor <i>positive</i> en <i>negative affect</i></p>	<p><i>Attendance</i> heeft een positieve correlatie met <i>positive affect</i> en ongerelateerd met <i>negative affect</i>.</p> <p><i>Self-rated importance of religion</i> is negatief gecorreleerd met <i>positive affect</i>, maar niet gerelateert met <i>negative affect</i>.</p>	<p>Geen contro</p>
McIntosh, Silver, Wortmann, 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 124</li> <li>• Ouders die hun baby door wiegendood hebben verloren;</li> <li>• Interviews 15 dagen, 3 maanden en 18 maanden na verlies</li> </ul>	97% Christen	<p><i>Attendance</i></p> <p><i>Rated importance of religion</i> (algemene religiositeit)</p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Short version of the Symptom Checklist 90 (SCL-90) (met subschaal voor depressie)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een item voor <i>attendance</i>: "How often do you attend religious services?"</li> <li>• Tien items voor <i>social support</i>.</li> <li>• Een item voor <i>importance of religion</i>: "How important is religion in your life?"</li> </ul>	<p><i>Attendance</i> is indirect verbonden met lagere mate van depressie (door de invloed van <i>social support</i>).</p> <p>Meer <i>Rated importance of religion</i> voorspelt meer leed na 3 weken na het verlies, maar 18 maanden na het verlies voorspelt <i>rated importance of religion</i> minder leed en meer welzijn.</p>	<p>Geen contro</p>
Murphy,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 261</li> </ul>	59% Protestant, 25%	<i>Church</i>	<b>Depressie</b>	<i>Attendance</i> was	Geen contro

Johnson, Lohan, Tapper, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 32 tot 61 jaar oud (M=45 jaar)</li> <li>• 171 vrouwen en 90 mannen</li> <li>• 86% Caucasian</li> <li>• verlies van hun 12 tot 28 jaar oude kinderen</li> <li>• Tijdstip van verlies: 4, 12, 24 en 60 maanden geleden</li> </ul>	Katholiek, 1% Joods en 15% andere religie	<p><i>attendance</i></p> <p><i>Private Prayer</i></p> <p><i>Religious coping</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brief Symptom Inventory (BSI)</li> <li>• Global Severity Index (GSI)</li> </ul>	<p>niet gerelateerd aan mentale pijn.</p> <p><i>Private Prayer</i> was voor vrouwen negatief gecorreleerd met mentale pijn, maar niet voor mannen.</p> <p><i>Religious coping</i> was niet gerelateerd met mentale depressieve symptomen.</p>	
Murphy & Jonhson, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 173</li> <li>• 32 tot 61 jaar (M=45 jaar)</li> <li>• 115 vrouwen en 58 mannen</li> <li>• 86% Caucasian</li> <li>• verlies van adolescent of jong volwassen kind door ongeluk (58%), suicide (24%), moord (10%) en andere (9%).</li> <li>• 4, 12, 24 en 60 maanden na verlies</li> </ul>	59% Protestant, 25% Katholiek, 1% Joods en 15% andere religiositeit.	<i>Religious coping</i>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Brief Symptom Inventory (BSI)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>4-itemTurning to Religion (TTR) subscale of the 53-item COPE Inventory</p>	<p><i>Religious coping</i> was vijf jaar na het verlies gerelateerd met betekenisgeving aan de dood en deze betekenisgeving was gerelateerd met minder depressie.</p>	Geen contro
Park & Cohen, 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96</li> <li>• M=19.56 jaar</li> <li>• 27% mannelijk en 73% vrouwelijk</li> <li>• Vriend overleden door ongeluk, ziekte, suicide</li> </ul>	46% Katholiek, 54% Protestant	<p><i>Intrinsic and extrinsic religiousness</i></p> <p><i>Religious coping</i></p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Beck Depression Inventory (BDI)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doctrinal Orthodoxy Questionnaire</li> <li>• Religious Orientation Questionnaire (meet <i>Intrinsic and extrinsic</i>)</li> </ul>	<p><i>Intrinsic religiousness</i> was positief gecorreleerd met depressie door <i>instrumental social support, controlling for multiple personal en event characteristics.</i></p> <p><i>Extrinsic religiousness</i> had</p>	

	<p>of moord</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdstip van verlies: In de afgelopen 12 maanden</li> </ul>			<p><i>religiousness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pargament et al.'s Religious Coping Activities Scale</li> </ul>	<p>een indirect effect op depressie door <i>Positive Reinterpretation</i>.</p> <p><i>Religious spiritual support coping</i> maakte aanpassing aan de gebeurtenis (verlies) mogelijk.</p>	
Park, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 169</li> <li>• 17 tot 25 jaar, M=19.2 jaar</li> <li>• 121 vrouwelijk, 44 mannelijk en 4 onbekend</li> <li>• 93.5% Caucasian, 4% Afro-Amerikaans, 1% Latino en 1.5% Aziatisch</li> <li>• Verlies van een dierbare</li> <li>• Tijdpunt van verlies gemiddeld 5.8 maanden geleden</li> </ul>	<p>70 Katholiek, 46 Protestant, 21 niet-Grotendeels Christen, 8 Joods, 12 niet tot een religieuze gemeenschap behorend en 12 andere religieën.</p>	<i>Intrinsic religiosity</i>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>Age-Universal Intrinsic/Extrinsic Scale-Revised (<i>intrinsic scale</i>)</p>	<p><i>Intrinsic religiousness</i> was negatief gecorreleerd met subjectief welzijn door coping (door betekenis verkrijgen) en met stressgerelateerde groei, deels medieëerd door coping (door betekenis verkrijgen).</p>	Geen contro
Parkes & Brown, 1972	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 68</li> <li>• M=36 jaar (allemaal onder de 45 jaar)</li> <li>• 49 vrouwen en 19 mannen</li> <li>• meerderheid van de steekproef blank</li> <li>• partner verloren</li> </ul>	<p>53% Katholiek, 18% Protestant, 3% Joods, 15% anders en 11% geen religieuze lidmatschap</p>	<i>Attendance</i>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Vragenlijst van de Midtown Manhattan Study werd gebruikt (met depressie-schaal)</p>	<p><i>Attendance</i> was niet gecorreleerd met depressie.</p>	Geen contro

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 maanden</li> </ul>					
Pearce, Little, Perez, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 744</li> <li>• M=12.01 jaar</li> <li>• 50 % vrouwelijk</li> <li>• 81.6% Europees-Amerikaans en 18.4% Afro-Amerikaans</li> </ul>	61% Katholiek, 13% Protestant, 6% Joods, 10% andere religieuze lidmaatschap en 10% geen data.	<i>Attendance</i>  <i>Self-ranked religiousness</i> (algemene religiositeit)  <i>Private practice</i>	<b>Depressie</b>  Children's Depression Inventory (CDI)  <b>Religiositeit</b>  Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality	Er was een negatieve correlatie tussen <i>attendance</i> en depressieve symptomen.  Er was een negatieve correlatie tussen <i>self-ranked religiousness</i> en depressieve symptomen.  Er was geen relatie <i>tussen private practice</i> en depressie.	Proefpersonen niemand ver
Rabins, Fitting, Eastman, Fetting, 1990					Een <i>extrinsieke</i> religieuze overtuiging heeft een positieve relatie met depressie.	
Richards & Folkmann, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 121</li> <li>• homoseksuele mannen (een derde besmet met HIV)</li> <li>• 91% blanken</li> <li>• verlies van partner door AIDS</li> <li>• Tijdstip van verlies: 2 en 4 weken geleden</li> </ul>	Katholiek, Protestant, Joods en anders.	<i>Spiritual/religious references</i> (religious coping)	<b>Depressie</b>  Center for Epidemiological Studies Depression measure (CES-D)  <b>Religiositeit</b>  • Open interview over spiritual/religious references	<i>Spiritual/religious references</i> was positief gecorreleerd met depressie.	Geen contro Steekproef a homoseksue resultaten generaliseer
Richards, Acree, Folkmann, 1999	Follow-up study van Richards & Folkmann, 1997  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 70</li> </ul>	Katholiek, Protestant, Joods en anders.	<i>Spiritual/religious references</i> (religious coping)	<b>Depressie</b>  Center for Epidemiological Studies Depression measure (CES-D)	Proefpersonen die <i>Spiritual/religious references</i> voor het verlies gemaakt hebben, hebben 3 en 4 jaar later minder psychologische	Geen contro Steekproef a homoseksue resultaten generaliseer

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• homoseksuele mannen (een derde besmet met HIV)</li> <li>• 89% blanken</li> <li>• verlies van partner door AIDS</li> <li>• Tijdstip van verlies: 3 en 4 jaar geleden</li> </ul>			<p><b>Religiositeit</b></p> <p>Religious or Spiritual Beliefs measure</p>	problemen.	
Schapman en Inderbitzen-Nolan (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 261</li> <li>• 13 tot 18 jaar; M=15.74)</li> <li>• 93 mannelijk en 167 vrouwelijk</li> <li>• 89% Caucasian, 4.6% Afro-Amerikaans, 3.4% Aziatisch, 2.2% Latijn-Amerikaans en 0.8% van oorsprong Amerikaans</li> </ul>	73% Christen, 2.3% niet Christelijk (bijv. Buddhistisch, Muslim etc.), 11.5% geen lid van een religieuze gemeenschap en 13.2% geen data.	<p><i>Attendance</i></p> <p><i>Private Practice</i></p>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Children's Depression Inventory (CDI)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>Religious Behaviour Questionnaire (RBQ)</p>	<p><i>Attendance</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.</p> <p><i>Private Practice</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.</p>	Proefpersonen niemand ver
Siegel & Kuykendall, 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 825</li> <li>• bejaarden (minimumleeftijd 65 jaar)</li> <li>• 60% vrouwelijk</li> <li>• 89% niet Latijn-Amerikaans blanken</li> <li>• familielid verloren (geen partner)</li> <li>• Tjdpunt van verlies in de</li> </ul>		<i>Affiliation</i>	<p><b>Depressie</b></p> <p>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</p>	<i>Affiliation</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen. Dit effect werd alleen bij de mannelijke proefpersonen en in bijzonder bij de weduwnars gevonden.	

	afgelopen 6 maanden					
Sherkat en Reed (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 156</li> <li>• Familielid verloren door suicide of toevallige dood</li> </ul>	Christen	<i>Attendance</i>  <i>Religious participation</i> (affiliation)	<b>Depressie</b>  Depressie werd gemeten door een 18 item schaal welke de frequentie (van 1-nooit tot 4-vaak) aanduidt van perioden van huilen, woede aanvallen, scheidings-angst, verlies van appetit, problemen met slapen, extreme moeheid, geen interesse in seks, gevoelens van hopeloosheid en waardeloosheid, problemen om een beslissing te maken, gevoelens van schuld, zich uitgeput voelen, prikkelbaar voelen, schaamtevol voelen, nerveuz voelen, bang zijn en gedachten aan suicide hebben.	<i>Attendance</i> correleert negatief met depressie. Als <i>sociale steun</i> mee in analyse wordt genomen is er geen effect meer van <i>attendance</i> .  <i>Religious participation</i> had geen significant effect op depressie.  Blanke mensen zijn minder depressief dan niet-blanke mensen.	De vragenlijst met depressie is betrouwbaar en betrouwbaar instrument, gebruikt is getoetst.  Geen contro
Stroebe, W. & Stroebe, M., 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60</li> <li>• M=53 jaar</li> <li>• 30 vrouwelijk en 30 mannelijk</li> <li>• Verlies van de partner</li> <li>• Tijdstip van verlies: 4 tot 7 maanden</li> <li>• <u>wel controle-groep (30 gehuwde mannen en 30 gehuwde vrouwen)</u></li> </ul>		<i>Geloof in een leven na de dood</i>  <i>Attendance</i>	<b>Depressie</b>  German version of Beck Depression Inventory (BDI)	Geen correlatie tussen <i>geloof in een leven na de dood</i> en depressie.  Geen correlatie tussen <i>attendance</i> en depressie.	
Thompson, Vardaman, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150</li> <li>• 23 tot 74 jaar (M=49.6 jaar)</li> <li>• 86% vrouwelijk</li> <li>• 90% Afro-</li> </ul>	70% Baptist, 12% Holiness of Pentecostal, 8% Methodisten, 5% niet-confessioneel, 1% Katholiek, 1% Agnostic, 1% Buddhist en 1% Seventh-day	<i>Religious coping</i>	<b>Depressie</b>  The Brief Symptom Inventory (BSI)  <b>Religiositeit</b>  Shortened version of	<i>Positive types of religious coping</i> waren negatief gecorreleerd met depressieve symptomen en <i>negative types of religious coping</i> was niet	Geen contro



	<p>Amerikaans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 55% verloren een kind, 18% broer of zus, 10% een partner en 17% andere familieleden door moord</li> <li>• Tijdstip van verlies: M=2.9 jaar</li> </ul>	Adventist.		Pargament's 32-item Religious Coping Activities Scale	gerelateerd met depressieve symptomen.	
Uren & Wastell, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 109</li> <li>• 22 tot 49 jaar oud (M=34.5 jaar)</li> <li>• vrouwelijk</li> <li>• 78 gevallen van geboorte van een dode kind, 31 gevallen van dood van een pasgeboren kind</li> <li>• Tijdstip van verlies: 2 tot 207 maanden</li> </ul>		<i>Spiritual beliefs</i>	<p><b>Depressie</b></p> <p>The Brief Symptom Inventory (BSI)</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>The Spiritual Orientation Scale (SOS)</p>	<i>Spiritual beliefs</i> waren niet direct gerelateerd aan verdriet/leed, maar zij waren indirect negatief gecorreleerd met verdriet/leed door een betekenis in het verlies te hebben gevonden.	Geen contro
Walsh, King, Jones, Tookman, Blizard, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 135</li> <li>• 40% partner, 40% ouders, 7% hechte vrienden en 13% andere familieleden met terminale ziekte</li> <li>• 1, 9 en 14 maanden na verlies</li> </ul>		<i>Religious/spiritual beliefs</i> (spiritualiteit)	<p><b>Depressie</b></p> <p>The hospital anxiety and depression scale</p> <p><b>Religiositeit</b></p> <p>The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs</p> <p><b>Social Support</b></p> <p>The close persons questionnaire</p>	<i>Religious/spiritual beliefs</i> zijn gerelateerd aan een vaste en snellere ontknoping van het leed. Daaerntegen hadden proefpersonen met die in mindere intensiteit <i>religious/spiritual beliefs</i> hanterden een meer langzaam ontknoping in de eerste 9 maanden, maar snellere ontknoping na 14 maanden. Proefpersonen die	

					geen <i>religious/spiritual beliefs</i> hanterden lieten een tijdelijke ontkenning na 9 maanden zien, maar hun symptomen kwamen na 14 maanden terug.
Wijngaards-de Meij, Stroebe, Schut, Stroebe, van den Bout, van der Heijden, et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 219</li> <li>• 26 tot 68 jaar (M=42.2)</li> <li>• Kind (beneden de 30 jaar, M=10.2) verloren, door dood van een pasgeboren kind, ziekte of stoornis, ongeluk, plotselinge wiegendood, suicide of doodslag.</li> <li>• Tijdstip van verlies: 6, 13 en 20 maanden geleden</li> </ul>		<i>Religious affiliation</i> (nonreligious vs. religious)	<b>Depressie</b>  Subschaal depressie van de Symptom Checklist-90	<i>Affiliation</i> was positief gecorreleerd met depressie (religieuze ouders waren meer depressief).
Wright, Frost en Wisecarver (1993)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 451</li> <li>• 208 mannelijk en 243 vrouwelijk</li> <li>• 140 Latijn-Amerikaans, 130 blanken, 165 Afro-Amerikaans en 16 uit andere ethnische groepen</li> </ul>		<i>Church attendance</i>  <i>Meaningfulness of one's religion</i> (spiritualiteit)	<b>Depressie</b>  Beck Depression Inventory (BDI)  <b>Religiositeit</b>  <i>Meaningfulness of one's religion</i> werd gemeten door 2 vragen uit Allport's extrinsic-intrinsic scale (Allport and Ross, 1968): (1) "Religion is especially important to me because it answers many questions about the meaning of my life"; and (2) "I try hard	<i>Church attendance</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.  <i>Spiritual support</i> was negatief gecorreleerd met depressieve symptomen.

				<p>to carry my religion</p> <p>into my other dealings in life because my religious beliefs are what really</p> <p>lie behind my whole approach to life."</p> <p>Een item om <i>church attendance</i> te meten: "In general, I attend church or synagogue: (a) once a week or more; (b)</p> <p>two or three times a month; (c) once a year or so; (d) not at all."</p>		
--	--	--	--	---	--	--

Tabel 2: Resultaten die voortkwamen uit de onderzoeken die het sociale-steun-aspect betrokken bij onderzoek naar de invloed van religiositeit op depressie.

Auteurs/Datum van onderzoek	Steekproef • Grotte • Leeftijd • Sekse • Ethniciteit • Wie is overleden • Tijdpunt van verlies	Religieuze lidmaatschap van de steekproef	Religieuze (sociale steun) dimensie	Vragenlijst voor depressie	Vragenlijst voor religiositeit	Resultaten	Kritische kanttekening
Austin & Lennings, 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 57 proefpersonen,</li> <li>• 18 tot 75 jaar, M=33 jaar</li> <li>• Een dierbare is overleden</li> <li>• In de afgelopen 5 jaar</li> </ul>	Christen	<i>Betrokkenheid bij sociale activiteiten</i> (omvat religieuze activiteiten)	Beck Depression Inventory (BDI)	Shepherd scale	Geen significante effecten van sociale activiteiten op <i>depressieve symptomen</i> .	
Alloway & Bebbington, 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescenten</li> </ul>					Als adolescenten lagere niveaus van sociale steun en negatieve sociale interacties ervaren, dit negatief gerelateerd is aan mentale gezondheid, zoals depressie.	
Idler, Musick, Ellison, George, Krause, Ory, et al., 2003						Individuele die betrokken zijn bij religieuze activiteiten hebben grotere sociale netwerken en meer sociale bronnen. Daarnaast rapporteren zij een grotere tevredenheid over hun sociale steun. Hiermee hebben zij	

						volgens de theorie een grotere buffer tegen <i>depressieve symptomen</i> .	
Flanelly, Ellison, Galek, Koenig, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1895</li> <li>• Geen verlieservaring</li> </ul>	<i>Social support</i>		Symptom Assessment-45 (SA-45) Questionnaire (with subscale for depression)		<i>Social support</i> is negatief gecorreleerd met <i>depressie</i> .	
Fry, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 188</li> <li>• 101 vrouwen en 87 mannen</li> <li>• 65 tot 87 jaar</li> <li>• Verlies van partner</li> <li>• Tijdstip van verlies: 6 tot 24 maanden geleden</li> </ul>		<i>Social support</i>	Depressieve stemming werd gemeten met een 9-punt-schaal	<i>Social support</i> werd gemeten met de Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	Toegankelijkheid tot <i>religious support</i> had een positieve invloed op het psychologische welzijn.	Geen controle-groep.
Gray, 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50</li> <li>• Tussen 12 en 19 jaar oud (M=14.9 jaar)</li> <li>• 34 vrouwelijk en 16 mannelijk</li> <li>• Een ouder verloren door cancer (58%), hartaanval (24%) en ongelukken (6%)</li> <li>• Tussen 6 maanden en 5 jaar geleden</li> </ul>		<i>Social Support</i>	Beck Depression Inventory (BDI)		<i>Social support</i> was negatief gecorreleerd met <i>depressieve symptomen</i> .	Geen controle groep. Het geloof in onsterfelijkheid was de voornaamste <i>religious belief</i> . Veel proefpersonen gaven aan geen <i>religious beliefs</i> voor het verlies gehad te hebben, maar wel daarna hebben ontwikkelt.
Lin, Dean, Ensel, Wellman, 1988			<i>Intimate support from conjugal</i>	Center for Epidemiologic Studies Depression		<i>Social support</i> is negatief gecorreleerd met <i>depressieve</i>	Geen controle-groep.



						<i>religieuze ervaring en depressie .</i>	
Richardson & Balaswamy, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200</li> <li>• M=75 jaar</li> <li>• mannelijk</li> <li>• Caucasian (82.5%) en Afro-Amerikaans (17.5%)</li> <li>• Echtgenote verloren</li> <li>• Tijdstip van verlies: ongeveer 2 jaar geleden</li> </ul>		<i>Attending social at church</i>	Affect Balance Scale (ABS)		<i>Attending social at church was gerelateerd met meer negative affect en minder positive affect.</i>	Geen controle-groep.
Sherkat & Reed, 1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 156</li> <li>• Familielid verloren door suicide of toevallige dood</li> </ul>	Christen	<p>Drie dimensies van <i>sociale steun</i>:</p> <p>1) Frequentie van tijd doorbrengen met familieleden en vrienden (<i>social integration</i>)</p> <p>2) Gebruik van sociale steun door vrienden en familie (<i>utilization</i>)</p> <p>3) De kwaliteit van de gekregen sociale steun (<i>quality</i>)</p>	Depressie werd gemeten door een 18 item schaal welke de frequentie (van 1-nooit tot 4-vaak) aanduidt van perioden van huilen, woede aanvallen, scheidings-angst, verlies van appetit, problemen met slapen, extreme moeheid, geen interesse in seks, gevoelens van hopeloosheid en waardeloosheid, problemen om een beslissing te maken, gevoelens van schuld, zich uitgeput voelen, prikkelbaar voelen, schaamtevol voelen, nerveuz		<i>Social integration, utilization en quality zijn negatief gecorreleerd met depressie.</i>	De vragenlijst voor depressie is geen valide en betrouwbaar instrument, het is niet getoetst.  Geen controle-groep.

				voelen, bang zijn en gedachten aan suicide hebben.			
--	--	--	--	---	--	--	--



Appendix 2:

Afgenomen vragenlijst

---



Universiteit Utrecht

# Levensbeschouwingen, stressvolle gebeurtenissen en welbevinden

Dit Masteronderzoek van de Universiteit Utrecht wordt uitgevoerd door:

*Hugo Elsmann en Eva Schweer*

Als u vragen of opmerkingen heeft kunt u graag mailen naar:

e.schweer@students.uu.nl en h.p.j.elsman1@students.uu.nl

Dit onderzoek wordt begeleid door:

Dr. Margaret S. Stroebe-Harold

**(Bij afwezigheid van de proefleiders kunt u deze vragenlijst in postvakje 148 van Dr. Stroebe-Harold deponeren in het Langeveldgebouw (tweede verdieping) of bellen naar 06 11524967)**

## Instructies

Met deze vragenlijst wordt geprobeerd informatie over verschillende levensbeschouwingen en het welzijn van personen te verzamelen. De interesse gaat uit naar de relatie van deze factoren met stressvolle gebeurtenissen, in het bijzonder het overlijden van een naaste. Ook als u geen dierbaar persoon verloren heeft, of als u niet religieus bent, is uw deelname aan dit onderzoek zeer belangrijk.

Uiteraard mag u op ieder tijdstip stoppen met het invullen van de vragenlijst.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen.

Dit onderzoek wordt anoniem afgenomen en de antwoorden die u invult zullen niet met uw persoon in verband worden gebracht. Uw data worden vertrouwelijk behandeld en zullen niet aan derden worden doorgegeven.

Beantwoord u alstublieft alle vragen volgens de instructies. Bij bepaalde vragen is er een alternatieve antwoordmogelijkheid rechts naast de vraag gegeven. Maakt u hier gebruik van als u meent dat de andere antwoordopties niet op u van toepassing zijn. Als u niet helemaal zeker bent hoe u moet antwoorden, geeft u dan het antwoord waarvan u denkt dat het het dichtst bij u persoonlijk ligt. Kruist u alstublieft bij ieder vraag (tenzij anders vermeld) slechts één antwoordmogelijkheid aan.

Alvast hartelijk bedankt voor uw deelname.

**A**

**Persoonsgegevens**

**1. Wat is uw leeftijd?**

\_\_\_\_\_ jaar

**2. Geslacht**

Mannelijk

Vrouwelijk

**3. Burgerlijke staat**

Gehuwd

Ongehuwd

Vaste relatie

Gescheiden

Weduwe/Weduwnaar

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**4. Tot welke geloofsovertuiging rekent u uzelf?**

Protestant

Hinduïstisch

Katholiek

Sikhismisch

Vrij-Evangelisch

Boeddhistisch

Islamitisch

Taoïstisch

- Joods                       Jehova's Getuige
- Agnostisch                 Atheïstisch/niet gelovig (ga verder met **vraag 6**)
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**5. Sinds wanneer heeft u deze geloofsovertuiging?**

- Ik werd religieus opgevoed en heb deze religiositeit behouden toen ik ouder werd.
- Ik ben tijdens de puberteit een religieus persoon geworden
- Ik ben na het overlijden van een dierbare een religieus persoon geworden
- Ik ben na een (andere) stressvolle gebeurtenis (bijv. ziekte, ongeluk) een religieus persoon geworden
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**6. Tot welke ethnische achtergrond rekent u uzelf?**

- Nederlandse                 Turkse
- Marokkaanse                 Surinaamse
- Antilliaanse                 Afrikaanse
- Duitse                         Engelse
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**7. Wat is uw hoogst genoten opleiding?**

- Basisonderwijs       HEAO       MULO       VMBO
- HAVO       VWO       OMBO       HBO
- Gymnasium       Universiteit
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**8. Indien studerend, bij welke faculteit hoort uw opleiding?**

- Niet studerend (ga verder op **bladzijde 5**)
- Faculteit Bètawetenschappen
- Faculteit Diergeneeskunde
- Faculteit Geesteswetenschappen
- Faculteit Geowetenschappen
- Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie
- Faculteit Sociale Wetenschappen
- Faculteit Geneeskunde / Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**9. Welke opleiding(en) volgt u?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**B**

**Stressvolle gebeurtenissen**

**1. Heeft u ooit het overlijden van een dierbare mee moeten maken?**

Ja, van één of meerdere personen (Ga verder met **vraag 2**)

Nee (ga verder op **bladzijde 6**)

**2. Hoe stond u in relatie met de dierbare persoon/personen die is/zijn overleden? (meerdere antwoordopties zijn mogelijk; als u meerdere personen heeft verloren met wie u in gelijke relatie stond, schrijft u alstublieft achter de antwoordoptie dat u heeft aangekruist het aantal van de personen die u heeft verloren)**

**Dit was mijn:**

- |                                  |                                     |                                      |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Vader      | <input type="radio"/> Moeder        | <input type="radio"/> Zoon___        | <input type="radio"/> Dochter___       |
| <input type="radio"/> Zuster___  | <input type="radio"/> Broer___      | <input type="radio"/> Echtgenoot___  | <input type="radio"/> Echtgenote___    |
| <input type="radio"/> Partner___ | <input type="radio"/> Oom___        | <input type="radio"/> Tante___       | <input type="radio"/> Neef___          |
| <input type="radio"/> Nicht___   | <input type="radio"/> Grootvader___ | <input type="radio"/> Grootmoeder___ | <input type="radio"/> Naaste vriend___ |
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**3. Vult u hieronder in, als u aangegeven hebt meerdere dierbaren verloren te hebben, met welke persoon u zichzelf het meest hecht verbonden voelde.**

Mijn: \_\_\_\_\_

Ik heb één persoon verloren

**4. Hoe hecht was uw band met deze ene dierbare persoon (aangegeven bij vraag 2 resp. vraag 3)?**

*Ze*er hecht                                                                *Niet hecht*

**5. De dood van deze persoon was:**

Verwacht                     Onverwacht                     Plotseling                     Geleidelijk

**6. Hoe lang geleden is deze naaste overleden?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Minder dan een week geleden      | <input type="radio"/> Anderhalf tot twee jaar geleden |
| <input type="radio"/> Eén week tot een maand geleden   | <input type="radio"/> Twee tot drie jaar geleden      |
| <input type="radio"/> Eén tot drie maanden geleden     | <input type="radio"/> Drie tot vijf jaar geleden      |
| <input type="radio"/> Drie tot zes maanden geleden     | <input type="radio"/> Vijf tot tien jaar geleden      |
| <input type="radio"/> Zes maanden tot een jaar geleden | <input type="radio"/> Meer dan tien jaar geleden      |
| <input type="radio"/> Een jaar tot anderhalf geleden   |   |



C

Religieuze participatie

1. Hoe vaak woont u de religieuze diensten op de heilige dag van de week bij?

- Elke week
- Ongeveer twee keer per maand
- Ongeveer één keer per maand
- Een paar keer per jaar
- Nooit

2. Hoort u op dit moment bij een kerk (of bijv. tempel, synagoge of moskee)?

- Ja
- Nee

3. Doneert u geld aan een kerk?

- Regelmatig
- Soms
- Nooit

4. Hoe zou u uw gebruik van heilige geschriften (Bijbel, Koran, Thora etc.) omschrijven?

- Ik lees regelmatig heilige geschriften omwille van toewijding.
- Ik lees enigszins onregelmatig heilige geschriften, met als hoofdreden toewijding.
- Ik lees af en toe heilige geschriften, voor de ethische en morele lessen die erin te vinden zijn.
- Ik lees voor literaire of historische doeleinden af en toe heilige geschriften.
- Ik lees heilige geschriften voor verschillende redenen.
- Ik lees eigenlijk zelden tot nooit heilige geschriften.
- Ik lees nooit heilige geschriften.

5. Aan hoeveel religieus gefundeerde organisaties, groepen of activiteiten (zoals een koor, jeugdgroepen, comités, besturen etc.) neemt u deel?

- Eén
- Twee
- Drie
- Vier
- Vijf of meer
- Geen

**D**

**Religieuze verwerking**

De volgende vragen hebben betrekking op het gebruik van geloof bij de verwerking van problemen die men ondervindt in zijn dagelijks leven. Denkt u hierbij zowel aan emotionele als praktische problemen. Als u niet gelovig bent, kruist u dan toch het antwoord aan dat dan het meest op uw situatie van toepassing is.

1. Hoe belangrijk is het voor u om te kunnen bidden als u voor een persoonlijk probleem staat?

Zeer belangrijk                              Helemaal niet  
belangrijk

2. Ik heb het idee dat ik altijd op God kan rekenen.

Helemaal waar                           Helemaal niet waar

3. Als u problemen of moeilijkheden hebt met betrekking tot familie, werk of privé leven, hoe vaak zoekt u dan spirituele ondersteuning?

Altijd                           Nooit

4. Hoe belangrijk zijn over het algemeen uw religieuze of spirituele overtuigingen in uw dagelijks leven?

Zeer belangrijk                           Helemaal niet  
belangrijk



5. Ik ga naar mijn gebedsplaats (bijvoorbeeld: Kerk, Synagoge, Tempel, Moskee) omdat dat me helpt vrienden te maken.

Helemaal waar                                                      Helemaal niet waar       Ik heb geen gebedsplaats

6. Ik ga vooral naar mijn gebedsplaats (bijvoorbeeld: Kerk, Synagoge, temple, Moskee) om tijd met mijn vrienden door te brengen.

Helemaal waar                                                      Helemaal niet waar       Ik heb geen gebedsplaats

## F

### Spiritualiteit

De volgende vragen gaan over spiritualiteit en levensbeschouwing, hoe men het leven een zin geeft, de verbondenheid tussen alles op de wereld en eventuele machten die verder dan de menselijke natuur gaan.

1. Ik heb het gevoel dat we op een bepaald niveau allemaal met elkaar verbonden zijn.

Helemaal waar                                                      Helemaal niet waar

2. Al het leven is onderling met elkaar verbonden.

Helemaal waar                                                      Helemaal niet waar

3. Er bestaat een hoger ontwerp van bewustzijn of spiritualiteit dat alle mensen met elkaar verbindt.

Helemaal waar                                                      Helemaal niet waar

4. *Hoewel mensen goede en slechte eigenschappen hebben, geloof ik dat de mensheid als geheel van nature goed is.*

Helemaal waar                                      Helemaal niet waar

5. *Er bestaat een orde in het universum dat het menselijk denken voorbijstreeft.*

Helemaal waar                                      Helemaal niet waar

6. *Ik geloof dat mijn leven op een bepaald niveau innig verbonden is met de gehele mensheid.*

Helemaal waar                                      Helemaal niet waar

7. *Hoewel individuele mensen moeilijk kunnen zijn, voel ik een emotionele band met de hele mensheid.*

Helemaal waar                                      Helemaal niet waar

## G

### Algemene religiositeit

De vragen die nu volgen geven een beeld van hoe religieus u bent. Gekeken wordt hier naar hoe sterk u overtuigd bent van het bestaan van een godheid, in hoeverre dit u beïnvloedt in uw dagelijks leven en in hoe een sterke mate dit het geval is.

1. *Ik vraag God mij te helpen met het maken van belangrijke beslissingen.*

Helemaal waar                                      Helemaal niet waar

2. *Ik heb het idee dat er zonder God geen doel in het leven zou zijn.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

3. *Spirituele ervaringen zijn belangrijk voor mij.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

4. *Mijn geloof in God helpt mij door zware tijden.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

5. *Ik heb het gevoel dat ik altijd op God kan rekenen.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

6. *Ik probeer te leven zoals God wil dat ik leef.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

7. *Ik beschouw mijzelf als een zeer spirituele persoon.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

8. *Mijn geloof in God vormt hoe ik me elke dag voel en wat ik doe.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

9. *Ik help anderen met hun religieuze vragen en worstelingen.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

10. *Ik zie iedere dag bewijs dat God actief is in de wereld.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

11. *Ik zoek mogelijkheden op voor mijzelf om spiritueel te kunnen groeien.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

12. *Ik neem de tijd voor perioden van persoonlijk gebed of meditatie.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

13. *Ik voel mij elke dag door Gods liefde omringd.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

14. *Hoe belangrijk zijn over het algemeen uw religieuze of spirituele geloven in het dagelijks leven?*

Zeer belangrijk                              Niet belangrijk

15. *In hoeverre bent u zich bewust van bepaalde religieuze doelen of plannen die in uw leven richting aangeven?*

Volledig                                      Helemaal niet





23. *Ik voel Gods liefde voor mij, direct of door anderen.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

24. *Ik denk weleens hoe mijn leven deel uitmaakt van een grotere spirituele kracht.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

25. *Ik werk als partners samen met God om door zware tijden heen te komen.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

26. *Ik wend mij tot God voor kracht, steun en richting in tijden van crisis.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

27. *In crises probeer ik de lessen van God te vinden.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

28. *Ik probeer situaties te begrijpen en te bepalen wat ik moet doen, zonder daarvoor op God te vertrouwen.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar

29. *Ik beken mijn zonden en vraag om Gods vergiffenis.*

Helemaal waar                              Helemaal niet waar



3. Blijf ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.

4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander.

5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.

6. Voelde ik me gedeprimeerd.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Zelden</b>	<b>Soms of weinig</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Meestal of</b>
<b>of nooit</b>	<b>(1 tot 2 dagen)</b>	<b>(3 tot 4 dagen)</b>	<b>altijd</b>
<b>(Minder dan 1 dag)</b>			<b>(5 tot 7 dagen)</b>

7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.

8. Had ik goede hoop voor de toekomst.

9. Vond ik mijn leven een mislukking.

10. *Voelde ik me bang.*

11. *Sliep ik onrustig.*

12. *Was ik gelukkig.*

13. *Praatte ik minder dan gewoonlijk.*

14. *Voelde ik me eenzaam.*

15. *Waren de mensen onaardig.*

16. *Had ik plezier in het leven.*

17. *Had ik huilbuien.*

18. Was ik treurig.

19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.

20. Kon ik maar niet op gang komen.

I

### Rouw na overlijden

Als u heeft aangegeven met het overlijden van één dierbare te maken te hebben gehad, vult u de volgende vragen dan in met deze overleden dierbare in gedachte. Als u meerdere dierbaren verloren heeft, neem dan de persoon in gedachten waarvan u bij **B3** heeft aangegeven zich het meest hecht verbonden te hebben gevoeld.

**Helemaal waar**

**Grotendeels  
waar**

**Waar  
&**

**Grotendeels  
niet waar**

**Helemaal  
niet waar**

**niet waar**

1. Nadat deze persoon stierf, vond ik het moeilijk om met bepaalde mensen op te schieten.

2. Ik vond het moeilijk om goed te werken nadat deze persoon overleed.

3. *Na de dood van deze persoon, verloor ik de interesse in mijn familie, vrienden en buitenactiviteiten.*

4. *Ik voelde een behoefte dingen te doen die de overledene had willen doen.*

5. *Ik was ongewoon prikkelbaar nadat deze persoon stierf.*

6. *Ik kon de eerste drie maanden nadat deze persoon overleed, mijn normale activiteiten niet volhouden.*

7. *Ik was boos dat de persoon die stierf mij verliet.*

8. *Ik vond het moeilijk om te slapen nadat deze persoon stierf.*

Als u opmerkingen heeft over dit onderzoek, kunt u deze hier plaatsen:

---

---

---

---

---

---

---

Nogmaals zeer vriendelijk bedankt voor uw medewerking.