



Gemeente Den Haag



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Oud worden in Nederland

Engelien Dijkstra

Oud worden in Nederland

Een onderzoek naar de beleving van het ouder worden en de gevoelens van
eenzaamheid, onder allochtone ouderen

Universiteit Twente
Afstudeerscriptie Toegepaste Communicatiewetenschap
In opdracht van GGD Den Haag, afdeling Gezondheidsbevordering

Afstudeercommissie:
Universiteit Twente (1ste begeleider): dr. C.H.C. Drossaert
Universiteit Twente (2de begeleider): dr. C. Bode
GGD Den Haag (1ste begeleider): drs. J.A. Kerssemeijer
GGD Den Haag (2de begeleider): drs. C. Kraetzer

Den Haag, 8 september 2006

Samenvatting

Er bestaan aanwijzingen dat gevoelens van eenzaamheid en depressie onder allochtone ouderen vaker voorkomen dan onder autochtone ouderen. Over de oorzaken hiervan is nog maar weinig bekend. In de literatuur wordt wel een aantal factoren genoemd, die mogelijk van invloed zijn op hoe allochtonen het ouder worden beleven en op hoe zij gevoelens van eenzaamheid en depressie ervaren. Echter, er is nog maar weinig onderzoek gedaan. Om aanknopingspunten te vinden voor een voorlichtingskundige interventie, gericht op het voorkómen van eenzaamheid en depressie bij allochtone ouderen, is in dit onderzoek geprobeerd op onderstaande onderzoeksvragen een antwoord te vinden:

1. Hoe beleven Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden en waar wijken ze daarin af van autochtone ouderen?
2. In hoeverre komt eenzaamheid bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen voor?
3. Welke rol bij de beleving van het ouder worden en bij gevoelens van eenzaamheid spelen onderstaande factoren, bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?
(1) De wens om terug te keren naar het land van herkomst; (2) beheersing Nederlandse taal, (3) contact met familie en vrienden; (4) cultureel bepaalde opvattingen over ouderdom; (5) het hebben van kinderen en intergenerationele steun; (6) religie en de controle van God op de gezondheid en (7) vaardigheden op het gebied van proactieve coping.
4. Welke media vormen een geschikt kanaal om een interventie op te baseren, voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?

Bij 54 ouderen (50-plussers) van Turkse en Hindostaans-Surinaamse afkomst, is mondeling een vragenlijst afgenomen. De vragenlijst bestond voor het grootste deel uit gevalideerde vragenlijsten: SElbstLEben-instrument, de Beleving van het Ouder Worden Schaal, Proactive Competence Inventory, Common European Framework, De Jong-Gierveld Loneliness Scale en God Locus of Health Control.

De resultaten lieten zien dat de Hindostaans-Surinaamse ouderen en een deel van de Turkse ouderen het ouder worden op zowel een positieve als op een negatieve manier ervaren. Het meest negatief vinden zij het “fysieke” aspect, het meest positief het “sociale” aspect. De Hindostaans-Surinaamse ouderen beleven het ouder worden op vrijwel dezelfde manier als autochtone ouderen dat doen. Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse en met autochtone ouderen, ervaren de Turkse ouderen het ouder worden veel meer als negatief. Een groot deel van de Turkse ouderen kon geen enkel positief aspect van het ouder worden bedenken. De Turkse ouderen ervaren meer sociaal en fysiek verlies, en minder voortgezette groei. Eenzaamheid kwam bij de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen niet veel voor. De Turkse ouderen daarentegen voelden zich vaker eenzaam.

Het verwachte contact met familie en vrienden, beheersing van de Nederlandse taal, zich jong voelen en beschikken over proactieve coping vaardigheden, bleken significant samen te hangen met een positievere beleving van het ouder worden en/of met minder gevoelens van eenzaamheid. Bepaalde factoren vormden voor de Turkse ouderen wél een relatie, terwijl die voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geen relatie vormden. Dit geldt ook omgekeerd. Wat hierbij opviel was de rol van het geloof bij de Turkse ouderen: hoe meer zij geloofden dat God controle heeft over de gezondheid, hoe negatiever zij het ouder worden ervaren en ook hoe eenzamer zij zich voelden.

Televisie lijkt het meest geschikte kanaal te zijn om een interventie op te baseren voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Turkse ouderen zijn in hun mediagebruik echter zeer gericht op de Turkse cultuur. Hindostaans-Surinaamse ouderen zijn in hun mediagebruik wel meer op Nederland gericht. Daarom wordt geadviseerd om een *dvd* te ontwerpen, die gebruikt kan worden tijdens bijeenkomsten.

Summary

There are reasons to believe that feelings of loneliness and depression are experienced more frequently by the allochthonous elderly than by the autochthonous elderly. Not much is known about the reason why. In the literature, some factors are mentioned that might influence both how allochthonous people experience aging and how they experience feelings of loneliness and depression. So far, however, little research has been done. In order to find leads for an intervention aimed at preventing loneliness and depression among the allochthonous elderly, this thesis tries to answer the following questions:

1. How do the Turkish and Hindu^a-Surinam elderly experience aging and how does this differ from the way the autochthonous elderly experience aging?
2. To what extent do the Turkish and Hindu-Surinam elderly experience loneliness?
3. How do the following factors influence the Turkish and Hindu-Surinam elderly in experiencing aging and feelings of loneliness?
 - (1) The desire to return to their country of origin; (2) having Dutch language skills; (3) contact with family and friends; (4) conception of age, determined by culture; (5) having children and intergenerational support; (6) religion and Gods' control of health and (7) proactive coping skills
4. What type of media is the most appropriate channel to use for an intervention in order to reach the Turkish and Hindu-Surinam elderly?

Fifty-four people, aged 50 or more and all of Turkish or Hindu-Surinam origin, have been interviewed, using a questionnaire. The largest part of this questionnaire consisted of validated questionnaires: the SElbstLEben-instrument, the 'Beleving van het Ouder Worden Schaal' (BOWS, Experiencing Aging Scale), Proactive Competence Inventory, Common European Framework, De Jong-Gierveld Loneliness Scale and God Locus of Health Control.

The results showed that the Hindu-Surinam and a part of the Turkish elderly, experience aging both in a negative and a positive way. The 'physical' aspect is considered to cause the strongest negative feelings, whereas the 'social' aspect causes the strongest positive feelings. The way the Hindu-Surinam elderly experience aging, corresponds to the way the autochthonous elderly do. The Turkish elderly however differ, and experience aging more negatively. A large part of the Turkish elderly could not think of a single positive aspect of aging. The Turkish elderly experience stronger social and physical loss, and experience less continued growth. Few of the Hindu-Surinam elderly felt lonely, whereas more of the Turkish considered themselves to be lonely.

^a In this case indicating the culture, not the religion.

Expected contact with family and friends, having Dutch language skills, feeling young and having proactive coping skills all turned out to be significantly correlated to experiencing aging in a more positive way and/ or having less feelings of loneliness. Some factors were significant for the Turkish population, whereas they weren't for the Hindu-Surinam population, and vice versa. The factor religion yields a remarkable outcome for the Turkish elderly: the more they believed that God has control over their health, the more they face negative feelings associated with aging and feelings of loneliness.

Television turns out to be the most appropriate channel to use for an intervention in order to reach the Turkish and Hindu-Surinam elderly. The Turkish elderly are rather focused on their own culture, when using media. Hindu-Surinam elderly are more open to the Dutch culture. It is advised to develop a *dvd*, which can be used at meetings.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Summary.....	5
Voorwoord.....	8
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	9
§1.1 Aanleiding.....	10
§1.2 Doelstelling van het onderzoek.....	10
§1.3 Opbouw van deze scriptie.....	11
Hoofdstuk 2 Psychosociale gezondheid van allochtone ouderen.....	12
§2.1 Aantal allochtone ouderen.....	12
§2.2 Gezondheid van allochtone ouderen.....	13
§2.3 De beleving van het ouder worden.....	14
§2.4 Mogelijke voorspellende factoren voor de beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid en depressie.....	15
§2.5 Onderzoeksvragen.....	19
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode.....	21
§3.1 Onderzoeksgroep.....	21
§3.2 Meetinstrument.....	21
§3.3 Onderzoeksprocedure.....	24
§3.4 Analyse.....	25
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten.....	26
§4.1 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep.....	26
§4.2 Mediagebruik.....	27
§4.3 Mogelijke voorspellende factoren voor beleving van het ouder worden & gevoelens van eenzaamheid.....	27
§4.4 Beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid.....	32
§4.5 De relatie de voorspellende factoren met de beleving van het ouder worden & gevoelens van eenzaamheid.....	36
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie.....	40
§5.1 Conclusie.....	40
§5.2 Discussie.....	42
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen.....	45
§6.1 Aanbevelingen voor het ontwerpen van een interventie.....	45
§6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	47
Referenties.....	48
Bijlagen.....	53

Voorwoord

Hij ligt voor u, de scriptie van mijn afstudeeronderzoek! Deze scriptie is mijn afronding van de studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente, te Enschede. De opdracht waaraan ik eind januari bij de GGD Den Haag begon, is langzaamaan bijgesteld. De oorspronkelijke opdracht was: het in kaart brengen van een opzet voor een voorlichtingsfilm over eenzaamheid en depressie, voor allochtone ouderen. Nadat ik de literatuur was ingedoken, bleek al gauw dat eigenlijk niet veel bekend was op het gebied van allochtonen en ouder worden. Ik heb de oorspronkelijke opdracht daarom aangepast, waardoor ik mijn onderzoek meer ben gaan benaderen vanuit de ouderen zelf.

Doordat ik de insteek heb verlegd, leek het erop dat mijn onderzoek meer een psychologieonderzoek werd, in plaats van een communicatieonderzoek. Dit heb ik echter niet op die manier ervaren. Ik kon mijn vergaarde kennis, die ik tijdens in mijn vakkenkeuze van de master gezondheidsvoorlichting, heb opgedaan juist goed gebruiken bij de inbedding van het onderwerp in de theorie. Daarnaast heb ik gemerkt dat afstuderen ook nog een leerproces is. Tijdens de nuttige gesprekken met mijn begeleiders Stans Drossaert en Christina Bode in Enschede, heb ik geleerd hoe ik structuur in mijn verhaal en ook in mijn onderzoek kon aanbrengen. Hiervoor beiden hartelijk bedankt. Hanneke Kerssemeijer en Stans Kraetzer, ik bedank jullie ook. Van jullie heb ik goede feedback gehad op mijn scriptie en onderzoek, maar jullie hebben me ook laten zien hoe de praktijk werkt en hoe ik hiermee het best kan omgaan. Tot slot bedank ik de Wilma de Vries van het Trimbos Instituut, de VETC'ers en de mensen uit 'het veld'. Dankzij hun hulp kon ik verder gaan met mijn onderzoek en kon ik mijn vragenlijsten afnemen.

Afstuderen was voor mij een leuke en leerzame tijd, maar juist ook een spannende periode met veel veranderingen: Den Haag, vroeg op staan, collega's, lange werkdagen, allochtonen, netwerken, vacatures, solliciteren... In mijn eentje was het misschien moeilijker geweest, maar gelukkig stonden veel mensen achter me. Heit en mem blijven mijn stabiele factor, waarvan ik veel steun en liefde heb ervaren; bedankt. Ook mijn (schoon)familie en lieve vriendinnetjes bedankt voor jullie belangstelling en hulp tijdens mijn afstuderen. En natuurlijk mijn allerliefste vriendje, Sieuwert. Jij hebt mijn stress- en gelukkige momenten tijdens deze periode ook zelf ervaren. Ik vond het fijn dat je zo dicht bij me stond, dankjewel.

Den Haag, 8 september 2006

Hoofdstuk 1

Inleiding

De vergrijzing in Nederland neemt de laatste jaren flink toe. Zowel onder de autochtone inwoners, als onder de naar Nederland geëmigreerde inwoners. Binnen de gemeente Den Haag is ongeveer 13,6 procent van de inwoners 65 jaar of ouder. Onder de groep ouderen neemt het aantal allochtonen de laatste jaren steeds meer toe: op 1 januari 2004 was 20 procent van de 55-plussers van allochtone afkomst, in het jaar 2020 zal dit percentage oplopen tot ongeveer 40 procent (Gemeente Den Haag, 2005). De grootste groepen allochtone ouderen worden gevormd door de Surinamers, Turken en Marokkanen (CBS, 2004).

Voor zowel autochtone als voor allochtone ouderen geldt dat bij het ouder worden verschillende veranderingen plaatsvinden op het gebied van de gezondheids- en leefsituatie. Ook verlieservaringen nemen toe bij het ouder worden, deze zijn vaak ingrijpend. Omgaan met deze gebeurtenissen lukt echter niet altijd en hierdoor bestaat de kans op het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en/ of depressie.

Voor ouderen worden in toenemende mate initiatieven ontwikkeld op het gebied van voorlichting over eenzaamheid en depressie, en het voorkomen ervan. Hieraan mogen zowel autochtonen als allochtonen deelnemen. Specifiek voor allochtone ouderen bestaan echter veel minder initiatieven, terwijl toch kan worden aangenomen dat deze groep met problemen te maken heeft: zoals chronische aandoeningen, psychische problemen en fysieke beperkingen (Schellingerhout, 2004). Daar wil de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Den Haag iets aan doen.

Opdrachtgever GGD Den Haag

De GGD Den Haag heeft als functie het bewaken, het beschermen en het bevorderen van de collectieve gezondheid van Den Haag. Daarnaast onderzoekt zij de gezondheidssituatie van de Haagse bevolking en bevordert zij de volksgezondheid door middel van preventie. Dit laatste wordt uitgevoerd door de afdeling Gezondheidsbevordering (GB). Binnen de afdeling GB worden preventieprogramma's ontwikkeld en gecoördineerd op verschillende terreinen, waaronder het terrein ouderen en allochtonen (Gemeente Den Haag, 2006).

Binnen de GGD wordt een groot deel van de voorlichting aan allochtonen verricht in samenwerking met de zogenaamde VETC-ers. VETC staat voor Voorlichting Eigen Taal en Cultuur. Het doel van VETC is allochtonen, die niet voldoende de Nederlandse taal spreken, voor te lichten over gezondheid(szorg). Vaak is deze voorlichting preventief bedoeld en sluit ze aan bij de gebruiken en achterliggende ideeën over ziekte en gezondheid in de eigen cultuur. Behalve bij voorlichtingen worden VETC-ers ook ingezet voor informatiemarkten, gezondheidscampagnes, onderzoeksprojecten en advisering bij voorlichtingsmateriaal (Enting, 2005).

In 1988 is het Haagse steunpunt VETC opgericht. Deze is ondergebracht bij de GGD Den Haag. Taken van dit steunpunt zijn het regelen van vraag en aanbod van VETC, het ondersteunen van voorlichters en het bewaken van de kwaliteit van de voorlichting. Op dit moment werken binnen Den Haag 32 freelance VETC-ers, afkomstig uit acht verschillende landen (Enting, 2005).

§1.1 Aanleiding

Voor ouderen bestaan in Den Haag verschillende voorlichtingscursussen op het gebied van gezond leven en omgaan met gevoelens van eenzaamheid en depressie. Voorbeelden hiervan zijn: de cursus ‘Rijker Leven’ van Parnassia en de cursus ‘Gezond oud worden’ van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Daarnaast bestaat voor autochtone ouderen de voorlichtingsfilm ‘De kunst van het ouder worden’. Deze is gemaakt door Parnassia, GGD Den Haag, welzijnswerk en Thuiszorg Den Haag. In deze film worden eigen mogelijkheden aangedragen voor het omgaan met moeilijke gebeurtenissen die eenzaamheid en depressie kunnen veroorzaken. De GGD Den Haag wil graag een soortgelijke film maken voor allochtone ouderen. Het doel van deze film moet zijn: allochtone ouderen vaardigheden aandragen om pro-actief om te gaan met mogelijke moeilijke gebeurtenissen in de toekomst. Door het toepassen van deze vaardigheden zouden zij kunnen leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid en depressie. Voorbeelden van deze eigen mogelijkheden zijn: het uitdragen van fysieke gezondheid, het gevoel hebben van persoonlijke controle, het bezitten van sociale vaardigheden en het gevoel hebben van persoonlijke integriteit (Blazer, 2002).

Om een goede aansluiting te vinden op de beleavingswereld van allochtone ouderen, is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de problemen die deze ouderen ervaren. Naar aanleiding van verschillende onderzoeken onder allochtone ouderen bestaan redenen om aan te nemen dat allochtone ouderen het ouder worden op een andere manier beleven dan autochtone ouderen. Er is nog bijna geen onderzoek gedaan naar verschillen in ouderdomsbeleving. Wel is systematisch onderzoek onder allochtone ouderen naar gevoelens van eenzaamheid en depressie gedaan. Uit die onderzoeken blijkt dat zij een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van deze gevoelens (Van der Wurf, Beekman, Dijkshoorn, Spijker, Smits, Stek & Verhoeff, 2004). Het bezitten van vaardigheden om pro-actief om te gaan met moeilijke gebeurtenissen in de toekomst (proactive coping: paragraaf 2.4), zou mogelijk een bescherming kunnen bieden tegen deze gevoelens. Uit onderzoek is gebleken dat de proactive coping vaardigheden van autochtone ouderen verhoogd kunnen worden, door middel van een interventie die op proactive coping is gebaseerd (Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing, 2006). Cursussen voor allochtone ouderen lijken gebaseerd te zijn op proactive coping vaardigheden. Maar nog onduidelijk is of allochtone ouderen al vaardigheden hebben op het gebied van proactive coping. Daarom is onderzoek hiernaar noodzakelijk.

§1.2 Doelstelling van het onderzoek

Om gedragsverandering te bereiken, is het niet voldoende om te weten over welke kennis, attitudes en vaardigheden de doelgroep beschikt. Ook dient de inhoud van de communicatie voor de doelgroep te worden vastgesteld, de juiste kanalen en boodschappen gekozen te worden en de informatie moet worden verzonden. De specifieke communicatievariabelen die McGuire (1985) hierbij heeft opgesteld, zijn: bericht, ontvanger, kanaal en bron. In het hier uit te voeren onderzoek, zal de meeste aandacht uitgaan naar het bericht en naar de ontvanger. Daarnaast zal worden nagegaan van welke (media)kanalen allochtone ouderen gebruik maken.

Op basis van bovenstaande, kan de doelstelling van het onderzoek worden geformuleerd. De GGD Den Haag adviseren over:

- de inhoud en de boodschap van de voorlichting aan allochtone ouderen;
- geschikte kanalen die de inhoud en de boodschap zouden kunnen uitdragen.

§1.3 Opbouw van deze scriptie

Allereerst zal in hoofdstuk 2 een beschrijving plaatsvinden van de psychosociale gezondheid van allochtone ouderen in Nederland. In hoofdstuk 3 zal de gehanteerde onderzoeksmethode besproken worden. Vervolgens zal in hoofdstuk 4 worden ingaan op de onderzoeksresultaten. Daarna wordt in hoofdstuk 5 de conclusie en de discussie van het uitgevoerde onderzoek weergegeven. In hoofdstuk 6 zullen tot slot de aanbevelingen aan bod komen ten aanzien van het ontwerpen van een voorlichtingskundige interventie voor allochtone ouderen. Ook zullen in dit hoofdstuk aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan worden.

Hoofdstuk 2

Psychosociale gezondheid van allochtone ouderen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de situatie van allochtone ouderen in Nederland. Hierbij wordt voornamelijk een verkenning gegeven van de literatuur op het gebied van hun psychosociale gezondheid. Eerst wordt in paragraaf 2.1 een beschrijving gegeven van het aantal allochtone ouderen in Nederland, daarna geeft paragraaf 2.2 een beschrijving van wat in de literatuur bekend is op het gebied van hun geestelijke gezondheid. In paragraaf 2.3 wordt weergegeven wat bekend is in de literatuur over de beleving van het ouder worden van allochtonen, en in paragraaf 2.4 wordt ingegaan op wat bekend is over mogelijke factoren die een rol spelen bij de lagere geestelijke gezondheid en bij het voorkomen van eenzaamheid en depressie onder allochtone ouderen. Tot slot worden in paragraaf 2.5 de onderzoeksvragen gepresenteerd.

§2.1 Aantal allochtone ouderen

Op dit moment wonen in Nederland nog niet veel oude allochtonen (van 65 jaar en ouder). Echter, aangenomen kan worden dat dit aantal in de komende jaren snel zal toenemen (Schellingerhout, 2004). In tabel 1 wordt een overzicht weergegeven van het aantal ouderen in Nederland, op 1 januari 2005. Op dat moment woonden in Nederland ruim 4 miljoen 55-plussers. Ruim 500.000 hiervan waren allochtoon. De Surinamers vormden de grootste groep allochtone ouderen. Daarna vormden de Turken de grootste groep allochtone ouderen, gevolgd door de Marokkanen (CBS, 2006).

Tabel 1: Overzicht van aantal allochtone 55-plussers in Nederland op 1 januari 2005

<i>Totaal aantal ouderen in Nederland</i>			4.226.841
	1ste en 2de generatie mannen	1ste en 2de generatie vrouwen	Totaal 1ste en 2de generatie
<i>Totaal aantal allochtone ouderen</i>	253.162	283.265	536.427
<i>Totaal aantal westerse allochtonen</i>	184.468	219.458	403.926
<i>Totaal aantal niet-westerse allochtonen</i>	68.694	63.807	132.501
<i>Suriname</i>	16.277	20.474	36.751
<i>Turkije</i>	15.756	13.429	29.185
<i>Marokko</i>	16.608	8.959	25.567
<i>Nederlandse Antillen & Aruba</i>	4.441	6.015	10.456
<i>(Voormalig) Joegoslavië</i>	4.139	4.414	8.553

Bron: CBS (2006)

Ook in Den Haag wonen nog niet veel echt oude allochtonen. Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal ouderen in deze stad op 1 januari 2005. Op dat moment telde Den Haag ruim 472.087 inwoners (Gemeente Den Haag, 2005). Daarvan waren er 80.000 55 jaar of ouder. Ruim 28.000 van de 55-plussers was van allochtone afkomst. De Surinamers vormden op dat moment de grootste groep allochtone ouderen binnen Den Haag. Daarna volgden de Turken en de Marokkanen (CBS, 2006). Omdat de Surinaamse en Turkse ouderen in Den Haag in de meerderheid zijn, zullen zij in dit onderzoek de doelgroep vormen.

Tabel 2: Overzicht van aantal allochtone 55-plussers in Den Haag op 1 januari 2005

<i>Totaal aantal ouderen in Den Haag</i>	82.168					
	1ste generatie mannen	1ste generatie vrouwen	2de generatie mannen	2de generatie vrouwen	Totaal 1ste generatie	Totaal 2de generatie
<i>Totaal aantal allochtone ouderen</i>	10.030	12.040	2.912	3.468	22.070	6.380
<i>Totaal aantal westerse allochtonen</i>	4.030	6.023	2.795	3.343	10.053	6.138
<i>Totaal aantal niet-westerse allochtonen</i>	6.000	6.017	117	125	12.017	242
<i>Suriname</i>	2.352	3.034	93	46	5.386	139
<i>Turkije</i>	957	810	3	6	1.767	9
<i>Marokko</i>	1.121	607	0	0	1.728	0
<i>Nederlandse Antillen & Aruba</i>	415	498	8	16	913	24

Bron: CBS (2006)

Het aantal allochtone ouderen in Nederland is momenteel dus aan het groeien, met name in de grote steden. Dat betekent meer vergrijzing en daarom meer behoefte aan zorg. Als het gaat om gezondheid, is het van belang om te weten op welke punten allochtone ouderen verschillen van autochtone ouderen. Daarom zal de volgende paragraaf ingaan op de gezondheid van allochtone ouderen.

§2.2 Gezondheid van allochtone ouderen

De fysieke en geestelijke gezondheid van allochtone ouderen is lager dan die van autochtone ouderen.

Uit onderzoek is gebleken dat allochtone ouderen vaker lijden aan chronische ziekten en meer gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen, vergeleken met autochtone ouderen (Van der Wurff, et al., 2004; Schellingerhout, 2004). Binnen de groep allochtonen zijn er ook verschillen: Turkse ouderen lijden vaker aan chronische aandoeningen dan bijvoorbeeld Surinaamse ouderen. De Turkse ouderen ervaren zelf hun fysieke gezondheid ook als slechter, vergeleken met hoe bijvoorbeeld Surinaamse of autochtone ouderen hun fysieke gezondheid ervaren (Van der Wurff et al., 2004; Martens, 1998; Reijneveld, 1998). Onder de Surinaamse ouderen zijn het de Hindostanen die een slechtere (ervaren) gezondheidstoestand hebben, vergeleken met bijvoorbeeld de Creolen (Choenni & Adhin, 2003). Vandaar dat in dit onderzoek de Hindostaans-Surinaamse ouderen worden meegenomen.

Stek, Gussekloo, Van Tilburg en Westendorp (2002) vonden onder autochtone ouderen dat hoe slechter hun ervaren fysieke gezondheid is, hoe slechter ook hun geestelijke gezondheid is. Als wordt aangenomen dat dit ook geldt voor allochtone ouderen, dan zou geconcludeerd kunnen worden dat de geestelijke gezondheid van Turkse ouderen slechter is dan die van Surinaamse en autochtone ouderen. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Schellingerhout, 2004) blijkt inderdaad dat het geestelijk welbevinden van Turkse ouderen het laagst is, vergeleken met overige ouderen in Nederland. Onder andere zouden zij gevoelens van eenzaamheid en depressie ervaren. Hieronder zal daar verder op worden ingegaan.

Gevoelens van eenzaamheid en depressie

Eenzaamheid is een situatie die door iemand wordt ervaren als onplezierig of als een ongeoorloofd gebrek aan sociale relaties (De Jong-Gierveld, 1987; Schmitt & Kurdek, 1985). De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985) onderscheiden twee soorten eenzaamheid: emotionele en sociale. Bij emotionele eenzaamheid is sprake van weinig of geen contacten die vertrouwelijk zijn, waarbij iemand zijn/ haar diepe gevoelens kan delen. Bij sociale eenzaamheid mist iemand de aanwezigheid van mensen in de omgeving. Bij autochtone ouderen komt eenzaamheid redelijk veel voor. Uit recent Nederlands onderzoek van Van Baarsen, Snijders, Smit en Van

Duijn (2001) bleek dat 25 procent, van de ruim 4.000 autochtone respondenten (van 73 jaar en ouder), gemiddelde gevoelens van eenzaamheid had. Twee procent van hen gaf aan zich vaak eenzaam te voelen en één procent gaf aan extreme gevoelens van eenzaamheid te ervaren. Over gevoelens van eenzaamheid bij allochtone ouderen is veel minder bekend. Echter, enkele onderzoeken geven aanwijzingen dat eenzaamheid ook bij deze groep veel voorkomt. Zo blijkt de slechte Nederlandse taalvaardigheid van allochtone ouderen een rol te spelen bij het raken in een isolement, waardoor zij zijn aangewezen op de hulp van hun kinderen (Schellingerhout, 2004). Daarnaast kwam uit het afstudeeronderzoek van Clappers en Woortmeijer (2004) naar voren dat de ondervraagde Turkse ouderen vinden dat hun sociale netwerk te beperkt is. Daardoor zouden zij wellicht gevoelens van eenzaamheid ervaren. Nog minder is bekend over eenzaamheidsgevoelens van Hindostaans-Surinaamse ouderen.

Depressie is een geestelijke gezondheidsskwaal, die samenhangt met een verlies aan interesse of plezier, schuldgevoelens of een sterk verminderd gevoel van eigenwaarde, een verstoord slaapritme, weinig energie en een laag concentratievermogen. Gevoelens van depressie kunnen een op zichzelf staande factor zijn, maar ze kunnen ook veroorzaakt worden door bijvoorbeeld eenzaamheidsgevoelens (WHO, 2006; Killeen, 1998). Net als gevoelens van eenzaamheid, komen ook gevoelens van depressie redelijk veel voor bij autochtone ouderen. Uit het Nederlandse onderzoek van Stek, Gussekloo, Beekman, Van Tilburg en Westendorp (2004) bleek dat 15,4 procent van de in totaal 500 autochtone respondenten, symptomen van depressie ondervond. Het ging in dit onderzoek echter wel om écht oude autochtonen (van 85 jaar en ouder). Vergeleken met bestaand onderzoek op het gebied van eenzaamheid onder allochtone ouderen, is op het gebied van depressieve gevoelens wat meer onderzoek bekend. Van der Wurf et al. (2004) hebben onder 330 Turkse, 299 Marokkaanse en 304 autochtone ouderen interviews gehouden, om te onderzoeken in hoeverre zij symptomen van depressie ervaren. Uit de zelfrapportage in dit onderzoek bleek dat het bezitten van depressieve symptomen onder oudere migranten erg hoog is: 61,5 procent van de oudere Turken ondervond symptomen van depressie. Terwijl ‘slechts’ 14,5 procent van de autochtone ouderen symptomen van depressie ondervond. Voor Hindostaans-Surinaamse ouderen is dit percentage niet bekend.

Samenvattend kan gezegd worden dat net als autochtone ouderen, ook allochtone ouderen gevoelens van eenzaamheid en depressie ervaren. Het lijkt er zelfs op dat allochtone ouderen deze gevoelens vaker ervaren dan autochtone ouderen dat doen. Mogelijk hangt dit verschil in eenzaamheidsgevoelens samen met een verschil in beleving van het ouder worden, tussen allochtone en autochtone ouderen. De volgende paragraaf zal hierop verder ingaan.

§2.3 De beleving van het ouder worden

In de vorige paragraaf is vooral ingegaan op de gevoelens van eenzaamheid en depressie van allochtone ouderen. Wellicht dat dit samenhangt met een verschil in beleving van het ouder worden, tussen allochtone en autochtone ouderen.

Westerhof (2003) heeft onder autochtone ouderen onderzocht hoe zij hun ouder worden beleven, op positieve en op negatieve aspecten. Uit dit onderzoek blijkt dat autochtone ouderen fysiek verlies als de belangrijkste negatieve dimensie van het ouder worden beschouwen. Daarop volgt sociaal verlies, waarbij het vooral gaat om het verlies van zelfstandigheid en van persoonlijke relaties. Uit dit onderzoek bleek dat autochtone ouderen het ouder worden niet alleen als negatief beleven, maar ook als positief. Vooral de sociale dimensie wordt als positief beschouwt bij het ouder worden. Hierbij gaat het om persoonlijke relaties en het wegvallen van verplichtingen. Ook op het psychische aspect en de voortgezette groei beleven autochtone ouderen positieve aspecten, zoals levenservaring, wijsheid en rust (Westerhof, 2003).

Hierboven is de beleving van het ouder worden van autochtone ouderen beschreven. Over de beleving van het ouder worden bij allochtone ouderen is niet veel systematisch onderzoek bekend. Wel hebben Clappers en Woortmeijer (2004) in hun afstudeeronderzoek interviews uitgevoerd onder Turkse en Marokkaanse ouderen, naar hun beleving van het ouder worden. Hieruit kwam naar voren dat zij het ouder worden vooral op een negatieve manier ervaren, en het ouder worden veel minder als positief zien. Vooral op de domeinen “fysiek” en “psychisch”, ervaren zij het ouder worden als negatief. Deze overwegend negatieve beleving komt volgens Clappers en Woortmeijer (2004) met name voort uit de verschillende verliezen die het ouder worden met zich meebrengt. Toch ervaren Turkse en Marokkaanse ouderen ook écht veel mentale gezondheidsproblemen bij het ouder worden, zo blijkt uit het onderzoek van Smits, De Vries en Beekman (2005). Zij hebben onderzoek gedaan naar de gezondheidsbeleving van Turkse en Marokkaanse ouderen. In totaal hebben zij bij 55 Turkse ouderen en 48 Marokkaanse ouderen semi-gestructureerde interviews afgenomen. Deze interviews richtten zich op de ervaring met het ouder worden en de geestelijke gezondheid, en op de behoefte en het gebruik van verschillende voorzieningen. Dat allochtone ouderen het ouder worden als vrij negatief ervaren, wordt bevestigd door het onderzoek van Meyboom en Van Eekelen (1999). Zij hebben een kwalitatief onderzoek gedaan naar de ouderdomsbeleving van Turkse ouderen. Zij hebben drie groepsdiscussies en negen individuele gesprekken gehouden. In totaal hebben rond de 40 Turkse ouderen deelgenomen. Uit de gesprekken en de discussies kwam naar voren dat de deelgenomen Turkse ouderen lichamelijke klachten ervaren die in verband kunnen worden gebracht met stress en overspannenheid. Ook kwam naar voren dat zij het ouder worden ervaren in termen van *Yipratmak*. Dit Turkse werkwoord betekent verslijten, uitputten, ruïneren, kapot maken, vermurwen en vroeg oud worden.

Geconcludeerd kan worden dat redelijk veel bekend is over de mentale gezondheidsproblemen die allochtone ouderen bij het ouder worden ervaren. Vooral de Turkse en Marokkaanse ouderen lijken te maken te hebben met deze negatievere beleving van het ouder worden. Maar nog niet bekend is of Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden ook op een positieve manier ervaren, en waarin ze verschillen van autochtone ouderen. Ook is niet bekend welke factoren in het leven van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen een rol spelen bij de beleving van het ouder worden en bij gevoelens van eenzaamheid en depressie. In de volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op mogelijke factoren.

§2.4 Mogelijke voorspellende factoren voor de beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid en depressie

Er zijn nog weinig duidelijke oorzaken bekend voor het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie bij allochtone ouderen. Daarentegen is hierover bij Westerse ouderen wel meer bekend.

De volgende aspecten zouden van invloed zijn, op het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie bij Westerse ouderen: veroudering, verandering van woonomgeving, verlies van de partner, subjectieve gezondheid en een slechte financiële situatie (Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999; Mullins, Elston & Gutkowski, 1996). Uit twee verschillende onderzoeken blijkt echter wel dat voor zowel oudere autochtonen als voor oudere Turken geldt dat geslacht, chronische fysieke stoornissen en fysieke beperkingen van invloed zouden kunnen zijn op het ontwikkelen van symptomen van depressie (Van der Wurf et al, 2004; Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter & Ribbe, 2003). Daarnaast is het zo dat een groot deel van de allochtone ouderen laag opgeleid is, een laag inkomen heeft en in een slechte woonsituatie verkeert. Mogelijk dat ook deze aspecten van invloed zijn op het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie (Uniken Venema, Garretsen & Van der Maas, 1995; Schellingerhout, 2004; Dagevos, 2001).

Naast de hier bovengenoemde aspecten, zouden ook andere factoren een belangrijke rol spelen in het leven van allochtone ouderen. Deze zouden mogelijk ook een oorzaak kunnen vormen voor de lagere

geestelijke gezondheid van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Het gaat om de volgende onderwerpen: de wens om wel of niet terug te keren naar het land van herkomst, het beheersen van de Nederlandse taal, het contact met familie en vrienden, cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, kinderen en intergenerationele steun, religie en de controle van God op de gezondheid. Hieronder zal dieper op deze factoren worden ingegaan. Ook zal worden besproken hoe gevoelens van eenzaamheid en depressie mogelijk zouden kunnen worden voorkomen met behulp van proactieve coping vaardigheden.

De wens om wel of niet terug te keren

Aan de hand van 44 interviews hebben Clappers en Woortmeijer (2004) onderzocht hoe Turkse en Marokkaanse ouderen hun ouder worden beleven. De interviewvragen hadden betrekking op de geestelijke en lichamelijke gezondheid. In hun onderzoek gaven vooral de mannen aan dat de wens om terug te keren naar het land van herkomst, mede een oorzaak is van hun psychische problemen. Verder kwam uit dit onderzoek naar voren dat de meeste Turkse ouderen uiteindelijk toch in Nederland zullen blijven wonen, onder andere omdat hun kinderen hier wonen en Nederland goede voorzieningen heeft op het gebied van gezondheidszorg. Pendelen naar het land van herkomst biedt daarom een mooie uitkomst. Deze uitkomst komt overigens ook uit andere onderzoeken naar voren (Schellingerhout, 2004; Van Buren, Hoeksma & Voorham, 2003; Hamid & Smits, 2002). Het lijkt erop dat ook de Hindostaans-Surinaamse ouderen uiteindelijk liever in Nederland blijven wonen, hoewel zij het klimaat van eigen land wel prettiger vinden (Schellingerhout, 2004).

In dit onderzoek wordt verwacht dat hoe sterker de wens is van de Turkse en Hindostaans-Surinaamse om te willen terugkeren naar het land van herkomst, hoe negatiever zij het ouder worden beleven.

De beheersing van de Nederlandse taal

Turkse ouderen beheersen de Nederlandse taal meestal slecht of helemaal niet. Dit heeft geen directe invloed op een slechtere gezondheid, maar het belemmert hen wel in het contact met bijvoorbeeld de huisarts. Ook zorgt de slechte taalvaardigheid voor een lagere sociaal-culturele integratie. Vooral Turkse vrouwen kunnen zich slecht staande houden ten gevolge van het taalprobleem (Uniken Venema, Garretsen & Van der Maas, 1995; Schellingerhout, 2004; Clappers & Woortmeijer, 2004). Bekend is dat de taalvaardigheid van Hindostaans-Surinaamse ouderen beter ontwikkeld is dan die van Turkse ouderen, echter onderling spreken zij ook vaak hun eigen taal (Schellingerhout, 2004).

In dit onderzoek wordt verwacht dat hoe meer Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen van zichzelf vinden dat ze de Nederlandse taal goed beheersen, hoe meer zij het ouder worden als positief zullen ervaren.

Contact met familie en vrienden

Turkse ouderen gaven in het onderzoek van Clappers en Woortmeijer (2004) aan dat zij hun sociale netwerk te beperkt vinden en dat zij vrienden en familie om zich heen missen. Ook bleek uit dit onderzoek dat Turkse vrouwen zich minder gemakkelijk 'geven' in het sociale leven, vergeleken met hun Turkse mannen. Dit bleek ook uit het onderzoek van De Vries en Smits (2005). Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn, dat Turkse vrouwen vaker bang zijn voor angst en roddel. Bij Westerse ouderen is bekend dat ontevredenheid met het sociale netwerk van invloed kan zijn op het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie (Holmén & Furukawa, 2002; Mullins, Elston & Gutkowski, 1996). Niet bekend is of dit ook geldt voor allochtone ouderen. Daarnaast is weinig onderzoek bekend over de rol van een sociaal netwerk bij Hindostaans-Surinaamse ouderen.

In dit onderzoek wordt verwacht dat hoe meer de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen denken contact te hebben met vrienden en familie in de toekomst, hoe meer zij het ouder worden als positief zullen ervaren.

Cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd

Veel allochtone mannen maken geen plannen voor hun oude dag, omdat zij zich vaak oud en ziek voelen. Dit geldt in ieder geval sterk voor de Turkse oudere mannen (Meyboom & Van Eekelen, 1999). Een leeftijd van vijftig jaar is voor Turkse begrippen vaak al een hoge leeftijd. Dit is voor Nederlandse begrippen nog jong (De Vries & Smits, 2003). Niet bekend is hoe dit zich verhoudt tot leeftijdsopvattingen onder Hindostaans-Surinaamse ouderen.

In dit onderzoek wordt verwacht dat hoe meer de Turkse en de Hindostaans-Surinaamse ouderen zich oud voelen, hoe meer zij het ouder worden als negatief ervaren.

Het hebben van kinderen en intergenerationele steun

Turkse ouderen verwachten veel van hun kinderen als het gaat om verzorging, inwonen en visite brengen. Vergeleken met de Turkse ouderen, verwachten Surinaamse ouderen minder van hun kinderen. Autochtone ouderen verwachten nog minder van hun kinderen (Netherlands Kinship Panel Study, 2006).

Veel Turkse mannen zijn boos en teleurgesteld over hun kinderen. Dit blijkt uit het onderzoek van Meyboom en Van Eekelen (1999). Turkse mannen vinden hun kinderen vaak te onafhankelijk. Daarnaast geven zij aan dat ze lijden onder het idee dat hun kinderen niet doen wat zij behoren te doen (Meyboom & Van Eekelen, 1999; Van Buren, Hoeksma & Voorham, 2003). Uit ander onderzoek komt juist ook naar voren dat kinderen bij de Turkse ouderen ook geluk en vreugde met zich meebrengen (Clappers & Woortmeijer, 2004). Surinaamse ouderen hechten ook veel waarde aan de zorg van hun kinderen, zij geven echter vaker aan dat zij niet afhankelijk van hun kinderen willen zijn. Zij leggen zich meer neer bij het feit dat hun kinderen waarschijnlijk geen zorg voor hen zullen dragen (NIGZ, 2001; Van Buren, Hoeksma & Voorham, 2003).

Sociale steun (van kinderen) kan zich richten op vier verschillende types: informationele steun (advies), emotionele steun (liefde en troost), instrumentele steun (helpen met boodschappen halen) en appraisal (waardering) (Cohen & Wills, 1985). Deze soorten steun zouden mogelijk een onderdeel kunnen vormen van de zorg die Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen van hun kinderen willen krijgen.

Verwacht wordt dat hoe meer de Turkse ouderen aangeven dat zij steun van de kinderen krijgen, hoe meer zij het ouder worden als positief ervaren. Daarnaast wordt verwacht dat dit in mindere mate geldt voor Hindostaans-Surinaamse ouderen.

Religie en de controle van God op de gezondheid

Het geloof neemt vormt in het leven van Turkse ouderen een belangrijke plaats. Het biedt hen namelijk een grote steun (Clappers en Woortmeijer, 2004; Achahboun & Kraetzer, 2003). Tegelijkertijd bepaalt religie de manier waarop allochtone ouderen tegen gezondheid aankijken. Veel Islamitische ouderen geloven namelijk dat iemands gezondheidstoestand door God wordt bepaald. Daarbij worden geestelijke gezondheidsproblemen vaak als beproeving gezien, die men zelf moet zien te overwinnen. Veel moslimse ouderen vinden dat God ook degene is die er voor kan zorgen dat men weer beter wordt (De Vries & Smits, 2005). Hindostanen die Hindoe zijn, geloven dat ziekte onlosmakelijk is verbonden met daden in het mensenleven. Zij geloven minder in het feit dat God controle heeft over de gezondheid (NIGZ, 2001).

Onbekend is welke rol religie en de controle van God op de gezondheid spelen bij de beleving van het ouder worden, onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen.

Het voorkomen van gevoelens van eenzaamheid en depressie: proactieve coping

Proactieve coping is een strategie die een persoon kan bezitten en toepassen. Proactieve coping vaardigheden richten zich op het verbeteren van de levenskwaliteit, gericht op de toekomst. Een persoon die deze strategie toepast, neemt tijdig maatregelen voor het geval zich een bepaald probleem voordoet (Greenglass, 2002; Schwarzer & Taubert, 2002). Preventieprogramma's die gebaseerd zijn op proactieve coping, zouden mogelijk gevoelens van eenzaamheid en depressie kunnen voorkomen.

Bode, De Ridder, Kuijer en Bensing (2006) hebben in Nederland onderzocht of een preventieprogramma, gebaseerd op de theorie van proactieve coping, de proactieve coping vaardigheden van de autochtone deelnemers doet verhogen. Uit hun onderzoek bleek daadwerkelijk dat dit preventieprogramma de proactieve coping vaardigheden bij de deelnemers deed verhogen. Daarnaast kwam uit dit onderzoek naar voren dat veel autochtone ouderen reeds een zekere mate van proactieve coping vaardigheden bezitten, waarmee zij zichzelf op een bepaalde manier kunnen beschermen tegen vervelende gebeurtenissen in de toekomst.

Veel van de huidige preventieprogramma's voor zowel autochtone als allochtone ouderen, lijken gebaseerd te zijn op de theorie van proactieve coping (bijvoorbeeld: *Gezond Leven* van het NIGZ; *Succesvol ouder worden* van het Trimbos Instituut; *Rijker Leven* van Parnassia; enzovoort). Ook lijkt het er op dat preventieprogramma's die kunnen worden ingezet ter voorkoming van gevoelens van eenzaamheid en depressie, goed gebaseerd kunnen worden op deze theorie. Weinig onderzoek is echter gedaan naar het effect van deze voorlichtingsprogramma's voor allochtone ouderen. Daarnaast is niet bekend of allochtone ouderen ook vaardigheden op het gebied van proactieve coping aangeleerd kunnen krijgen. Daarom is onderzoek nodig om na te gaan of Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen beschikken over deze vaardigheden.

Samenvattend kan gezegd worden dat in het leven van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen, factoren als de wens om wel of niet terug te keren, beheersing van de Nederlandse taal, contact met familie en vrienden, cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, het hebben van kinderen en intergenerationele steun, en religie en de controle van God op de gezondheid een belangrijke rol spelen. Deze onderwerpen zouden mogelijk een oorzaak kunnen zijn van de lagere geestelijke gezondheid. Gevoelens van eenzaamheid en depressie zouden mogelijk voorkomen kunnen worden door proactieve coping vaardigheden. Echter, om een goede aansluitend gezondheidsprogramma te ontwikkelen, is het ook noodzakelijk om na te gaan via welk kanaal het best voorlichting ontworpen kan worden. Daarom zal hieronder besproken worden wat bekend is over het mediagebruik onder allochtone ouderen.

Mediagebruik: geschikte kanalen

Het kiezen van een geschikt kanaal bij het uitdragen van een boodschap, is een onderdeel van de communicatievariabelen, zoals McGuire (1985) die heeft opgesteld bij de opzet van goede voorlichting. Gezondheidsvoorlichting aan allochtone ouderen zou mogelijk ontworpen kunnen worden via een bepaald kanaal/ medium.

Bakker en Scholten (1999) onderscheiden verschillende soorten media in Nederland: printmedia (kranten en tijdschriften) en audiovisuele media (radio, televisie, bioscoop en internet). Er is niet veel bekend over het mediagebruik van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Wat bekend is, is dat door de komst van de satelliettelevisie veel allochtonen zoals Turken, Marokkanen, Chinezen of Hindostaans-Surinamers zenders uit het land van herkomst konden ontvangen. Toch kijken zij ook veel naar de Nederlandse televisie. Vooral voor de Turken is het televisieaanbod de laatste jaren uitgebreid. Daarnaast is bekend dat allochtone inwoners van Nederland ook naar de radio luisteren. Gemiddeld genomen luisteren Turken minder vaak naar de radio dan Surinamers dat doen. Men luistert naar Nederlandse zenders, maar ook naar die afkomstig uit het land van herkomst. Ook worden door allochtonen in Nederland kranten gelezen. Vooral Turken lezen hun eigen krant. Bij Surinaamse inwoners leest ongeveer de helft de eigen krant (Stichting Omroep Allochtonen, 2001).

Bekend is dus wat het mediagebruik is van jongere allochtone inwoners van Nederland, maar specifiek voor ouderen is niet veel hierover bekend. Om na te gaan via welk kanaal zij het best zouden kunnen worden voorgelicht, is duidelijkheid nodig over het mediagebruik van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen.

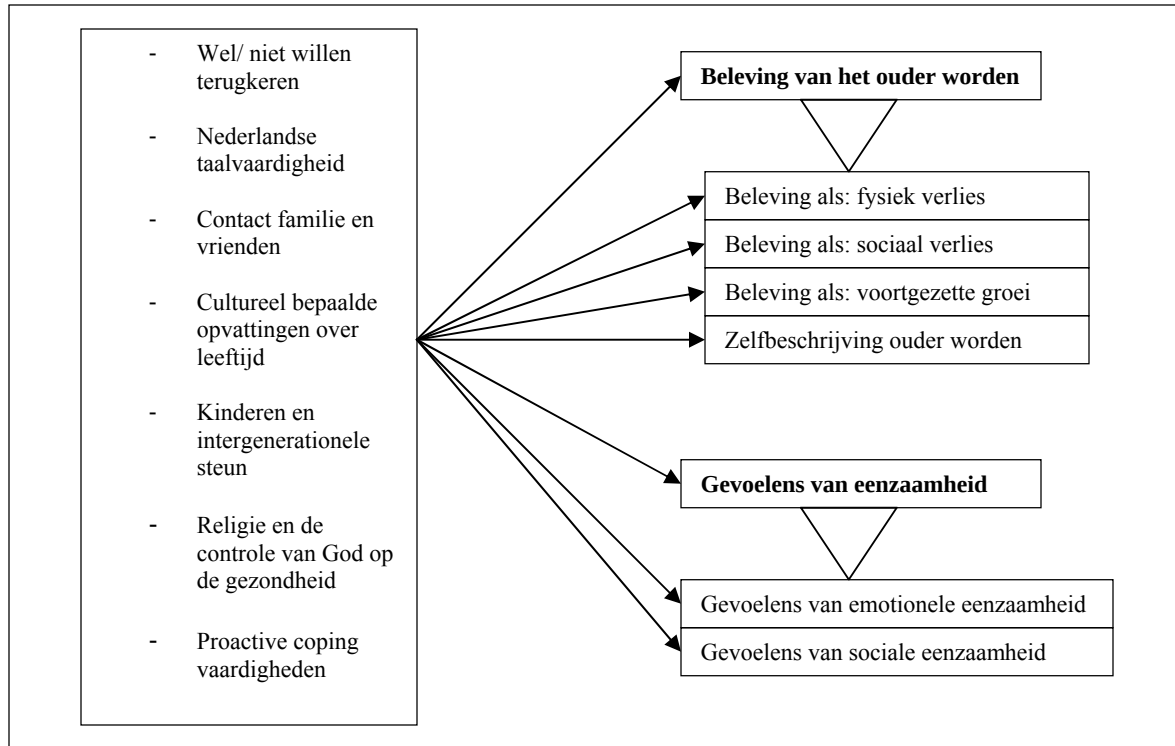
Conclusie hoofdstuk 2

De groep allochtone ouderen in Nederland wordt steeds groter, vooral in de grote steden. Er is echter nog niet veel bekend over wat hun beleving van het ouder worden is. Wel bestaan er aanwijzingen dat allochtone ouderen een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie. Uit een aantal onderzoeken blijkt zelfs dat een groot aantal Turkse ouderen gevoelens van depressie ondervindt. Weinig onderzoek is nog gedaan onder Hindostaans-Surinaamse ouderen, terwijl zij wel een grote groep vormen in Nederland. Wel is er in de literatuur geschreven over factoren die mogelijk (positief of negatief) van invloed zijn op het ontstaan van psychische problemen bij het ouder worden. Dit zijn bijvoorbeeld: de wens om wel of niet terug te keren, het beheersen van de Nederlandse taal, contact met familie en vrienden, cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, het hebben van kinderen en intergenerationele steun, religie en de controle van God op de gezondheid, en proactieve coping vaardigheden. Deze zouden mogelijk kunnen samenhangen met de beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid. De volgende paragraaf zal de onderzoeksvraag presenteren, die bij dit onderzoek gehanteerd zal worden.

§2.5 Onderzoeksvragen

De lichamelijke en geestelijke gezondheid van allochtone ouderen laat te wensen over. Bovendien neemt het aantal ouderen onder de allochtone bevolkingsgroep in Nederland toe en lijkt het er op dat zij een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van gevoelens van eenzaamheid en depressie. Om de gezondheid van de allochtone ouderen zo goed mogelijk te bevorderen en ziekte te voorkomen, is preventie voor deze groep noodzakelijk. Om preventie goed te laten aansluiten is het van belang om te weten hoe zij hun ouder worden beleven, of zij zich eenzaam voelen en welke factoren van invloed zijn op de beleving van het ouder worden en op de eenzaamheidsgevoelens. Uit de literatuur komen zeven factoren naar voren, die mogelijk van invloed zijn op de beleving van het ouder worden en op de gevoelens van eenzaamheid: de wens om wel of niet terug te keren, de beheersing van de Nederlandse taal, het contact met familie en vrienden, cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, het hebben van kinderen en intergenerationele steun, religie en de controle van God

op de gezondheid, en het bezitten van vaardigheden op het gebied van proactieve coping. Figuur 1 geeft schematisch de variabelen weer, die een rol spelen in dit onderzoek.



Figuur 1: schematische weergave van de onderzoeksvariabelen

Op basis van bovenstaande kunnen de volgende onderzoeksvragen geformuleerd worden:

1. Hoe beleven Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden en waar wijken ze daarin af van autochtone ouderen?
2. In hoeverre komt eenzaamheid bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen voor?
3. Welke rol bij de beleving van het ouder worden en bij gevoelens van eenzaamheid spelen onderstaande factoren, bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?
 - (1) De wens om terug te keren naar het land van herkomst; (2) beheersing Nederlandse taal; (3) contact met familie en vrienden; (4) cultureel bepaalde opvattingen over ouderdom; (5) het hebben van kinderen en intergenerationele steun; (6) religie en de controle van God op de gezondheid en (7) vaardigheden op het gebied van proactieve coping.
4. Welke media vormen een geschikt kanaal om een interventie op te baseren, voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?

Het volgende hoofdstuk zal de onderzoeksmethode beschrijven, waarmee is geprobeerd een antwoord te vinden op bovenstaande onderzoeksvragen.

Hoofdstuk 3

Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk zal een beschrijving over de onderzoeksmethode gegeven worden. Allereerst zal in paragraaf 3.1 de onderzoeksgroep beschreven worden, waarna in paragraaf 3.2 verder wordt ingegaan op het gehanteerde meetinstrument. In paragraaf 3.3 wordt de procedure van het onderzoek weergegeven. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 weergegeven hoe de analyse is uitgevoerd.

§3.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond in totaal uit 54 mensen van Turkse en Hindostaans-Surinaamse afkomst. Zij waren allemaal in de leeftijd van 50 jaar of ouder. De respondenten zijn via verschillende routes geselecteerd. De Turkse mannen zijn bij een moskee benaderd, via het netwerk van de mannelijke Turkse Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC). De Turkse vrouwen zijn (door de onderzoeker) via verschillende organisaties benaderd: bij Stichting Yasmin, de Sociaal Culturele Vrouwenvereniging AASRA en de Turkse dagopvang Davet. De Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen zijn via het netwerk van de mannelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er en de vrouwelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er benaderd. De respondenten werden alleen geselecteerd op basis van hun afkomst en leeftijd (Turkse of Hindostaans-Surinaamse en 50 jaar of ouder).

§3.2 Meetinstrument

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een overwegend kwantitatieve vragenlijst, met daarin ook een aantal kwalitatieve vragen. De uiteindelijke versie is te vinden in bijlage 1. Voordat begonnen is met de eigenlijke afname, is een pilot uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de vragenlijst te verbeteren was. Het meetinstrument is in totaal onder vijf mensen uit de doelgroep vooraf getest: bij twee Hindostaans-Surinaamse vrouwen, twee Hindostaans-Surinaamse mannen en bij één Turkse man. De afname van de vragenlijst was ongeveer gelijk aan die van de uiteindelijke afname. Een verschil was, dat in de pilot werd gevraagd of bepaalde stellingen en vragen moeilijk te begrijpen waren. Dit heeft geresulteerd in een aantal wijzigingen van de vragenlijst. Bijlage 2 geeft een overzicht van de bevindingen uit de pretest. Ook staan hier de wijzigingen die zijn doorgevoerd in de vragenlijst. De uiteindelijke vragenlijst bevatte vragen over verschillende aspecten, zoals weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Onderdelen van de vragenlijst

	Aantal items	Min. score	Max. Score ^a	Cronbach's α
Beleving van het ouder worden				
SELE-instrument	2	0	36	.83
BOWS	12	0	12	.79
- Fysiek verlies	4	0	12	.76
- Sociaal verlies	4	0	12	.63
- Voortgezette groei	4			
Eenzaamheid				
Loneliness Scale	6	0	12	.74
--- Emotionele eenzaamheid	3	0	6	.78
--- Sociale eenzaamheid	3	0	6	.74
De wens om wel/ niet terug te keren				
Toen ik hier kwam wonen...	1	0	2	
Momenteel...	1	0	2	
Beheersing Nederlandse taal				
CEF	5	0	20	.96
Rapportcijfer Nl. taalvaardigheid	1	0	10	
Contact met familie/ vrienden				
Contact met familie in toekomst	1	0	4	
Contact met vrienden in toekomst	1	0	4	
Cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd				
Vrouw/man: een beetje oud, oud, heel oud	6			
Ikzelf voel mij...	1	0	6	
Het hebben van kinderen en intergenerationele steun				
Aantal kinderen	1			
Intergenerationele steun	5	0	15	.73
Kinderen wonen in de buurt	1	0	4	
Religie en controle van God op gezondheid				
Religie	1			
Hoe vaak een bezoek aan moskee/ tempel/ kerk	1	0	7	
GLHC	6	0	24	.97
Proactive coping				
PCI	21	0	66	.76
- Realistische doelen stellen	8	0	24	.74
- Gebruik van feedback	5	0	15	.67
- Inschatten van de toekomst	4	0	12	.65
- Raadplegen van bronnen	4	0	12	.24
Mediagebruik				
Tijdschrift, krant, radio, televisie, internet	10			
Demografische gegevens				
Geslacht, leeftijd, land van herkomst, aantal jaar in Nederland, burgerlijke staat, opleiding, werk.	9			

^a Voor alle items van de vragenlijst geldt: een hogere score betekent meer instemming met de schaal

Afhankelijke variabele: de beleving van het ouder worden

De beleving van het ouder worden is gemeten op zowel een kwalitatieve manier als op een kwantitatieve manier. Namelijk, aan de hand van twee kwalitatieve vragen uit het SElbst LEben-instrument (SELE-instrument: Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997) en de kwantitatieve stellingen van de Beleving van het Ouder Worden Schaal (BOWS: Steverink, Bode, Westerhof & Dittmann-Kohli, 1999). Het SELE-instrument bestaat uit 28 zinaanvullingen, waarvan twee specifiek gaan over de beleving van het ouder worden: 'wat me aan het ouder worden niet bevalt...' en 'wat me aan het ouder worden bevalt...'. Dit zijn open vragen, waarbij de respondenten de zinnen zelf aanvullen. De antwoorden werden ingedeeld in zes brede categorieën, waarbij

alleen het eerste antwoord is gescoord: de fysieke, sociale en psychologische dimensie, algemene zinaanvullingen, ontkenning en weet niet (Westerhof, 2003). In dit onderzoek is een zevende categorie toegevoegd, namelijk 'financieel'. De BOWS bestaat uit 12 positief en negatief geformuleerde items die allen beginnen met 'ouder worden betekent voor mij...'. Op basis van voorgeschreven categorieën (een vier-puntsschaal), kan antwoord worden gegeven. De BOWS kan worden ingedeeld in drie betrouwbare subschalen, met in iedere subschaal vier items: fysiek verlies, sociaal verlies en voorgezette groei (Steverink, Bode, Westerhof en Dittmann-Kohli, 1999; Westerhof, 2003). De negatief geformuleerde items van de subschalen fysiek verlies en sociaal verlies, zijn gehercodeerd. Na de hercodering werd een gemiddelde score voor de gehele schaal berekend. Een hogere schaalscore betekende een meer positieve beleving van het ouder worden.

Afhankelijke variabele: gevoelens van eenzaamheid

De mate van eenzaamheid is gemeten met de verkorte De Jong-Gierveld Loneliness. Deze schaal bevat zes items. Op de stellingen kon geantwoord worden met 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Deze Lonelinessscale bestaat uit twee betrouwbare subschalen: sociale eenzaamheidsschaal (drie items) en emotionele eenzaamheidsschaal (drie items) (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985).

Mogelijke voorspellende factoren

Voor de wens om wel of niet terug te keren, zijn stellingen meegenomen die gingen over of men wil(de) terugkeren naar het land van herkomst. Hierbij kon geantwoord worden met 'ja', 'nee' en 'ik zou wel willen, maar...'. De beheersing van de Nederlandse taal is gemeten aan de hand van het Common European Framework (CEF, Raad van Europa, 2005). Hierin worden, op verschillende taalniveaus, vragen gesteld over de vaardigheden luisteren, spreken, schrijven en lezen van betreffende taal. In dit onderzoek zijn de vragen met betrekking tot het laagste niveau meegenomen. Geantwoord kon worden op basis van een vijf-puntsschaal. Wanneer een respondent bij drie of meer stellingen antwoordde met 'mee eens' of 'helemaal mee eens', werd gevraagd een rapportcijfer te geven tussen één en tien: 'ik spreek geen woord Nederlands' (=1) tot en met 'ik spreek Nederlands als Nederlanders' (=10). Wat betreft het contact met familie en vrienden in de toekomst, is gevraagd hoeveel contact met familie men in de toekomst verwacht te hebben (veel te weinig/ weinig/ precies genoeg/ veel/ veel te veel) en hoeveel contact met vrienden men in de toekomst verwacht te hebben. Voor cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, is de vraag gesteld op welke leeftijd men een vrouw én een man 'een beetje oud', 'oud' en 'heel oud' vindt. Ook is gevraagd hoe oud de respondent zichzelf voelt (erg jong/ jong/ beetje jong/ niet jong en niet oud/ beetje oud/ oud/ erg oud). Wat betreft het hebben van kinderen en intergenerationele steun, werd gevraagd of de respondent kinderen heeft. Als de respondent kinderen had, werd gevraagd hoeveel zonen en dochters deze persoon had. Daarnaast kon op een vijf-puntsschaal aangegeven worden of men vond dat de kinderen in de buurt wonen. Vervolgens werd gevraagd waar de kinderen wonen. Om na te gaan of de respondent intergenerationele steun ontvangt, konden respondenten op een vier-puntsschaal aangeven of zij vonden dat de kinderen: 'hen goede adviezen geven', 'helpen met praktische zaken', 'laten merken dat ze van hen houden', 'er zijn als zij troost of medeleven nodig hebben' en 'hen gehoorzamen'. Deze stellingen zijn gebaseerd op verschillende soorten steun: informationele steun, emotionele steun, instrumentele steun en appraisal (Cohen & Wills, 1985). Gevraagd is welke religie men heeft, en hoe vaak men een bezoek brengt aan de moskee, tempel of kerk. De mate waarin men vindt dat God controle heeft over de gezondheid, is gemeten met de God Locus of Health Control schaal (GLHC: Wallston et al., 1999). De stellingen van de GLHC-schaal zijn voor dit onderzoek in het Nederlands vertaald. Geantwoord kan worden op basis van een vijf-puntsschaal. Vaardigheden op het gebied van proactive coping, zijn gemeten aan de hand van de Proactive Competence Inventory (PCI: Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing, 2006). Deze vragenlijst bestaat uit 21 items

die allen gaan over vaardigheden die men nu bezit. Op basis van een vier-puntsschaal kan geantwoord worden. Op basis van de pilot echter, is de antwoordmogelijkheid 'vaardig' vervangen door 'goed'. Daarnaast is een extra antwoordmogelijkheid toegevoegd: 'niet van toepassing'. De PCI bestaat uit drie subschalen: realistische doelen stellen (acht items), gebruik van feedback (vijf items), inschatten van de toekomst (vier items). De vierde subschaal ('raadplegen van bronnen'), bleek hier geen betrouwbare schaal te vormen. Daarom zijn over deze schaal geen verdere uitspraken gedaan. Oorspronkelijk bevat deze gevalideerde vragenlijst overigens 22 items, echter in het onderzoek van Bode, De Ridder, Kuijer en Bensing (2006) bleek uit een factoranalyse één item te laden op twee factoren ('duidelijk formuleren wat ik wil bereiken', afkomstig uit subschaal 'realistische doelen stellen'). Om een goede vergelijking te kunnen maken met de autochtone ouderen, is daarom - bij de analyse - in dit onderzoek dit item ook weggelaten.

Mediavariabelen

De vragen met betrekking tot mediagebruik, gingen over het soort media waarvan de respondenten gebruikmaakten en wat hierbij hun frequentie van gebruik was. De mediasoorten zijn gebaseerd op de indeling van Bakker en Scholten (1999): printmedia (zoals kranten en tijdschriften) en audiovisuele media (zoals radio, televisie en internet).

Demografische variabelen

Om na te gaan hoe de onderzoeksgroep eruit zag, zijn verschillende demografische gegevens meegenomen: geslacht, leeftijd, land van herkomst, aantal jaar wonend in Nederland, burgerlijke staat, opleiding en arbeid.

§3.3 Onderzoeksprocedure

Alle vragenlijsten zijn met behulp van VETC-ers afgenomen, die benaderd zijn via de GGD Den Haag. Vier VETC-ers hebben meegewerkt: een vrouwelijke Turkse VETC-er, mannelijke Turkse VETC-er, vrouwelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er en een mannelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er. Allen zijn zij door de onderzoeker ingelicht en getraind op het afnemen van de vragenlijst. Daarnaast is geoefend in de vorm van een rollenspel, met behulp van de vragenlijst. Ondertussen werd op verschillende manieren de onderzoeksgroep benaderd, zoals beschreven staat in paragraaf 3.1. De onderzoeker was bij iedere afname aanwezig, en stelde de vragen. Indien gewenst, heeft de VETC-er de vragen voor de respondent vertaald. Vervolgens vertaalde de VETC-er het antwoord voor de onderzoeker in het Nederlands.

Het afnameschema zag er als volgt uit. Allereerst werd de respondent welkom geheten. Ook werd verteld dat het zou gaan om een onderzoek, van wat men vindt van ouder worden en van verschillende soorten media. Daarnaast werd uitgelegd dat het ging om een onderzoek voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap. Vervolgens werd verteld dat verschillende vragen aan bod zouden komen en dat de respondent zo eerlijk mogelijk antwoord diende te geven. Ook werd benadrukt dat het onderzoek volledig anoniem zou zijn. Voordat gestart werd met de afname, kreeg de respondent de gelegenheid tot het stellen van vragen. Aan het eind van de afname werd de respondent de mogelijkheid geboden aanvullingen te maken op de vragenlijst, of om vragen te stellen. Nadat de gehele vragenlijst was afgenomen werd de respondent bedankt voor de medewerking, en werd een presentje gegeven.

De afname vond plaats op verschillende locaties in de gemeente Den Haag. De locatie was afhankelijk van de plek waar de respondent geworven was. Het betrof iedere keer een rustige ruimte, waarbij de aanwezigheid van derden zoveel mogelijk uitgesloten werd. De antwoorden werden tijdens de afname door de onderzoeker genoteerd.

§3.4 Analyse

Alle analyses zijn uitgevoerd met het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen één, twee en vier, worden in het volgende hoofdstuk eerst de beschrijvende resultaten weergegeven, waarbij frequentieanalyses zijn uitgevoerd voor het berekenen van gemiddelden en van standaarddeviaties. Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toetsen en Chi-kwadraat toetsen. Waar mogelijk werden de scores op gevalideerde schalen vergeleken met referentiewaarden. Om antwoord te kunnen geven op de derde onderzoeksvraag, werd met correlatie-analyses nagegaan in hoeverre de onafhankelijke variabelen (waaronder Nederlandse taalvaardigheid, religie, proactieve coping enzovoort) samenhangen met de beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid. Ten slotte werden regressie-analyses uitgevoerd voor dezelfde variabelen.

Hoofdstuk 4

Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. In paragraaf 4.1 worden de achtergrondgegevens van de onderzoeksgroep geschetst, in paragraaf 4.2 het mediagebruik. Daarna worden in paragraaf 4.3 de mogelijke voorspellende factoren behandeld. Vervolgens worden in paragraaf 4.4 de beleving van het ouder worden en de gevoelens van eenzaamheid weergegeven. Tot slot zal in paragraaf 4.5 de samenhang tussen deze variabelen worden weergegeven.

§4.1 Achtergrondgegevens onderzoeksgroep

Tabel 4 geeft een overzicht van de respondenten waarbij de vragenlijst is afgenomen.

Tabel 4: Overzicht van aantal respondenten en leeftijd in jaren (N=54)

		Hindostaans-Surinamers		Turken		Totaal		
		M (n=13)	V (n=16)	M (n=12)	V (n=13)	M (n=25)	V (n=29)	T (n=54)
Aantal jaar inwoner van Nederland (jaren)		30	34	33	28	32	32	32
<i>Leeftijd (jaren)</i>	Gemiddelde leeftijd	62	69	60	59	61	64	63
	Minimum leeftijd	55	58	50	51	50	51	50
	Maximum leeftijd	76	79	68	68	79	68	79
<i>Burgerlijke staat (%)</i>	Getrouwd	46	25	100	62	72	41	56
	Niet getrouwd	23	13	0	15	12	14	13
	Gescheiden	15	19	0	8	8	14	11
	Weduwe/ weduwnaar	15	44	0	15	8	31	20
<i>Opleiding (%)</i>	Geen opleiding	0	0	0	62	0	28	15
	Basisschool	8	38	75	23	40	31	35
	Middelbare school	15	31	8	8	12	21	17
	Mbo	46	19	17	8	32	14	22
	Hbo / universiteit	31	13	0	0	16	7	11
	Aantal jaar (<i>in jaren</i>)	15	11	6	8	11	11	11
<i>Werk (%)</i>	Niet gewerkt	0	13	0	39	0	24	13
	(Zware) lichamelijk werk	31	25	83	46	56	35	44
	Administratief	69	19	0	0	36	10	22
	Welzijn/ zorg/ onderwijs	0	31	0	8	0	20	11
	Anders	0	13	17	8	8	10	9
	Aantal jaar (<i>in jaren</i>)	37	27	22	12	30	30	26

In totaal hebben 54 ouderen aan het onderzoek deelgenomen: 29 waren van Hindostaans-Surinaamse afkomst en 25 van Turkse afkomst. Iets meer vrouwen dan mannen deden mee. Mannen waren gemiddeld 61 jaar, de vrouwen 64 jaar. Bijna driekwart van de mannen was op het moment van afname getrouwd, bij de vrouwen was bijna een kwart getrouwd. Alle Hindostaans-Surinaamse en Turkse mannen hebben een opleiding gevolgd, de Hindostaans-Surinaamse mannen vaak een Mbo- of Hbo-opleiding. De Turkse mannen waren vaak laag geschoold, met alleen een basisschoolopleiding. Opvallend weinig Turkse vrouwen hadden een opleiding

gevolgd. Ook de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse vrouwen waren vaak laag geschoold. Alle ondervraagde mannen hebben gewerkt, erg veel Turkse mannen in de zware arbeid. Opvallend is dat een groot deel van de Turkse vrouwen niet heeft gewerkt of juist in de zware lichamelijke arbeid heeft gewerkt. Ook een deel van de Hindostaans-Surinaamse vrouwen heeft nooit gewerkt.

§4.2 Mediagebruik

Ongeveer de helft van de Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen las een paar keer per maand een *tijdschrift*. De mannen lazen vooral Nederlandse opiniebladen, de vrouwen voornamelijk Nederlandse ontspannings- en gezondheidsbladen. Slechts vier Turkse mannen en twee Turkse vrouwen gaven aan wel eens een tijdschrift te lezen, vooral tijdschriften afkomstig uit de eigen cultuur. Bijna alle Hindostaans-Surinaamse mannen en veel Hindostaans-Surinaamse vrouwen gaven aan minstens één keer per week een *krant* te lezen, zowel de gratis Nederlandse dagbladen als de betaalde. Ook bijna alle Turkse mannen en de helft van de Turkse vrouwen lazen minstens één keer per week de krant, maar voornamelijk dagbladen afkomstig uit Turkije. Bijna alle Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen luisterden iedere dag naar de *radio*, vooral naar zenders afkomstig uit de eigen cultuur maar ook wel naar Nederlandse radiozenders. De meeste Turkse mannen en vrouwen luisterden nooit naar de radio. Als zij luisterden, dan luisterden zij het meest naar zenders afkomstig uit Turkije. Alle Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen gaven aan bijna iedere dag *televisie* te kijken, vaak naar Nederlandse zenders met opinieprogramma's en ontspanningsprogramma's. Ook alle Turkse mannen en vrouwen keken bijna iedere dag televisie, echter meestal via de schotel naar zenders van het land van herkomst. Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen gebruikten beide weinig het *internet*. Bijlage 3 geeft een gedetailleerder beeld weer van het mediagebruik.

Samenvattend kan gezegd worden dat er grote verschillen zitten in het mediagebruik van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Turkse ouderen zijn in hun mediagebruik sterk gericht op hun land van herkomst: zij lezen de Turkse krant en kijken naar Turkse televisiezenders. Hindostaans-Surinaamse ouderen zijn in hun mediagebruik juist meer op Nederland gericht, maar luisteren bijvoorbeeld wel veel naar de Haagse Hindostaanse radiozender.

§4.3 Mogelijke voorspellende factoren voor beleving van het ouder worden & gevoelens van eenzaamheid

Deze paragraaf zal de resultaten behandelen met betrekking tot de voorspellende factoren; de wens om wel of niet terug te keren, taalvaardigheid, contact familie/vrienden, cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd, het hebben van kinderen & intergenerationele steun, religie & de controle van God op de gezondheid en proactieve coping.

§4.3.1 De wens om wel of niet terug te keren

In tabel 4 is een overzicht te vinden van het percentage respondenten dat wel of niet wil terugkeren naar het land van herkomst.

Tabel 4: Aantal ouderen dat zou willen terugkeren naar het land van herkomst (N=54)

	Hindostaans-Surinamers (n=29) %	Turken (n=25) %
“Toen ik in Nederland kwam wonen, was ik ooit van plan terug te keren”		
Ja	59%	80%
Ik zou wel willen, maar...	0%	4%
Nee	41%	16%
“Ik ben nog steeds van plan terug te keren”		
Ja	3%	24%
Ik zou wel willen, maar...	21%	16%
Nee	76%	60%

De meeste Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen waren toen zij in Nederland kwamen wonen, van plan terug te keren naar Suriname of Turkije. Op het moment van afname waren de meeste van hen dit echter niet meer van plan. Een aantal zou wel willen, maar vanwege familieomstandigheden gingen zij liever niet terug. Voor de Turkse ouderen waren tussen de mannen en vrouwen geen verschillen in wens van terugkeren gevonden. Ook voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen waren geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Bijlage 4 geeft weer wat de exacte redenen van ouderen waren die wel en niet wilden terugkeren.

§4.3.2 Beheersing Nederlandse taal

Tabel 5 biedt een weergave van in hoeverre de Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen vonden dat zij Nederlands kunnen spreken.

Tabel 5: Gemiddelde scores op het Common European Framework (N=54)

	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n=25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a
CEF (0-4) ^b	3.7 (0.7)	1.6 (1.0)	.00***
	Hindostaans-Surinamers (n=27) (min.-max.) M	Turken (n=10) (min.-max.) M	
Gemiddeld rapportcijfer Nederlandse taalvaardigheid	(5-10) 7.6	(4-10) 5.8	.00***

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b CEF=Common European Framework; Score loopt van 0 (lage Nederlandse taalvaardigheid) tot en met 4 (hoge Nederlandse taalvaardigheid).

De Turkse ouderen vinden van zichzelf, dat zij niet heel goed Nederlands spreken. De Hindostaans-Surinaamse ouderen vinden van zichzelf dat zij wel goed Nederlands kunnen spreken. Zij geven zichzelf dan ook een significant hoger rapportcijfer voor hun Nederlandse taalvaardigheid. Tussen de Turkse mannen en vrouwen

zijn overigens geen verschillen gevonden in taalvaardigheid of rapportcijfer. Ook tussen de Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen zijn geen verschillen gevonden.

§4.3.3 Contact met familie en vrienden

In tabel 6 is een overzicht te vinden van hoeveel contact de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen verwachtten met vrienden en familie in de toekomst.

Tabel 6: Gemiddelde scores contact met familie/ vrienden van Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen

	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n=25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a
Contact met familie in de toekomst (0-4) ^b	1.9 (1.0)	2.1 (0.9)	.63
Contact met vrienden in de toekomst (0-4)	2.0 (0.9)	1.9 (1.0)	.61

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b De score loopt van 0 (veel te weinig contact) tot en met 4 (veel te veel contact)

De ondervraagde Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen verwachtten beide niet heel veel, maar ook niet te weinig contact met familie en vrienden in de toekomst. Dit betekent dat zij precies genoeg contact met vrienden en familie verwachtten.

§4.3.4 Cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd

In tabel 7 is een overzicht te vinden van de opvattingen die de ondervraagde ouderen hadden over leeftijd.

Tabel 7: Overzicht van opvattingen over leeftijd

	Hindostaans-Surinamers (n=19) (min.-max.) M	Turken (n=22) (min.-max.) M	Significantieniveau (p) ^a
Op welke leeftijd is volgens u <i>een vrouw</i> :			
- Een beetje oud?	(40-75) 60	(35-75) 49	.00***
- Oud?	(60-80) 71	(45-80) 64	.01*
- Heel oud?	(70-95) 81	(50-90) 77	.19
Op welke leeftijd is volgens u <i>een man</i> :			
- Een beetje oud?	(50-85) 62	(35-85) 57	.05*
- Oud?	(60-95) 71	(60-90) 71	1.0
- Heel oud?	(60-100) 79	(60-100) 84	.19
	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n= 25) M (SD)	
Ikzelf voel me..... (0-6) ^b	2.9 (1.0)	3.0 (1.3)	.57

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b Scores lopen van 0 (ik voel me erg jong) tot en met 6 (ik voel me erg oud).

Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen, vonden Turkse ouderen dat een vrouw op jongere leeftijd een beetje oud en oud is. Ook vonden de Turkse ouderen dat een man op jongere leeftijd een beetje oud is. Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen voelden zichzelf even oud. Tussen de ondervraagde Turkse mannen en vrouwen is een verschil in opvatting gevonden: de mannen vonden een vrouw én een man eerder oud. Toch voelden de Turkse mannen en vrouwen zichzelf even oud. Tussen de Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen is geen verschil in opvatting gevonden over leeftijd, en zij voelden zichzelf ook ongeveer even oud.

§4.3.5 Het hebben van kinderen en intergenerationele steun

In tabel 8 is een overzicht te vinden van het gemiddelde aantal kinderen per respondent, opvattingen over of de kinderen in de buurt wonen en de soort steun die men verwacht van de kinderen te krijgen.

Tabel 8: Overzicht van gemiddeld aantal kinderen, of kinderen in de buurt wonen en de verkregen steun van kinderen

	Hindostaans-Surinamers (n=28) M	Turken (n=24) M
Kinderen		
Aantal kinderen	4	4
Aantal dochters	2	2
Aantal zonen	2	2
Geen dochters	4	3
Geen zonen	3	3
Geen kinderen	1	1
	Hindostaans-Surinamers (n=28) M (SD)	Turken (n=24) M (SD)
Mijn kinderen wonen in de buurt (0-4) ^a	2.4 (1.3)	2.4 (1.2)
Schaal: steun krijgen van kinderen, als dat nodig is (0-3) ^b	2.2 (0.6)	2.2 (0.6)

^a Scores lopen van 0 (mijn kinderen wonen helemaal niet in de buurt) tot en met 4 (mijn kinderen wonen erg in de buurt).

^b Scores lopen van 0 (ik krijg nooit steun, als het nodig is) tot en met 3 (ik krijg altijd steun, als het nodig is).

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen hadden gemiddeld ongeveer vier kinderen, beide hadden zij ongeveer evenveel zonen en dochters. De meeste vonden dat hun kinderen redelijk in de buurt wonen. In bijlage 6 is een overzicht te vinden waar de kinderen wonen. Daaruit blijkt dat de kinderen van de beide groepen ouderen meestal in Den Haag woonden. Beide verwachtten zij dat de kinderen hun steun zullen geven, als dat nodig is. Wel bleek dat de ondervraagde (Turkse én Hindostaans-Surinaamse) vrouwen significant meer steun verwachtten te krijgen, vergeleken met de mannen.

§4.3.6 Religie en de controle van God op de gezondheid

In tabel 9 is een overzicht te vinden van de religie die de ondervraagde Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen hadden en de controle die God volgens hen op de gezondheid heeft.

Tabel 9: Overzicht van religie en bezoek moskee/ tempel/ kerk (N=54)

	Hindostaans-Surinamers (n=29) %	Turken (n=25) %	
Religie			
Moslim	24%	100%	
Hindo	41%	0%	
Katholiek/ Christen	17%	0%	
Humanist	3%	0%	
Hindo & Moslim	3%	0%	
Evangelische broedergemeenschap	7%	0%	
Anders	3%	0%	
Geen religie	0%	0%	
	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n=25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a
Frequentie van bezoek aan moskee/ tempel/ kerk (0-7) ^b	2.0 (1.7)	4.2 (2.6)	.00**
Schaal God Locus of Health Control (0-24) ^c	9.1 (8.1)	20.0 (4.7)	.00***

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b Score loopt van 0 (nooit bezoeken) tot en met 7 (aantal keer per dag bezoeken).

^c Score loopt van 0 (God heeft geen controle) tot en met 24 (God heeft veel controle over mijn gezondheid).

Tabel 9 laat zien dat nagenoeg alle respondenten zichzelf religieus noemden. De ondervraagde Turken waren allemaal Moslim, bij de Surinamers varieerde de religie sterk. De Turkse ouderen bezochten veel vaker dan de Hindostaans-Surinaamse ouderen de moskee, kerk of tempel. De Turkse mannen bezochten echter significant vaker de moskee dan de Turkse vrouwen. Daarnaast vonden Turkse ouderen dat God zeer veel controle heeft over hun gezondheid. Ook hier 'hangen' de Turkse mannen meer aan religie dan de vrouwen; zij vinden significant meer dat God veel controle over de gezondheid heeft, vergeleken met de ondervraagde Turkse vrouwen. De Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen verschillen niet van elkaar, als het over religie gaat.

§4.3.7 Proactive coping vaardigheden

Tabel 10 geeft weer of de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen proactive coping bezaten.

Tabel 10: Gemiddelde scores op subschalen van PCI voor Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen (N=54)

	Hindostaans-Surinamers (n= 29) M (SD)	Turken (n= 25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a	Autochtonen (n= 158) M (SD)
Gemiddelde scores ^b				
Realistische doelen stellen (1-4)	3.1 (0.4)	2.8 (0.6)	.26	2.8 ^c
Gebruik van feedback (1-4)	2.9 (0.7)	3.0 (0.6)	.47	2.7 ^d
Inschatten van de toekomst (1-4)	2.7 (0.6)	2.7 (0.7)	.52	2.8

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b Een hogere score betekent meer vaardigheid in deze schaal

^c De score van de Hindostaans-Surinaamse ouderen wijkt significant af van de score van de autochtone ouderen

^d De score van de Turkse ouderen wijkt significant af van de score van de autochtone ouderen

Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen hanteren beide ongeveer evenveel vaardigheden op het gebied van proactive coping. Hindostaans-Surinaamse ouderen verschilden van autochtone ouderen op het gebied van “realistische doelen stellen”: Hindostaans-Surinaamse ouderen leken meer vaardigheden op dit gebied te bezitten (Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing, 2006).

De Turkse ouderen verschilden van autochtone ouderen op het gebied van “gebruik van feedback”: de Turkse ouderen leken meer vaardigheden op dit gebied te hanteren dan de autochtone ouderen (Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing, 2006).

§4.4 Beleving van het ouder worden en gevoelens van eenzaamheid

De beleving van het ouder worden is onderzocht aan de hand van de twee kwalitatieve vragen afkomstig uit het SELE-instrument en aan de hand van de 12 kwantitatieve stellingen van de BOWS. In deze paragraaf zal worden besproken hoe Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden beleven.

§4.4.1 Zingeving met betrekking tot het ouder worden

Tabel 11 geeft een samenvatting van de resultaten weer van de twee vragen afkomstig uit het SELE-instrument: ‘wat me aan het ouder worden niet bevalt...’ en ‘wat me aan het ouder worden bevalt...’.

Tabel 11: Overzicht van uitspraken over wat men niet bevalt en wel bevalt aan het ouder worden

	Hindostaans-Surinamers (n=29) %	Turken (n=25) %	Totaal (n=54) %	Autochtonen ^a %
“Wat me aan het ouder worden <u>niet</u> bevalt...” ^b				
Fysiek	66%	52%	59%	56%
Sociaal	10%	12%	11%	17%
Psychologisch	3%	8%	6%	5%
Algemeen	0%	12%	6%	7%
Ontkenning	14%	12%	13%	8%
Weet niet	0%	4%	2%	8%
Financieel	7%	0%	4%	-
“Wat me aan het ouder worden bevalt...” ^c				
Fysiek	7%	0%	4%	2%
Sociaal	41%	52%	46%	49%
Psychologisch	17%	4%	11%	29%
Algemeen	14%	4%	9%	7%
Ontkenning	17%	36%	26%	8%
Weet niet	3%	4%	4%	6%
Financieel	0%	0%	0%	-

^a Resultaten zijn afkomstig van Westerhof (2003).

^b Allochtone ouderen wijken significant af van autochtone ouderen ($\chi^2=375.22$; $p=.00$).

^c Allochtone ouderen wijken significant af van autochtone ouderen ($\chi^2=47.29$; $p=.00$).

Bij de *negatieve zinstam* verwees meer dan de helft van de Hindostaans-Surinaamse ouderen en meer dan de helft van de Turkse ouderen naar het fysieke aspect. Dit lijkt overeen te komen met de bevindingen onder autochtone ouderen, al zijn de allochtone ouderen hierin iets negatiever (Westerhof, 2003). De Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen noemden hierbij algemene aspecten van lichamelijk functioneren, zoals ‘overal pijn in lichaam’. Behalve het fysieke aspect, wist één op de zeven Hindostaans-Surinamers en één op de acht Turken niets negatiefs te noemen aan het ouder worden (‘ontkenning categorie’). Hierbij ging het vooral om uitspraken als ‘er zijn geen dingen die niet bevallen’. Ook de autochtonen noemden deze categorie, maar de allochtonen lijken hierin toch iets positiever te zijn. Ook noemde één op de tien Hindostaans-Surinaamse ouderen en één op de acht Turkse ouderen de ‘sociale categorie’. Het ging hierbij deels om de positie van zichzelf als oudere in de maatschappij (‘bepaalde jongeren hebben geen respect voor ouderen’), maar ook om het verlies van zelfstandigheid (‘afhankelijk worden van anderen’). Ook hier lijken de allochtone ouderen iets minder negatief dan de autochtone. Opvallend is dat één op de acht Turkse ouderen de ‘algemene categorie’ noemde (‘ouder worden bevalt überhaupt niet’), terwijl geen enkele Hindostaans-Surinaamse oudere en minder autochtone ouderen dit noemden. De Turkse ouderen lijken hierin dus negatiever. De gevonden verschillen tussen de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen zijn echter niet significant. De gevonden verschillen

tussen de allochtone ouderen en de autochtone ouderen is echter wél significant. Dit betekent dat allochtone en autochtone ouderen hier van elkaar verschillen in wat hen niet bevalt aan het ouder worden.

Bij de *positieve zinstam* kwam de “fysieke categorie” juist nauwelijks voor. Hier werd de “sociale categorie” (‘met kleinkinderen bezig zijn’ en ‘je krijgt veel tijd’) door bijna de helft van de Hindostaans-Surinaamse en bij meer dan de helft van de Turkse ouderen genoemd. Ook veel autochtone ouderen noemden de “sociale categorie”, aan wat hen bevalt bij het ouder worden (Westerhof, 2003). Wat opvalt is dat één op de drie Turkse ouderen niets kon noemen voor wat hen bevalt aan het ouder worden (de “ontkenning categorie”: ‘liever jong blijven’). De Hindostaans-Surinaamse ouderen noemden deze categorie niet vaak, terwijl de autochtone ouderen hierin juist positiever leken omdat zij deze categorie nog minder vaak noemden. Daarnaast noemde één op de vijf Hindostaans-Surinaamse ouderen, en zeer weinig Turkse ouderen, de “psychologische categorie”. Het ging hierbij om levenservaring, rust en wijsheid. De autochtone ouderen leken de “psychologische categorie” echter veel vaker als positief aan het ouder worden te noemen. De gevonden verschillen tussen de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen bleken niet significant te zijn. De ondervraagde allochtone ouderen verschilden echter wel met autochtone ouderen, voor wat betreft hen bevalt aan het ouder worden. Dit betekent dat allochtone ouderen andere aspecten wel bevallen aan het ouder worden, vergeleken met autochtone ouderen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de ondervraagde Turkse ouderen negatiever lijken te zijn, vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen. Maar, geen significant verschil tussen deze groepen is gevonden. Wel verschillen de ondervraagde allochtone ouderen hierin van de autochtone ouderen. Zo waren de autochtone ouderen positiever op het psychische vlak en wisten de allochtone ouderen vaker niets te noemen aan wat hen wel bevalt aan het ouder worden.

§4.4.2 De beleving van het ouder worden

In tabel 12 staat weergegeven wat de gemiddelden zijn van de subschalen van de BOWS.

Tabel 12: Gemiddelde totaalscores op subschalen van BOWS voor Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen (N=54)

	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n=25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a	Autochtonen ^b M (SD)
Gemiddelde scores ^c				
Fysiek verlies (0-12)	7.3 (3.6)	8.8 (2.4)	.17	6.5 (2.5) ^e
Sociaal verlies (0-12)	2.4 (2.9)	4.9 (3.6)	.01**	2.9 (2.3) ^f
Voortgezette groei (0-12)	7.6 (2.9)	6.2 (2.9)	.06	7.4 (2.3) ^g
Gehele schaal (0-36) ^d	21.9	16.4	.10	22 ^h

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b Resultaten zijn fkomstig van Westerhof (2003)

^c Een hogere score betekent meer instemming met de schaal

^d Een hogere score betekent een positievere beleving van het ouder worden

^e De score van Turkse ouderen is significant hoger dan de score van autochtone ouderen

^f De score van Turkse ouderen is significant hoger dan de score van autochtone ouderen

^g De score van Turkse ouderen is significant lager dan de score van autochtone ouderen

^h De score van Turkse ouderen is significant lager dan de score van autochtone ouderen

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen beleefden het ouder worden in termen van voortgezette groei, fysiek verlies en sociaal verlies. Voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geldt dat de schaalgemiddelden van de subschalen fysiek verlies en sociaal verlies vrij dicht bij elkaar liggen, de subschaal

sociaal verlies ligt duidelijk lager. Dit zou kunnen betekenen dat dit aspect van de beleving van het ouder worden over het algemeen minder sterk werd gevoeld dan de andere twee. Dit geldt in veel mindere mate voor de Turkse ouderen. Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen ervoeren zij dan ook significant meer sociaal verlies bij het ouder worden.

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen leken het ouder worden op vrijwel dezelfde manier te ervaren, als de autochtone ouderen in het onderzoek van Westerhof (2003). Turkse ouderen daarentegen ervoeren hun ouder worden veel meer in termen van fysiek en sociaal verlies en juist minder in termen van voortgezette groei, vergeleken met de autochtone ouderen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de Turkse ouderen het ouder worden als negatiever ervoeren, vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse en autochtone ouderen. De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen leken het ouder worden op ongeveer dezelfde manier te beleven als de autochtone ouderen.

§4.4.3 Gevoelens van eenzaamheid

Tabel 13 geeft weer in hoeverre de ondervraagde Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen zich eenzaam voelden.

Tabel 13: Gemiddelde scores De Jong-Gierveld Loneliness Scale, van Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen

	Hindostaans-Surinamers (n=29) M (SD)	Turken (n=25) M (SD)	Significantieniveau (p) ^a
De Jong-Gierveld Loneliness Scale ^b			
Emotionele eenzaamheid (0-6)	1.3 (2.2)	2.7 (2.2)	.02*
Sociale eenzaamheid (0-6)	1.0 (1.6)	1.5 (1.9)	.40
Totale eenzaamheidsscore (0-12)	2.3 (2.8)	4.2 (3.2)	.02*

^a Verschillen tussen groepen werden getoetst met Mann-Whitney toets, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b Een hogere score betekent meer instemming met de schaal

De ondervraagde Turkse ouderen voelden zich eenzamer dan de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen. Op het gebied van sociale eenzaamheid waren zij niet verschillend; zij misten beide dus niet erg de aanwezigheid van mensen in hun omgeving. Wel ervoeren Turkse ouderen meer emotionele eenzaamheid dan Hindostaans-Surinaamse ouderen. Turkse ouderen misten dus, meer dan de Hindostaans-Surinaamse ouderen, vertrouwelijke contacten waarbij zij hun diepere gevoelens kunnen delen. Tussen Turkse mannen en Turkse vrouwen is geen verschil gevonden wat betreft hun eenzaamheidsgevoelens. Ook tussen de Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen is geen verschil gevonden.

§4.4.4 Samenhang tussen BOWS en De Jong-Gierveld Loneliness Scale

Tabel 14 geeft weer wat de samenhang is tussen de BOWS en de De Jong-Gierveld Loneliness Scale.

Tabel 14: De samenhang tussen de BOWS en de De Jong-Gierveld Loneliness Scale, onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen

	BOWS	BOWS	BOWS	BOWS	Loneliness Scale	Loneliness Scale	Loneliness Scale
	<i>FV</i>	<i>SV</i>	<i>VG</i>	<i>Totaal</i>	<i>EE</i>	<i>SE</i>	<i>Totaal</i>
- BOWS <i>FV</i> ^a	-	.62***	<i>n.s.</i>	-.76***	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
- BOWS <i>SV</i>	.62***	-	-.50***	-.91***	.52***	<i>n.s.</i>	.53***
- BOWS <i>VG</i>	<i>n.s.</i>	-.50***	-	.66***	-.41**	-.32*	-.49***
- BOWS <i>Totaal</i>	-.76***	-.91***	.66***	-	-.48***	<i>n.s.</i>	-.47***
- Loneliness Scale <i>EE</i>	<i>n.s.</i>	.52***	-.41**	-.48***	-	<i>n.s.</i>	.81***
- Loneliness Scale <i>SE</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.32*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-	.71***
- Loneliness Scale <i>Totaal</i>	<i>n.s.</i>	.53***	-.49***	-.47***	.81***	.71***	-

^a De samenhang is berekend met een Spearmans Correlatie-analyse, *p<.05, **p<.01, ***p<.001. *FV*=fysiek verlies; *SV*=sociaal verlies; *VG*=voortgezette groei; *EE*=emotionele eenzaamheid; *SE*=sociale eenzaamheid

Hoe meer de ondervraagde Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden als positief beleefden, hoe minder eenzaam zij zich voelden. Omgekeerd geldt dit ook.

§4.5 De relatie de voorspellende factoren met de beleving van het ouder worden & gevoelens van eenzaamheid

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van in hoeverre de beleving van het ouder worden en de eenzaamheidsgevoelens voorspelt kunnen worden door de verschillende factoren.

§4.5.1 De samenhang tussen voorspellende factoren en de beleving van het ouder worden & de gevoelens van eenzaamheid

In tabel 15 is een overzicht te vinden van de samenhang tussen de voorspellende factoren en de BOWS en de De Jong-Gierveld Loneliness Scale, voor zowel de Turkse ouderen als voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen. In tabel 16 is de samenhang voor beide groepen samen, weergegeven.

Tabel 15: De samenhang tussen de voorspellende factoren en de beleving van het ouder worden & eenzaamheidsgevoelens voor enerzijds de Hindostaans-Surinamers, anderzijds de Turken

	Hindostaans-Surinamers		Turken	
	BOWS	Loneliness Scale	BOWS	Loneliness Scale
	<i>Totaal</i>	<i>Totaal</i>	<i>Totaal</i>	<i>Totaal</i>
Was van plan terug te keren ^a	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Nu van plan terug te keren	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Contact met familie	<i>n.s.</i>	-.58***	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Contact met vrienden	<i>n.s.</i>	-.48**	.49*	.79***
CEF	.41*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Cijfer Nl. taalvaardigheid	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Kinderen wonen in buurt	.44*	<i>n.s.</i>	.60**	<i>n.s.</i>
Intergenerationele steun	<i>n.s.</i>	-.40*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Leeftijd (ikzelf voel me...)	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Bezoek tempel/moskee/ kerk	.40*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
GLHC	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.45**	<i>n.s.</i>
PCI – <i>Totaal</i>	.66***	<i>n.s.</i>	.54**	<i>n.s.</i>

^aDe samenhang is berekend met een Spearmans Correlatie analyse, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

Tabel 16: De samenhang tussen de voorspellende factoren en de beleving van het ouder worden & eenzaamheidsgevoelens, Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen

	BOWS	BOWS	BOWS	BOWS	Loneliness	Loneliness	Loneliness
	<i>FV^a</i>	<i>SV</i>	<i>VG</i>	<i>Totaal</i>	Scale <i>EE</i>	Scale <i>SE</i>	Scale <i>Totaal</i>
Was van plan terug te keren ^b	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Nu van plan terug te keren	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.31*	n.s.	-.29*
Contact met familie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.31*	-.37**	-.44***
Contact met vrienden	n.s.	n.s.	.43***	n.s.	-.50***	-.52***	-.63***
CEF	-.26*	-.52***	.41**	.49***	-.36**	n.s.	-.40**
Cijfer Nl. taalvaardigheid	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kinderen wonen in buurt	-.35**	-.33**	.33*	.41**	n.s.	n.s.	n.s.
Intergenerationele steun	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Leeftijd (ikzelf voel me...)	n.s.	.39**	-.32**	-.38**	n.s.	n.s.	n.s.
Bezoek tempel/moskee/ kerk	.28*	.33**	n.s.	-.40**	.29*	n.s.	n.s.
GLHC	.34**	.48***	-.30*	-.51***	.43*	n.s.	.34**
PCI – Real.doelen stellen	-.31*	-.53***	.58***	.60***	n.s.	n.s.	-.27*
PCI – Gebruik feedback	n.s.	-.39**	.32**	.34**	n.s.	n.s.	n.s.
PCI – Inschatten toekomst	n.s.	-.31*	.54***	.39**	n.s.	n.s.	-.27*
PCI – Totaal	-.30*	-.57***	.63***	.61***	n.s.	n.s.	-.32**

^a*FV*=fysiek verlies; *SV*=sociaal verlies; *VG*=voortgezette groei; *EE*=emotionele eenzaamheid; *SE*=sociale eenzaamheid.

^bDe samenhang is berekend met een Spearmans Correlatie-analyse, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

Bij de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen bleek het verwachte contact met familie en vrienden een samenhang te vormen met gevoelens van eenzaamheid: hoe meer contact zij verwachtten, hoe minder eenzaam zij zich voelden. Ook bleek dit contact te zorgen voor een positievere beleving van het ouder worden. Uit een aparte analyse voor Turkse ouderen, kwam naar voren dat dit laatste vooral geldt voor de Turkse ouderen en niet voor de Hindostaans-Surinaamse.

Een andere samenhang met eenzaamheid werd gevormd met de beheersing van de Nederlandse taal, en ook met het beschikken over proactieve coping vaardigheden. Ook bleken deze twee vaardigheden een samenhang te hebben met een positievere beleving van het ouder worden. Echter, uit een nadere analyse kwam naar voren dat de taalvaardigheid alleen bij de Hindostaans-Surinaamse ouderen van invloed was op hun beleving van het ouder worden, en niet bij de Turkse.

Een opvallende samenhang is die van hoe meer men vond dat God controle over de gezondheid heeft, hoe negatiever de beleving van het ouder is én ook hoe eenzamer men zich voelde. De nadere analyse liet echter wel zien dat dit vooral gold voor de Turkse ouderen en niet voor de Hindostaans-Surinaamse. Verder over religie komt overigens naar voren dat voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geldt dat hoe meer zij de tempel/moskee/kerk bezochten, hoe negatiever zij het ouder worden beleefden. Voor de Turkse ouderen geldt dit echter niet. Wel geldt voor beide groepen ouderen dat hoe ouder zij zich voelden, hoe negatiever zij het ouder worden beleefden.

Het *toen* terugkeren, het rapportcijfer taalvaardigheid en de intergenerationele steun vormden geen samenhang met de beleving van het ouder worden of met eenzaamheidsgevoelens. Maar, wat uit de nadere analyse blijkt, is dat de Hindostaans-Surinaamse ouderen zich wél minder eenzaam voelden als zij meer steun verwachtten van de kinderen. Dit geldt dus niet voor de Turkse ouderen.

Samenvattend kan gezegd worden dat contact met familie en vrienden, kinderen die in de buurt wonen, zich jong voelen en beschikken over proactieve coping vaardigheden significant bleken samen te hangen met een positievere beleving van het ouder worden en/of met minder gevoelens van eenzaamheid. Bepaalde factoren

vormden echter voor de Turkse ouderen wel een relatie, terwijl die voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geen relatie vormden. Dit geldt ook omgekeerd. In de volgende deelparagraaf zal worden nagegaan in hoeverre de voorspellende factoren de beleving van het ouder worden en eenzaamheidsgevoelens verklaren.

§4.5.2 Het verband tussen voorspellende factoren en de beleving van het ouder worden & de gevoelens van eenzaamheid

In de vorige deelparagraaf is de samenhang besproken tussen de voorspellende factoren en de BOWS en de De Jong-Gierveld Loneliness Scale. In deze deelparagraaf zal worden nagegaan in hoeverre de voorspellende factoren de beleving van het ouder worden en de eenzaamheidsgevoelens verklaren, en of er sprake is van een verband. In tabel 17 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 17: Het verband tussen de voorspellende factoren en de beleving van het ouder worden & eenzaamheidsgevoelens

	BOWS <i>FV</i> ^b Beta (β)	BOWS <i>SV</i> ^c Beta (β)	BOWS <i>VG</i> ^d Beta (β)	BOWS <i>Totaal</i> ^e Beta (β)	Loneliness Scale <i>EE</i> ^f Beta (β)	Loneliness Scale <i>SE</i> ^g Beta (β)	Loneliness Scale <i>Totaal</i> ^h Beta (β)
Nu van plan terug te keren ^a	-.06	.12	.03	-.02	-.09	-.03	-.07
Contact met familie	.03	-.30	-.26	.03	-.03	-.24	-.16
Contact met vrienden	.25	.16	.26	-.09	-.46*	-.20	-.41*
CEF	-.13	-.66**	.26	.45*	-.15	-.71**	-.52*
Cijfer Nl. taalvaardigheid	-.09	.23	.15	-.01	-.28	-.07	-.22
Kinderen wonen in buurt	-.49	-.22	.22	.40*	.08	.24	.19
Intergenerationele steun	.17	.15	-.13	-.19	-.31	-.12	-.27
Leeftijd (ikzelf voel me...)	.05	.26	-.15	-.20	-.32	.14	-.12
Bezoek tempel/moskee/ kerk	.34	.05	.11	-.13	.10	-.53**	-.26
GLHC	.02	-.03	.11	.04	.27	-.40	-.08
PCI – <i>Real. doelen stellen</i>	.19	.54	-.12	-.38	1.0*	.44	.90*
PCI – <i>Gebruik feedback</i>	.04	.36	.22	-.10	.05	.72*	.47
PCI – <i>Inschatten toekomst</i>	-.20	.18	.66**	.25	-.20	.03	-.11
PCI - <i>Totaal</i>	-.08	-1.0 ⁱ	-.03	.57	-.90	-.95	-1.0 ^j

^a Het verband is berekend met een lineaire regressie-analyse, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

^b *FV*=fysiek verlies; R=.684, R²=.468, P=.204, F=1.476

^c *SV*=sociaal verlies; R=.849, R²=.721, P=.003, F=3.876

^d *VG*=voorgtezette groei; R=.902, R²=.813, P=.000, F=7.323

^e R=.873, R²=.762, P=.001, F=4.797

^f *EE*=emotionele eenzaamheid; R=.768, R²=.590, P=.054, F=2.162

^g *SE*=sociale eenzaamheid; R=.817, R²=.668, P=.011, F=3.019

^h R=.840, R²=.706, P=.004, F=3.608

ⁱ p=.07

^j p=.08

De voorspellende factoren verklaren voor 76% de variantie van een positieve beleving van het ouder worden. De beleving van het ouder worden van de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen bleek niet een verband te vormen met de proactieve coping vaardigheden. Wel is een verband gevonden tussen het beschikken over de proactieve coping vaardigheid “inschatten van de toekomst”, en het ervaren van meer voortgezette groei. Ook het dichtbij wonen van kinderen en het hebben van een goede Nederlandse taalvaardigheid, staat in verband met een positievere beleving van het ouder worden.

Voor 70% verklaren de voorspellende factoren de variantie van minder eenzaamheidsgevoelens. Ook bij de eenzaamheidsgevoelens de proactieve coping vaardigheden niet een heel sterk verband te vormen (p=.08). Wel is een verband gevonden tussen het verwachtte contact met vrienden en minder eenzaamheidsgevoelens.

Ook voor het beheersen van de Nederlandse taalvaardigheid is een verband gevonden met minder gevoelens van eenzaamheid. Een nadere analyse wees overigens uit, dat weinig verschil in verband gevonden is tussen de Turkse ouderen en de Hindostaans-Surinaamse ouderen.

Samenvattend kan gezegd worden dat niet veel van de factoren een verband vormden voor de beleving van het ouder worden en eenzaamheidsgevoelens. De factoren die wel een verband vormden, waren: het beschikken over een goede Nederlandse taalvaardigheid, kinderen die dichtbij wonen, contact met vrienden en het beschikken over een aantal proactieve coping vaardigheden.

Conclusie hoofdstuk 4

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen verschilden sterk in het mediagebruik: de Turkse ouderen waren in hun gebruik meer op de Turkse media gericht, de Hindostaans-Surinaamse ouderen richtten zich wel meer op de Nederlandse media. Toch waren de meeste Turkse ouderen niet van plan nog terug te keren naar hun land van herkomst, de Hindostaans-Surinaamse overigens ook niet. Veel Turkse ouderen gaven aan de Nederlandse taal niet goed te beheersen, de Hindostaans-Surinaamse beheersten de taal veel beter. Beide groepen ouderen verwachtten in de toekomst precies genoeg contact te hebben met familie en vrienden. Ook voelden beide zich niet heel oud, maar ook niet meer jong en verwachtten zij genoeg steun van de kinderen te krijgen wanneer dat nodig zou zijn. Bij de Turkse ouderen neemt religie een belangrijke plaats in, vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen: alle Turkse ouderen waren Moslim, bezochten vaak de moskee en vonden dat God veel controle over de gezondheid heeft. Wel leek het erop dat de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen ongeveer evenveel proactieve coping vaardigheden hanteerden.

Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse en autochtone ouderen, zijn de Turkse ouderen over het algemeen negatiever in hun beleving van het ouder worden. De Hindostaans-Surinaamse ouderen beleefden het ouder worden vrijwel gelijk als de autochtone ouderen. Eenzaamheid kwam bij de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen niet veel voor. De Turkse ouderen voelden zich vaker eenzaam.

Contact met familie en vrienden, beheersing van de Nederlandse taal, zich jong voelen en beschikken over “proactieve coping”- vaardigheden, bleken significant samen te hangen met een positievere beleving van het ouder worden en/of met minder gevoelens van eenzaamheid. Bepaalde factoren vormden voor de Turkse ouderen wél een relatie, terwijl die voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geen relatie vormden. Dit geldt ook omgekeerd. Wat hierbij opviel was de rol van het geloof, onder de Turkse ouderen: hoe meer zij geloofden dat God controle heeft over de gezondheid, hoe negatiever zij het ouder worden ervoeren en ook hoe eenzamer zij zich voelden. Overigens komt in dit onderzoek ook naar voren dat hoe positiever de beleving van het ouder worden, hoe minder de ervaren eenzaamheidsgevoelens aanwezig zijn. Dit geldt ook omgekeerd.

Het volgende hoofdstuk zal de conclusie en de discussie behandelen die voortkomen uit de hierboven besproken resultaten.

Hoofdstuk 5

Conclusie en discussie

Op basis van bovenstaande resultaten worden in dit hoofdstuk de conclusie- en discussiepunten behandeld. Allereerst worden in paragraaf 5.1 de conclusies weergegeven, op basis van de vooraf opgestelde onderzoeksvragen. Daarna wordt in paragraaf 5.2 verder gegaan met de discussiepunten.

§5.1 Conclusie

1. Hoe beleven Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden en waar wijken ze daarin af van autochtone ouderen?

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse en een deel van de Turkse ouderen, ervoeren het ouder worden beide op een negatieve én op een positieve manier. Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse en autochtone ouderen, ervoeren de Turkse ouderen het ouder worden als negatiever.

Als belangrijkste negatieve aspect aan het ouder worden noemden de Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen het fysieke aspect, zoals de achteruitgang van het lichaam. Als belangrijkste positieve aspect aan het ouder worden noemden de meeste van hen het sociale aspect, waarbij het ging om bijvoorbeeld contacten met kleinkinderen. Toch wist een deel van de Turkse ouderen ook juist niets positiefs aan het ouder worden te noemen.

De Hindostaans-Surinaamse ouderen ervoeren het ouder worden op vrijwel dezelfde manier als autochtone ouderen dat doen. Vergeleken met de autochtone ouderen, ervoeren de Turkse ouderen het ouder worden veel meer als negatief. De Turkse ouderen ervoeren het ouder worden namelijk meer als sociaal en fysiek verlies, en minder als voortgezette groei. Deze negatievere beleving van het ouder worden komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek (Clappers & Woortmeijer, 2004; Smits, De vries & Beekman; 2005; Meyboom & Van Eekelen, 1999), en bevestigt ook de verwachting die voorafgaand aan het onderzoek is vastgesteld. Verwacht werd dat er een verschil in beleving van het ouder worden zou zijn, vergeleken met de autochtone ouderen.

2. In hoeverre komt eenzaamheid bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen voor?

De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen ervoeren niet veel eenzaamheidsgevoelens. Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen, voelden de Turkse ouderen zich significant eenzamer.

De totale eenzaamheid bij de ondervraagde Turkse ouderen is hoger dan die bij de Hindostaans-Surinaamse ouderen is. Vergeleken met de Hindostaans-Surinaamse ouderen, misten de ondervraagde Turkse ouderen meer mensen om zich heen met wie zij hun diepere gevoelens kunnen delen (emotionele eenzaamheid). Op het gebied van sociale eenzaamheid, waren zij beide niet erg eenzaam. Dit betekent dat de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen niet heel veel directe contacten met mensen misten.

3. Welke rol bij de beleving van het ouder worden en bij gevoelens van eenzaamheid spelen onderstaande factoren, bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?

(1) Het wel of niet willen terugkeren naar het land van herkomst

Geen relatie is gevonden tussen het wel of niet willen terugkeren naar het land van herkomst, en de beleving van het ouder worden en/of de eenzaamheidsgevoelens. Dit is in tegenstelling tot wat van te voren verwacht werd. Dat de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen niet meer willen terugkeren, kwam overigens overeen

met eerder uitgevoerd onderzoek (Clappers & Woortmeijer, 2004; Schellingerhout, 2004; Van Buren, Hoeksma & Voorham, 2003).

(2)Beheersing Nederlandse taal

Van te voren werd verwacht dat de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het ouder worden als positiever zouden ervaren, naarmate zij een betere beheersing van de Nederlandse taal hebben. Deze verwachting bleek juist te zijn. Het goed beheersen van de Nederlandse taal bleek een relatie te vormen met een positievere beleving van het ouder worden en minder gevoelens van eenzaamheid.

(3)Het contact met familie en vrienden;

Verwacht werd dat hoe meer contact men denkt te hebben met familie en vrienden, hoe positiever de beleving van het ouder worden is. Voor de ondervraagde ouderen is alleen een relatie gevonden met gevoelens van eenzaamheid: hoe meer contact men verwacht te hebben, hoe minder eenzaam men zich voelde. Voor de beleving van het ouder worden is geen relatie gevonden met het verwachte contact.

(4)Cultureel bepaalde opvattingen over leeftijd;

Van te voren werd verwacht dat hoe ouder men zich zou voelen, hoe negatiever de beleving van het ouder worden is. Deze verwachting is bevestigd: er is een relatie gevonden tussen hoe ouder de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen zich voelen, hoe negatiever de beleving van het ouder worden is. Geen relatie is hierbij gevonden met de gevoelens van eenzaamheid.

(5)Het hebben van kinderen en intergenerationele steun;

(Vooral voor de Turkse ouderen) werd verwacht dat hoe meer steun men van de kinderen zou krijgen, hoe positiever de beleving van het ouder worden is. Voor de intergenerationele steun, is geen relatie gevonden met de beleving van het ouder worden en/of de eenzaamheidsgevoelens. Wel is een relatie gevonden voor het dichtbij wonen van de kinderen, en een positievere beleving van het ouder worden.

(6)Religie en de controle van God op de gezondheid;

Van te voren bleef onbekend welke rol religie en de controle van God op de gezondheid zou spelen, bij de beleving van het ouder worden. Voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen is een opmerkelijk verband gevonden met hoe meer zij een bezoek brengen aan de tempel/moskee/kerk, hoe negatiever de beleving van het ouder worden. Dit geldt niet voor de ondervraagde Turkse ouderen. Wat ook opvallend is, is dat voor de Turkse ouderen een relatie gevonden is in hoe meer zij vinden dat God controle over de gezondheid heeft, hoe negatiever zij het ouder worden beleven en ook hoe eenzamer zij zich voelen. Dit geldt niet voor de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen.

(7)Vaardigheden op het gebied van proactive coping.

Verondersteld werd dat het beschikken over proactive coping vaardigheden voor minder eenzaamheidsgevoelens kon zorgen. Voor zowel de Turkse als voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen is een relatie gevonden tussen het beschikken over proactive coping vaardigheden en een positievere beleving van het ouder worden. Ook lijkt het hebben van deze vaardigheden in relatie te staan tot het ervaren van minder eenzaamheidsgevoelens, bij beide groepen ouderen. Hiervoor is echter geen sterk verklarend verband gevonden. Het lijkt er dus op dat het hebben van proactive coping vaardigheden bijdraagt aan een positieve beleving van het ouder worden en aan minder eenzaamheidsgevoelens. Echter, de verbanden zijn niet heel sterk.

4. Welke media vormen een geschikt kanaal om een interventie op te baseren, voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen?

Televisie vormt het meest geschikte kanaal om een interventie op te baseren voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Beide groepen ouderen bleken namelijk vrij veel televisie te kijken. Maar, de Turkse ouderen zijn in hun mediagebruik sterk op de Turkse cultuur gericht, en keken daardoor veel naar de Turkse televisie. Zij lazen bijna nooit, en luisteren zeer weinig naar de radio. Daarom bleek televisie het meest geschikt te zijn. De Hindostaans-Surinaamse ouderen waren wel meer gericht op de Nederlandse cultuur. Voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen zou radio eventueel nog een geschikt medium vormen om een interventie op te baseren; zij luisterden namelijk vaak naar de (Haagse Hindostaanse) radio.

Samenvattend kan gezegd worden dat het verwachte contact met familie en vrienden, beheersing van de Nederlandse taal, zich jong voelen en beschikken over proactieve coping vaardigheden, significant bleken samen te hangen met een positievere beleving van het ouder worden en/of met minder gevoelens van eenzaamheid. Bepaalde factoren vormden voor de Turkse ouderen wél een relatie, terwijl die voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen geen relatie vormden. Dit geldt ook omgekeerd.

§5.2 Discussie

Bij dit onderzoek kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden op het gebied van de onderzoeksgroep, de tolken, het onderzoek zelf en de relevantie/ generaliseerbaarheid van het onderzoek.

Allochtone ouderen als onderzoeksgroep

Vergeleken met autochtone ouderen, is relatief weinig onderzoek gedaan onder de hier gehanteerde onderzoeksgroep. Een gevolg hiervan is dat zij redelijk onbekend waren met de onderzoeksmethode. Hier en daar zorgde dit voor problemen. Zo hadden enkele respondenten bijvoorbeeld moeite met het antwoord geven. In plaats van het antwoord te noemen aan de hand van een antwoordcategorie, vertelden zij een verhaal. Omdat de onderzoeker daardoor vaak de antwoordmogelijkheden moest voorlezen, ging veel tijd verloren. Hierbij is overigens niet sturend gevraagd.

Naast het moeite hebben met antwoorden, bleken enkele respondenten bescheiden te antwoorden. Dit viel in het bijzonder op bij de Hindostaans-Surinaamse ouderen, omdat zij Nederlands spraken. Zo zeiden zij bijvoorbeeld niet gauw hoe goed zij ergens in waren (zoals bij de stellingen van de PCI). Toch zijn de gemiddelde scores op bijvoorbeeld de PCI bij de ondervraagde allochtone ouderen hoger dan bij de autochtone ouderen. Ook op de stellingen van de De Jong-Gierveld Loneliness Scale is mogelijk hier en daar sociaal wenselijk geantwoord. Een aantal respondenten gaf bijvoorbeeld aan geen mensen om zich heen te missen, echter, wanneer na het onderzoek nog werd nagesproken bleken deze respondenten soms wel degelijk mensen te missen. Bij de Turkse ouderen is echter niet nagegaan of zij bescheiden antwoorden gaven.

Het was niet mogelijk een eenduidige afnameruimte te creëren voor de onderzoeksgroep. Omdat het het voor de respondenten niet mogelijk was om naar een afgesproken plek te komen, diende de onderzoeker de respondenten zelf op te zoeken. De ene keer vond de afname plaats in een moskee, een andere keer was de afname bij iemand thuis en weer een andere keer was de afname in een buurthuis. Wel werd iedere respondent apart genomen, zodat ieder gesprek plaatsvond met drie personen: de respondent, de VETC'er en de onderzoeker.

Werken met VETC-ers als (ongediplomeerde) tolk

In het hier uitgevoerde onderzoek is niet gewerkt met gediplomeerde tolken, maar met VETC-ers. Hoewel zij allen goed de taal spraken van de respondenten, hadden zij niet veel ervaring met tolken. Wel zijn zij voor de afname goed geïnstrueerd en inhoudelijk voorbereid op het onderzoek. Mogelijk zijn hier en daar toch sturende vragen zijn gesteld. Dit viel niet te controleren aangezien de vragen vaak niet in het Nederlands werden gesteld.

Daarnaast zouden de VETC-ers tijdens de afname mogelijk beïnvloed kunnen zijn door hun eigen cultuur. Vooral in de Turkse cultuur, dienen jongere mensen respect te hebben voor mensen die ouder zijn. Dit zou mogelijk geresulteerd kunnen hebben in bijvoorbeeld het niet durven doorvragen. Wat misschien de resultaten ook enigszins beïnvloed heeft, is het feit dat sommige respondenten bekenden waren van de VETC-er(s). Daardoor zou bijvoorbeeld een situatie kunnen zijn ontstaan, waarbij de respondenten niet altijd eerlijk antwoord durfden te geven.

Tot slot zou nog de vraag gesteld kunnen worden in hoeverre de VETC-ers de vragen goed hebben vertaald, met daarbij de juiste interpretatie van de vraag. Dit viel tijdens de afname niet goed te controleren, hoewel wel geprobeerd is dit zoveel mogelijk te voorkomen (onder andere door middel van de voorafgaande training).

Het onderzoek zelf

Het SELE-instrument, de BOWS en de PCI bleken goede en bruikbare instrumenten te vormen, voor de hier gehanteerde onderzoeksgroep. Uit dit onderzoek kwam echter naar voren dat de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen het sociale aspect positief vonden aan het ouder worden. Op de BOWS ontbreken deze positieve sociale aspecten van het ouder worden, die op de positieve zinstam van het SELE-instrument juist de grootste categorie vormden. Omdat uit dit onderzoek (én ook al uit het onderzoek van Westerhof (2003)) bleek dat het sociale aspect als meest positief wordt gezien bij het ouder worden, zou het een goed idee zijn deze op te nemen in de vragenlijst van de BOWS.

Wellicht is de uitgevoerde pilot in dit onderzoek te beperkt geweest. Slechts vijf mensen (waaronder maar één Turkse persoon) namen deel aan deze pilot. Tijdens het eigenlijke onderzoek kwamen toch enkele beperkingen van de vragenlijst naar boven, waaronder het bescheiden antwoord geven. Wanneer een grotere pilot was uitgevoerd, hadden deze beperkingen misschien voorkomen kunnen worden.

Voor dit onderzoek konden alleen de zogenaamde 'happy fews' worden benaderd. Dit zijn de actieve Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Verondersteld kan worden dat de ouderen die minder actief zijn, waarschijnlijk veel minder sociale contacten hebben. Dit zou kunnen betekenen dat er zich Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in Nederland bevinden, die zich nog eenzamer voelen en daardoor een negatievere beleving van het ouder worden ervaren. Uit het onderzoek van Van der Wurff et al. (2004) kwam al naar voren dat vooral de Turkse ouderen een grote risicogroep vormen voor gevoelens van depressie; 61,5 procent van de Turkse ouderen bezat depressieve gevoelens. Hoewel in dit onderzoek alleen de happy fews benaderd konden worden, is toch geprobeerd een zo heterogeen mogelijke onderzoeksgroep te creëren door respondenten bij verschillende organisaties te werven.

Tot slot kan de vraag gesteld worden wat de verklaring is voor een negatievere beleving van het ouder worden wanneer men vindt dat God controle over de gezondheid heeft. Bekend is dat moslimse ouderen (geestelijke) gezondheidsproblemen zien als een beproeving van God (De Vries & Smits, 2005). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat deze beproeving hen zwaar valt, en dat zij als gevolg daarvan het ouder worden negatiever beleven. Tegelijkertijd kan de vraag gesteld worden waarom zij het ouder worden als negatief ervaren, want: God heeft toch controle over de gezondheid? Dit zou hen juist ook een steun kunnen geven, wat

zou kunnen leiden tot een positieve beleving. Maar dit is niet het geval. De verklaring voor de negatievere beleving blijft daarom onbepaald.

Relevantie en generaliseerbaarheid van het onderzoek

Tot nu toe is relatief weinig onderzoek gedaan onder allochtone ouderen. Toch krijgen welzijns- en zorgorganisaties de komende jaren te maken met een toenemend aantal allochtone ouderen. Uit het onderzoek van Achahboun en Kraetzer (2003) bleek al dat de meeste organisaties en instellingen binnen Den Haag slecht zijn voorbereid op de komst van meer oudere allochtonen. Vooral op het gebied van de beleving van het eigen ouder worden, is bij deze mensen nog weinig bekend. Het hier uitgevoerde onderzoek is van belang om deze verschillende organisaties binnen Den Haag, in het bijzonder de GGD, inzicht te bieden in de manier waarop Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen hun ouder worden beleven en hoe zij hiermee omgaan. Ook dient dit onderzoek inzicht te bieden in de verschillende factoren die een belangrijke rol spelen in het leven van Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen, zoals taalvaardigheid en het land van herkomst. Naar aanleiding van dit onderzoek zou de kennis op het gebied van ouder wordende Turken en Hindostaans-Surinamers vergroot kunnen worden, en zouden hulp en voorlichting beter kunnen aansluiten.

De resultaten van dit onderzoek zijn voornamelijk generaliseerbaar naar de *actieve* Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen binnen de gemeente Den Haag. Met ‘actieve ouderen’ worden de ouderen bedoeld die regelmatig hun huis verlaten voor bijvoorbeeld een activiteit in een buurthuis, een dagopvang of een bezoek aan de moskee. Omdat in dit onderzoek niet gebruik is gemaakt van een grote steekproef, kan niet met heel veel zekerheid gezegd worden of de resultaten in bredere vorm generaliseerbaar zijn. Echter, aangenomen mag worden dat de gehanteerde steekproef een goede indicatie geeft voor de ouderen in de Turkse en Hindostaans-Surinaamse gemeenschap. De resultaten van dit onderzoek zouden wellicht ook te generaliseren zijn naar actieve Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen wonend in andere grote steden, en juist moeilijker naar Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen die wonen in dorpen. In de grotere steden leven allochtone ouderen in een grote gemeenschap samen (Schellingerhout, 2004). Deze gemeenschap zou in dorpen en binnen andere provincies een kleinere omvang kunnen hebben, waardoor bijvoorbeeld het sociale leven van deze mensen heel anders is. Waarschijnlijk zullen de resultaten niet goed generaliseerbaar zijn naar de komende generatie allochtone ouderen (de 2de generatie), omdat zij in Nederland zijn geboren en daardoor een heel andere ‘start’ maken.

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek, kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor het ontwerpen van een gezondheidsinterventie voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen (paragraaf 6.1). Ook zullen aanbevelingen worden aangereikt voor mogelijk vervolgonderzoek (paragraaf 6.2).

§6.1 Aanbevelingen voor het ontwerpen van een interventie

Naar aanleiding van de communicatievariabelen die McGuire (1985) heeft opgesteld, zullen de aanbevelingen aangereikt worden. Hierbij gaat het om de communicatievariabelen ontvanger, bericht, kanaal en bron. Het is overigens onmogelijk om voor iedere gevonden bevinding en relatie, een aanbeveling te doen. Zo zijn bepaalde variabelen moeilijk te beïnvloeden met een interventie (bijvoorbeeld ‘het verwachte contact met vrienden en familie’).

✓ *Ontvanger: Turkse ouderen versus Hindostaans-Surinaamse ouderen & mannen versus vrouwen?*

De ontvanger van de interventie kan het best toegespitst worden op de culturele achtergrond: Turkse ouderen (van 50 jaar en ouder) en Hindostaans-Surinaamse ouderen (van 50 jaar en ouder). Het is beter om beide groepen voor de interventie te splitsen, omdat uit dit onderzoek is gebleken dat zij verschillen in de manier waarop zij het ouder worden beleven. Het best zou de interventie ook toegespitst kunnen worden op enerzijds mannen en anderzijds vrouwen, gesplitst per cultuur. Met name voor de Turkse gemeenschap geldt dat voor vrouwen en mannen veel niet-gemengde activiteiten worden georganiseerd. Daardoor zijn zij niet gewend aan gemengd gezelschap. Voor Hindostaans-Surinaamse ouderen ligt dit echter anders. Voor hen worden ook al meer gezamenlijke activiteiten georganiseerd.

✓ *Bericht: een positieve beleving van het ouder worden, op basis van proactieve coping vaardigheden*

Het bericht van de interventie zou zich het best kunnen richten op het aandragen van proactieve coping vaardigheden, zodat de Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen het ouder worden op een positievere manier beleven en minder gevoelens van eenzaamheid ervaren. Hierbij gaat het om de vaardigheden: realistische doelen stellen, gebruik van feedback en het inschatten van de toekomst. Bijlage 7 geeft een beschrijving van deze vaardigheden.

Uit het onderzoek onder autochtone ouderen bleek dat zij meer proactieve coping vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen, als de interventie hierop is gebaseerd (Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing, 2006). Omdat gebleken is dat ook Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen proactieve coping vaardigheden hanteren, zou het aannemelijk zijn dat ook hun vaardigheden vergroot kunnen worden met behulp van een interventie. Daarom zou het goed zijn om de interventie op de proactieve coping vaardigheden te baseren.

Bij de Turkse ouderen speelt echter nog een belangrijke factor een rol bij een positieve beleving van het ouder worden, namelijk de mate waarin men denkt dat God controle heeft over de gezondheid. Door Turkse ouderen te laten inzien dat ‘God in zijn eentje niet kan zorgen voor de gezondheid van de mens, maar hulp nodig heeft’, zouden Turkse ouderen zich meer bewust kunnen worden van dat zij ook zélf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid.

✓ Kanaal: een interventie op basis van een dvd met Entertainment-education

Het meest geschikte kanaal voor de interventie zou televisie zijn, omdat zowel de Turkse als de Hindostaans-Surinaamse ouderen regelmatig televisie kijken. De Turkse ouderen kijken echter wel vaak televisie in de eigen taal. Damoiseaux, Van der Molen en Kok (1998) stellen dat een interventie voor allochtonen rekening dient te houden met de taal, het analfabetisme en het geschikte medium. Ook zeggen zij dat groepsvoorlichting met video als hulpmiddel gunstige resultaten lijkt te boeken. Wellicht zou de interventie aan de Turkse en de Hindostaans-Surinaamse ouderen zich kunnen baseren op een voorlichtingsfilm (dvd), met daarin Entertainment-Education. Entertainment-Education is een communicatievorm, die in staat is mensen te amuseren en tegelijkertijd voor te lichten (Bouman, 1989).

Uit het hier uitgevoerde onderzoek onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen, en ook uit eerder onderzoek van Schellingerhout (2004), bleek dat veel allochtone ouderen behoren tot de lage Sociaal Economische Status – groep (SES). Mensen die tot deze groep behoren hebben weinig of geen connecties met de informatiestromen, bijvoorbeeld op het gebied van gezondheidsvoorlichting. Ook bestaan er voor hen drempels op het fysieke en psychologische vlak, waardoor de informatie hen niet bereikt. Door een combinatie van amusement en voorlichting te gebruiken, kunnen bepaalde gezondheidsproblemen goed onder de aandacht gebracht worden bij deze groep. Deze manier van voorlichten wordt Entertainment-Education genoemd en zou wellicht goed toegepast kunnen worden in een interventie aan Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. De taal dient echter wel overeen te komen met die van de doelgroep (Bouman, 1989). Onderzoek zou dienen uit te wijzen of een zelfde film gemaakt kan worden, voor zowel de Turkse ouderen als voor de Hindostaans-Surinaamse ouderen (waarin bijvoorbeeld geen taal gebruikt wordt).

De video zou gebruikt kunnen worden als een onderdeel van voorlichtingsbijeenkomsten. Echter, uit dit onderzoek is ook gebleken dat veel Hindostaans-Surinaamse ouderen naar de Hindostaanse televisie in Den Haag kijken (Eekta). Wellicht zou de dvd voor hen (ook) via deze zender uitgezonden kunnen worden.

✓ Bron: aardig, aantrekkelijk, geloofwaardig en overeenkomstig

De kans dat een boodschap effectief is, wordt groter naarmate de ontvanger de bron aardig, aantrekkelijk, geloofwaardig en overeenkomstig met zichzelf vindt (O'Keefe, 2002). Wellicht zouden in de (Entertainment-Education) voorlichtings-dvd, karakters een rol kunnen spelen die door de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen worden gezien als aardig, aantrekkelijk, geloofwaardig en overeenkomstig. Wellicht zouden Turkse ouderen andere karakters aantrekkelijk vinden, dan Hindostaans-Surinaamse ouderen. En misschien bestaat hierbij ook een verschil in voorkeur tussen mannen en vrouwen. Dit zou aan de hand van onderzoek uitgewezen dienen te worden.

Waarschijnlijk is het moeilijk om Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen naar bijeenkomsten te laten komen. Daarom wordt aanbevolen: zoek met de interventie de ouderen op! Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld Haagse buurtcentra, koffiehuisen, vadercentra, vrouwencentra, dagopvang, bibliotheken, moskeeën, gezondheidscentra enzovoort.

§6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De volgende punten zijn belangrijk voor verder onderzoek:

- *Dvd; bronnen die aardig, aantrekkelijk, geloofwaardig en overeenkomstig zijn*
Een dvd zou mogelijk een geschikt kanaal zijn om een interventie voor Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen op te baseren. Om een zo effectief mogelijke interventie op te zetten, dient onderzoek gedaan te worden naar welke bronnen als aardig, aantrekkelijk, geloofwaardig en overeenkomstig worden beschouwd door de Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen. Ook dient hierbij gekeken te worden naar verschillen tussen Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen, en ook tussen mannen en vrouwen. Om het effect van de interventie zo goed mogelijk vast te stellen, dient tijdens en na de ontwikkeling van de film formatief en een summatief onderzoek plaats te vinden.
- *Vergelijking met Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in andere Nederlandse grote steden*
Om na te gaan of het hier uitgevoerde onderzoek daadwerkelijk generaliseerbaar is, zou ditzelfde onderzoek uitgevoerd kunnen worden onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen, wonend in andere grote Nederlandse steden. Hierbij zou het echter wel goed zijn om gebruik te maken van een grotere steekproef en van gediplomeerde tolken. Ook dient een pilot afgenomen te worden met voldoende deelnemers. In de pilot dient extra aandacht besteedt te worden aan de PCI, aangezien in het hier uitgevoerde onderzoek één subschaal niet naar voren kwam. Uit de pilot zou naar voren moeten komen, in hoeverre de PCI-stellingen te begrijpen zijn en meten wat ze moeten meten.
Daarnaast zou in dit onderzoek een meting kunnen plaatsvinden voor gevoelens van depressie. Opnieuw dient ook de samenhang tussen de voorspellende factoren en de BOWS en de De Jong-Gierveld Loneliness Scale te worden geverifieerd. Zo kan worden nagegaan of een sterkere relatie naar voren komt, als de steekproef groter is. Ook zou aan de hand van interviews en/of focusgroepen meer inzicht verkregen kunnen worden in bijvoorbeeld de vaardigheden die Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen hanteren bij het ouder worden.
- *Beleving van het ouder worden onder andere allochtone ouderen groeperingen*
Om na te gaan hoe allochtone ouderen van bijvoorbeeld Marokkaanse of Chinese afkomst het ouder worden beleven en hiermee omgaan, zou onder hen ditzelfde onderzoek kunnen worden uitgevoerd. In principe zou de hier gehanteerde methode gebruikt kunnen worden. Echter, de vragenlijst dient getest te worden in een ruimere pilot, met extra aandacht voor de PCI.
- *De rol van religie op de gezondheid*
Omdat in het hier uitgevoerde onderzoek onbepaald blijft wat de exacte verklaring is voor de negatievere beleving van het ouder worden wanneer men denkt dat God veel controle heeft over de gezondheid, zou hiernaar meer onderzoek nuttig kunnen zijn. Gedacht kan worden aan het afnemen van interviews of focusgroepen onder Turkse ouderen.

Referenties

- Achahboun, M., & Kraetzer, S. (2003). *De oude dag van mensen die van ver komen... Een onderzoek naar de situatie van migranten op leeftijd in Bouwlust en Vrederust in het Haagse stadsdeel Escamp*. Den Haag: Gemeente Den Haag, afdeling OCW & Stichting BOOG.
- Baarsen, B., van, Snijders, T.A.B., Smit, J.H. & Duijn, A.J., van (2001). Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61, nr. 1, pp. 119-135.
- Bakker, P., & Scholten, O. (1999). *Communicatiekaart van Nederland. Overzicht van media en communicatie*. Alphen aan den Rijn/ Diegem: Samsom.
- Blazer, D.G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging and Mental Health*, 6, nr. 4, pp. 315-324.
- Bode, C., Ridder, D.T.D., de, Kuijer, R.G. & Bensing, J.M. (2006). *In anticipation of the golden years: effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Bouman, M.P.A. (1989). Gezondheidsvoorlichting en amusement: een strategie voor het bereiken van niet spontane informatiezoekers. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 10, nr. 3, pp. 113-130.
- Buren, L., van, Hoeksma, J. & Voorham, T. (2003). Visies van oudere migranten op de toekomst en de zorg: een onderzoek onder Turkse en Marokkaanse ouderen. *Geron*, 5, nr. 1, pp. 18-22.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2005). *Allochtonen per regio naar herkomstgroepering en geslacht*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search/Search> (8 maart, 2006).
- Centraal Bureau voor Statistiek (2005). *Allochtonen per regio naar herkomstgroepering en geslacht, 1 januari, 2005, 's-Gravenhage*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?lp=Search/Search> (9 mei, 2006).
- Centraal Bureau voor Statistiek (2005). *Begrippenlijst*. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/alfabet/a/default.htm> (8 maart, 2006).
- Centraal Bureau voor Statistiek (2004). *Hindos in Nederland, 1 januari, 2004*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/print/printing.asp?validate=1&TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA=70086ned&D1=17,19-21,24-28&D2=1&HDR=T&STB=G1&LP=table&row=standard&stdp=a4&crow=&ccol=&orn=landscape&cmntP=&cmntT=on&css=> (14 maart, 2006).

- Choenni, C.E.S. & Adhin, K.S. (red.) (2003). *Hindostanen. Van Brits-Indische emigranten via Suriname tot burgers van Nederland*. Den Haag: Communicatiebureau SAMPRESHAN.
- Clappers, A. & Wootmeijer, M. (2004). *Insjallah: de beleving van het ouder worden van Turkse en Marokkaanse ouderen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, nr. 2, pp. 310-357.
- Dagevos, J. (2001). *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Damoiseaux, V., Molen, H.T., van der & Kok, G.J. (1998). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Enting, E. (2005). Voorlichtingen in eigen taal en cultuur (VETC). *Epidemiologisch bulletin. Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*, 40, nr. 1, pp. 26-30.
- Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (2005). *Allochtone ouderen in Den Haag. Enkele demografische kenmerken*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Onderzoek Integrale Vraagstukken.
- Gemeente Den Haag (2006). *De dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn*. www.denhaag.nl (10 maart, 2006).
- Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (2006). *Gezondheidsmonitor 2006*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Greenglass, E.R. (2002). Proactive coping and quality of life management. In: E. Frydenberg (Ed.). *Beyond coping: meeting goals, visions, and challenges* (pp. 37-62). Oxford: University Press.
- Hamid, J. & Smits, A. (2002). *'Tijd dat wij uw klanten worden'*. Utrecht: Multicultureel Instituut Utrecht, Schakels.
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, pp. 261-274.
- Jong-Gierveld, J., de (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, nr.1, pp. 119-128.
- Jong-Gierveld, J., de & Kamphuis, F. (1985). *Manual of the Loneliness Scale*. http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html (26 april, 2006).
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F., Kluitert, H. & Ribbe, M.W. (2003). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, pp. 135-142.

- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28, nr. 4, pp. 762-770.
- Martens, E.P. (1998). *Sociaal-economische positie en voorzieningengebruik van allochtonen en autochtonen, SPVA, '98. Minderheden in beeld*. Amsterdam: Netherlands Institute for Scientific Information Services.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey, & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology (Vol.2)*, (pp.233-346). New York: Random House.
- Meyboom, J.K. & Eekelen, W., van (1999). Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. *Medische Antropologie*, 11, nr. 2, pp. 377-393.
- Mullins, L.C., Elston, C.H. & Gutkowski, S.M. (1996). Social determinants of loneliness among older Americans. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 122, nr. 4, pp. 453-473.
- Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (2003). *Gezond oud worden, t.b.v. bijscholing VETC*. Woerden: NIGZ.
- Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (2001). *Gesprekken zonder grenzen. Communiseren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
- Netherlands Kinship Panel Study (2006). Steun aan ouderen: een taak voor de kinderen? Percepties van autochtone en allochtone ouderen. *Geron*, 8, nr. 1, pp. 29.
- O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion. Theory & Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Raad van Europa (2005). *Common European Framework*. <http://www.jbi.uu.nl/index2.php?nr=322&lng=N> (27 april, 2006).
- Reijneveld, S.A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Community Health*, 52, pp. 298-304.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E. & Pitkälä, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, pp. 223-233.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schmitt, J.P. & Kurdek, L.A. (1985). Age and gender differences in and personality correlates of loneliness in different relationships. *Journal of Personality Assessment*, 49, nr. 5, pp. 485-496.

- Schwarzer, R. & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In: E. Frydenberg (Ed.). *Beyond coping: meeting goals, visions, and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Stek, M.L., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., Tilburg, W., van & Westendorp, R.G.J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, pp. 193-200.
- Steverink, N., Bode, C., Westerhof, G.J. & Dittmann-Kohli, F. (1999). *Het meten van de Beleving van het Ouder Worden. Ontwikkeling en toepassing van de 'Beleving van het Ouder Worden Schaal' (BOWS)*. Nijmegen: Sectie Psychogerontologie, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Steverink, N., Westerhof, G.J., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 56, 6, pp. 364-373.
- Stichting Omroep Allochtonen (2001). Mediagebruik van allochtonen in Nederland. *Feiten & Cijfers*, 1, 1.
- Smits, C.H.M., Vries, W.M., de & Beekman, A.T.F. (2005). The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: an exploratory study to equivalence. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, pp. 436-445.
- Tijhuis, M.A.R., Jong-Gierveld, J., de, Feskens, E.J.M. & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and Ageing*, 28, pp. 491-495.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. & Maas, P.J., van der (1992). Een enquête naar gezondheid en huisartsbezoek onder Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, nr. 22, pp. 1065-1068.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. & Maas, P.J., van der (1995). Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Social Science and Medicine*, 41, nr. 6, pp. 809-818.
- Vries, W.M., de & Smits, C.H.M. (2003). *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handreiking voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vries, W.M., de & Smits, C.H.M. (2005). Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, pp. 194-201.
- Wallston, K.A., Malcarne, V.L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C.A., Stein, M.J., Weisman, M.H. & Clements, P.J. (1999). Does God determine your health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, nr. 2, pp. 131-142.

Westerhof, G.J. (2003). De beleving van het eigen ouder worden. Multidimensionaliteit en multidirectionaliteit in relatie tot succesvol ouder worden en welbevinden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, pp. 96-103.

World Health Organisation (2006). *What is depression?*

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (13 maart, 2006).

Wurff, F.B., van der, Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M., Stek, M.L. & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, pp. 33-41.

Bijlage 1

Vragenlijsten

U bent geëmigreerd naar Nederland en u woont nu een geruime tijd hier. De GGD Den Haag wil voorlichting gaan geven aan allochtone ouderen, over ouder worden. Voor mijn opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap doe ik daarom onderzoek naar wat u vindt van het ouder worden en ook wat u vindt van televisiekijken, radio luisteren enzovoort.

Van dit gesprek schrijf ik alle antwoorden op, uw naam wordt niet opgeschreven. Uw antwoorden zullen niet worden doorgegeven aan iemand anders. Zo komt niemand er achter wat u heeft gezegd.

Ik zou graag willen dat u zo eerlijk mogelijk antwoord geeft. De antwoorden die u geeft zijn altijd goed!

Heeft u nog vragen?

Eerst komen vragen over televisie, radio enzovoort. Hierbij antwoordt u zo eerlijk mogelijk. Elk antwoord is goed!

1. Van welke van de volgende media maakt u gebruik? En hoe vaak gebruikt u ze?

		Iedere dag	Een aantal keer per week	Één keer per week	Een paar keer per maand	Één keer per maand
0	Tijdschrift	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
0	Krant	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
0	Radio (zender)	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
0	Televisie	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
0	Internet	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
0	Overig	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

Nu zullen we het hebben over wat u van ouder worden vindt. U mag alles zeggen wat bij u op komt. Maak de volgende zinnen af:

2. Wat me aan het ouder worden niet bevalt.....

.....

3. Wat me aan het ouder worden bevalt.....

.....

Nu komen uitspraken die gaan over veranderingen van uzelf en uw leven, die met ouder worden te maken hebben. Geef aan of deze uitspraken voor ú waar zijn of niet waar zijn. U kunt op iedere uitspraak antwoord geven door te zeggen:

1. Helemaal niet waar
2. Grotendeels niet waar
3. Grotendeels waar
4. Helemaal waar

<i>BOWS</i> Ouder worden betekent voor mij...	Helemaal niet waar	Grotendeels niet waar	Grotendeels waar	Helemaal waar
4. dat ik veel plannen blijf maken.	☐	☐	☐	☐
5. dat ik lichamelijk minder zwaar te belasten ben.	☐	☐	☐	☐
6. dat ik mij vaker verveel.	☐	☐	☐	☐
7. dat ik veel ideeën kan blijven realiseren.	☐	☐	☐	☐
8. minder vitaal en fit zijn.	☐	☐	☐	☐
9. dat ik minder gerespecteerd word.	☐	☐	☐	☐
10. dat ik in staat blijf om nieuwe dingen te leren.	☐	☐	☐	☐
11. dat ik mijn lichamelijke achteruitgang minder goed kan opvangen.	☐	☐	☐	☐
12. dat ik mij vaker eenzaam voel.	☐	☐	☐	☐
13. dat ik steeds bekwaamer word.	☐	☐	☐	☐
14. dat mijn gezondheidstoestand slechter wordt.	☐	☐	☐	☐
15. dat ik niet echt meer zo nodig ben voor anderen.	☐	☐	☐	☐

Wilt u zelf nog iets vertellen over ouder worden, waarover we het nog niet hebben gehad?

.....

.....

.....

.....

Ik ga nu verschillende stellingen voorlezen, daarbij moet u zeggen hoe goed of slecht u daar, op dit moment, in bent. U kunt antwoorden door te zeggen:

1. Kan ik helemaal niet goed
2. Kan ik een beetje goed
3. Kan ik redelijk goed
4. Kan ik zeer goed

<i>Proactive Competence Inventory</i>	Helemaal niet goed	Een beetje goed	Redelijk goed	Zeer goed	Niet van toepassing
16. Bedenken hoe mijn toekomst er uit zal zien.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Vooruitkijken.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eerste tekens herkennen als iets fout dreigt te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Goed reageren op de signalen van mijn lichaam.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Open staan voor commentaar van anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mijn eigen mogelijkheden en kansen zien.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Mijn eigen belemmeringen zien.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mijn omgeving inschatten.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Duidelijk formuleren wat ik wil bereiken.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Mijn wensen in plannen vertalen.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Realistische plannen maken.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Andere mensen om raad vragen.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Oplossingen vinden.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Alternatieven bedenken als een oplossing niet werkt.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ook echt doen wat ik van plan was.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Volhouden.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Steun zoeken als het moeilijk wordt.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Nagaan of ik bereikt heb wat ik wilde bereiken.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Positieve kanten aan een tegenslag zien.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Leren van tegenslag.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Erbij stil staan als iets goed gaat.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Mijzelf belonen als iets lukt.	☐	☐	☐	☐	☐

Bij wonen in Nederland spelen verschillende onderwerpen een rol, zoals het land waar u vandaan komt, de taal, mensen in uw omgeving, leeftijd, kinderen en geloof. Hierover ga ik nu vragen stellen.

De eerste vragen gaan over het land waar u vandaan komt. U kunt antwoorden door te zeggen: ‘ja’, ‘nee’ of ‘ik zou wel willen, maar.....’.

	Ja	Nee	Ik zou wel willen, maar.....
38. Toen ik in Nederland kwam wonen was ik van plan ooit terug te keren naar Suriname/ Turkije.	☐	☐	☐
39. Ik ben nog steeds van plan om te gaan wonen in Suriname/ Turkije.	☐	☐	☐

De volgende stelling gaat over de Nederlandse taal. Hierbij moet u ook weer zeggen of het bij u past.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens/ niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
40. Ik kan Nederlandse woorden en Nederlandse basiszinnen die gaan over mijzelf of mijn familie verstaan.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ik kan Nederlandse namen, woorden en zeer eenvoudige zinnen begrijpen, als ik ze lees.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Ik kan eenvoudige gesprekken in het Nederlands voeren, waarbij de andere persoon dingen herhaalt of opnieuw zegt.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Ik kan eenvoudige uitdrukkingen en zinnen gebruiken in het Nederlands.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Ik kan een korte, eenvoudige briefkaart schrijven in het Nederlands.	☐	☐	☐	☐	☐

Extra stelling, als respondent goed Nederlands spreekt:

	1. <i>Ik kan geen woord Nederlands spreken</i>	2.	3.	4.	5. <i>Ik kan niet goed Nederlands/ Ik kan niet slecht Nederlands</i>	6.	7.	8.	9.	10. <i>Ik spreek Nederlands als Nederlanders</i>
45. Hoe zou u uw Nederlandse taalvaardigheid zelf willen omschrijven?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

De volgende stelling gaat over mensen waarmee u contact heeft. Hierbij zegt u ook weer of dit bij u past. U kunt weer antwoorden door te zeggen 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Elk antwoord is goed!

	Ja	Min of meer	Nee
46. Ik ervaar een leegte om me heen.	☐	☐	☐
47. Er zijn genoeg mensen op wie ik kan rekenen als ik problemen heb.	☐	☐	☐
48. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	☐	☐	☐
49. Er zijn genoeg mensen met wie ik een hechte band heb.	☐	☐	☐
50. Ik mis mensen om me heen.	☐	☐	☐
51. Vaak voel ik me in de steek gelaten.	☐	☐	☐

	Veel te weinig	Weinig	Precies genoeg	Veel	Veel te veel
52. Hoeveel contact met familie verwacht u in de toekomst hebben?	☐	☐	☐	☐	☐
53. Hoeveel contact met vrienden verwacht u in de toekomst te hebben?	☐	☐	☐	☐	☐

Nu gaan we het kort hebben over leeftijd. Bij de volgende stellingen zegt u ook weer wat u vindt.

54. Op welke leeftijd is, naar uw mening, een <u>vrouw</u> :	een beetje oud?	 jaar
	oud?	 jaar
	heel oud?	 jaar
55. Op welke leeftijd is, naar uw mening, een <u>man</u> :	een beetje oud?	 jaar
	oud?	 jaar
	heel oud?	 jaar

	Erg jong	Jong	Beetje jong	Niet jong/ niet oud	Beetje oud	Oud	Erg oud
56. Ik zelf voel mij:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nu gaan we het hebben over kinderen.

57. Heeft u kinderen?

0 Nee. *Ga naar vraag 65.*

0 Ja. Hoeveel meisjes?

Hoeveel jongens?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens/ niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
58. Mijn kinderen wonen in de buurt.	☐	☐	☐	☐	☐

59. Waar wonen uw kinderen?

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
60. Mijn kinderen geven mij goede adviezen als dat nodig is.	☐	☐	☐	☐
61. Mijn kinderen helpen mij met praktische zaken als dat nodig is (zoals stofzuigen, boodschappen doen).	☐	☐	☐	☐
62. Mijn kinderen laten mij merken dat ze van mij houden.	☐	☐	☐	☐
63. Mijn kinderen zijn er voor me, als ik troost of medeleven nodig heb.	☐	☐	☐	☐
64. Mijn kinderen gehoorzamen mij	☐	☐	☐	☐

Nu komen vragen over het geloof. Hierbij geeft u ook weer eerlijk antwoord. Ieder antwoord is goed!

65. Heeft u een geloofsovertuiging?

0 Nee

0 Ja, namelijk:

..... Hoe vaak per week

bezoekt u de kerk/ moskee/ tempel?

Nu komen nog een paar stellingen over het geloof. Wilt u zeggen of u het hiermee eens of oneens bent?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens/ niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
66. Als mijn gezondheid slechter wordt, bepaalt God wanneer ik me weer beter voel.	☐	☐	☐	☐	☐
67. Alles wat te maken heeft met mijn gezondheid, gebeurt omdat God dat zo wil.	☐	☐	☐	☐	☐
68. God is direct verantwoordelijk voor het beter of slechter worden van mijn gezondheid.	☐	☐	☐	☐	☐
69. Gods wil bepaalt wat met mijn gezondheid gebeurt.	☐	☐	☐	☐	☐
70. Of mijn gezondheid wel of niet verbetert, is afhankelijk van Gods wil.	☐	☐	☐	☐	☐
71. God heeft controle over mijn gezondheid.	☐	☐	☐	☐	☐

Tot slot volgen nog enkele persoonlijke vragen. Ook deze antwoorden komt niemand te weten!

- Geslacht van de respondent: 0 Man 0 Vrouw
- Hoe oud bent u? jaar
- Land van herkomst:.....
- Hoe lang woont u in Nederland?
- Bent u getrouwd? 0 Nee 0 Ja
- Heeft u op school gezeten? 0 Nee 0 Ja, namelijk:
- Hoeveel jaar?
- Werkt u/ heeft u gewerkt? 0 Nee 0 Ja, namelijk:
- Hoeveel jaar?
- Wat wilt u zelf nog weten/ kwijt over goed ouder worden?

Bijlage 2

Bevindingen uit de pilot

Voordat de pretests zijn afgenomen, was geconstateerd dat enkele vragen in de Proactive Competence Inventory lastig te begrijpen waren. Het ging om de volgende:

1. Toekomstige ontwikkelingen inschatten
4. Luisteren naar mijn lichaam
8. Mijn omgeving inschatten

Deze zijn voor de eerste twee pretests zo gelaten. Om toch na te gaan in hoeverre de respondenten deze stellingen zou begrijpen.

1. Vrouw, Hindostaans-Surinaams

- Vervanging van een zin:

De zin die genoemd wordt voorafgaand aan de afname van de vragen van Proactive Competence Inventory, was te moeilijk. Er stond: 'in hoeverre denkt u op dit moment over deze vaardigheden te beschikken?'. Deze zin is veranderd in 'Ik ga verschillende stellingen voorlezen, daarbij moet u zeggen hoe goed of slecht u daar, op dit moment, in bent'.

- De drie 'moeilijke' stellingen:

Deze bleken op het eerste gezicht niet erg moeilijk te zijn. De dame in kwestie was echter vrij hoog opgeleid. Wellicht dat dit van invloed was op het makkelijker begrijpen van de stellingen.

2. Man, Hindostaans-Surinaams

- De drie 'moeilijke' stellingen:

De eerste stelling 'Toekomstige ontwikkelingen inschatten' werd als moeilijk opgemerkt door de respondent. Deze, en ook de overige drie stellingen, zijn aangepast. Hierdoor zouden zij wellicht makkelijker te begrijpen zijn voor de respondenten.

- Vervanging woord 'close':

Bij een bepaalde stelling die valt onder het onderwerp 'sociaal netwerk', werd het woord 'close' genoemd. Dit woord werd niet goed begrepen. Daardoor is dit woord vervangen door het woord 'hecht'.

- Toevoeging van tempel:

Bij de vraag 'hoe vaak per week bezoekt u de moskee/ kerk?', bleek nog de tempel te ontbreken. Deze is daarom toegevoegd.

3. Vrouw, Hindostaans-Surinaams

- De drie 'moeilijke' stellingen:

- Beantwoording Proactive Competence Inventory:

Bij de Proactive Competence Inventory is de beantwoording aangepast. Voorheen kon geantwoord worden met 'niet vaardig', 'nauwelijks vaardig', 'vaardig', 'zeer vaardig' en 'niet van toepassing'. Nu is dit veranderd in 'niet goed', 'nauwelijks goed', 'goed', 'zeer goed' en 'niet van toepassing'.

4. Man, Hindostaans-Surinaams

- De drie 'moeilijke' stellingen:

- Vragen met betrekking tot leeftijd

Deze bleken voor deze persoon niet van toepassing te zijn. Deze persoon associeert ouder worden met het wel of niet meer seksueel actief kunnen zijn. De vraag is niet aangepast, het ging slechts om 1 persoon in de pretest die dit vond.

- Vragen met betrekking tot geloof

Bij deze vragen diende de persoon lang na te denken. Wellicht kwam dit omdat hij vrij hoog opgeleid was, en altijd (naar eigen zeggen) diep nadenkt over het geloof en de invloed daarvan op het leven. De vraag was, naar zijn mening, niet te moeilijk gesteld. Daarom is deze zo gelaten.

5. Man, Turks

Bij deze persoon kwamen nauwelijks of geen moeilijkheden in de vragenlijst naar voren.

Bijlage 3

Overzicht van media

Hoe vaak leest men een <u>tijdschrift</u> ?	Suriname		Turkije	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
<i>Nooit</i>	6	6	8	11
<i>Iedere dag</i>	0	2	1	0
<i>Aantal keer per week</i>	2	1	2	1
<i>Één keer per week</i>	1	2	1	0
<i>Een paar keer per maand</i>	4	4	0	1
<i>Één keer per maand</i>	0	1	0	0
Welk tijdschrift?	Suriname		Suriname	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
<i>Nederlandse opiniebladen</i>	4	0	0	0
<i>Nederlandse ontspanningsbladen</i>	1	5	0	0
<i>Nederlandse gezondheidsbladen</i>	0	4	0	0
<i>Tijdschriften eigen cultuur</i>	2	0	1	2
<i>Zowel Nederlandse als eigen cultuur</i>	0	0	1	0
Hoe vaak leest men een krant?	Suriname		Turkije	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
<i>Nooit</i>	3	7	3	7
<i>Iedere dag</i>	3	1	6	1
<i>Aantal keer per week</i>	3	4	2	3
<i>Één keer per week</i>	2	3	0	2
<i>Een paar keer per maand</i>	1	1	1	0
<i>Één keer per maand</i>	1	0	0	0
Welke krant?	Suriname		Turkije	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
<i>Lokaal Nederlands</i>	2	4	0	1
<i>Gratis dagbladen</i>	0	1	0	0
<i>Betaalde dagbladen</i>	2	1	0	0
<i>Dagbladen land van herkomst</i>	0	0	9	5
<i>Zowel gratis als betaalde dagbladen</i>	5	2	0	0
Hoe vaak luister men naar de radio?	Suriname		Turkije	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
<i>Nooit</i>	2	5	10	11
<i>Iedere dag</i>	9	10	1	0

<i>Aantal keer per week</i>	2	0	1	2
<i>Één keer per week</i>	0	1	0	0
<i>Een paar keer per maand</i>	0	0	0	0
<i>Één keer per maand</i>	0	0	0	0
Naar welke zender?	Suriname Man	Vrouw	Turkije Man	Vrouw
<i>Lokale zenders</i>	0	1	0	1
<i>Nederlandse zenders</i>	0	4	0	0
<i>Zender eigen cultuur</i>	6	5	1	1
<i>Zowel Nederlandse als zender eigen cultuur</i>	5	1	1	0
Hoe vaak kijkt men televisie?	Suriname Man	Vrouw	Turkije Man	Vrouw
<i>Nooit</i>	0	1	0	0
<i>Iedere dag</i>	10	12	11	9
<i>Aantal keer per week</i>	1	3	1	4
<i>Één keer per week</i>	0	0	0	0
<i>Een paar keer per maand</i>	1	0	0	0
<i>Één keer per maand</i>	1	0	0	0
Naar welke zender?	Suriname Man	Vrouw	Turkije Man	Vrouw
<i>Lokale zenders</i>	0	0	0	1
<i>Nederlandse zenders, opinie</i>	11	10	0	1
<i>Nederlandse zenders, ontspanning</i>	2	5	1	3
<i>Schotel, zenders land van herkomst</i>	0	0	5	6
<i>Zowel Nederlandse als zenders land van herkomst</i>	0	0	5	2
Gebruikt men internet?	Suriname Man	Vrouw	Turkije Man	Vrouw
<i>Nooit</i>	8	13	10	11
<i>Iedere dag</i>	3	0	1	2
<i>Aantal keer per week</i>	1	1	1	0
<i>Één keer per week</i>	0	2	0	0
<i>Een paar keer per maand</i>	0	0	0	0
<i>Één keer per maand</i>	1	0	0	0
Welke sites?	Suriname Man	Vrouw	Turkije Man	Vrouw
<i>Nederlandse sites</i>	4	3	0	1
<i>Sites land van herkomst</i>	2	0	1	1

Bijlage 4

Overzicht van terugkeren naar land van herkomst: 'ik zou wel willen, maar....'

<i>Hindostaans-Surinaamse man</i>	<i>Hindostaans-Surinaamse vrouw</i>	<i>Turkse man</i>	<i>Turkse vrouw</i>
Sowieso een tropisch land, nu nog niet	Man wil niet, kinderen en kleinkinderen ga ik missen	Kinderen willen niet mee	Kinderen zijn hier, we wachten tot onze 65 ^e jaar
Als gezins- en familieomstandigheden dat toelaten	Mijn man is ziek		Kinderen zijn hier
Ik ga mijn kinderen en kleinkinderen te veel missen	Ik ga mijn kinderen en kleinkinderen missen		

Bijlage 5

Overzicht van redenen niet kunnen beantwoorden van vragen over leeftijd ('beetje oud', 'oud' en 'heel oud')

<i>Hindostaans-Surinaamse man</i>	<i>Hindostaans-Surinaamse vrouw</i>	<i>Turkse man</i>	<i>Turkse vrouw</i>
Als de uitstraling van iemand wegzakt, is diegene bejaard. Moeilijk te zeggen. Ik vraag me af of 'oud zijn' aan leeftijd verbonden is. Waarom? Iemand kan qua leeftijd oud zijn, maar in zijn presentatie juist jong. Hangt af van hoe actief iemand is.	Zolang je denkvermogen en je lichaam nog goed is, dan ben je nog goed en jong. Hangt helemaal af van de persoon. Hangt van de vrouw haar instelling af en hoe ze denkt. Bij de man hangt het er meer van af of hij je nog het hof kan maken. Het verschilt per persoon, het ligt aan het gedrag. Dat geldt voor mannen en vrouwen, het hangt er vanaf hoe actief je bent Het is heel verschillend, als je niets meer kunt en als je nog wel wat kunt. Als je gezond bent, en je bent 70, dan ben je nog niet oud.		Hangt helemaal van de persoon af. Als iemand zich lichamelijk slecht begint te voelen, is diegene oud.

Bijlage 6

Overzicht van waar de kinderen van de respondenten wonen

Land van herkomst		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Turkije	Valid				
		1	4,0	4,0	4,0
		11	44,0	44,0	48,0
		1	4,0	4,0	52,0
		1	4,0	4,0	56,0
		1	4,0	4,0	60,0
		1	4,0	4,0	64,0
		2	8,0	8,0	72,0
		1	4,0	4,0	76,0
		1	4,0	4,0	80,0
		2	8,0	8,0	88,0
		1	4,0	4,0	92,0
		1	4,0	4,0	96,0
		1	4,0	4,0	100,0
		25	100,0	100,0	
Suriname	Valid	1	3,4	3,4	3,4
		4	13,8	13,8	20,7
		1	3,4	3,4	79,3
		1	3,4	3,4	86,2
		1	3,4	3,4	6,9
		1	3,4	3,4	24,1
		1	3,4	3,4	27,6
		1	3,4	3,4	31,0
		1	3,4	3,4	34,5
		1	3,4	3,4	37,9
		1	3,4	3,4	41,4
		1	3,4	3,4	44,8
		1	3,4	3,4	48,3
		1	3,4	3,4	51,7
		1	3,4	3,4	55,2

Nootdorp, Badhoevedorp, Hoofddorp	1	3,4	3,4	58,6
Rijswijk, Den Haag	1	3,4	3,4	62,1
Rotterdam, Duitsland, India	1	3,4	3,4	65,5
Schiedam, Rotterdam	1	3,4	3,4	69,0
Suriname, Den Haag	1	3,4	3,4	72,4
Suriname, Den Haag, Waalwijk	1	3,4	3,4	75,9
Thuis, Amsterdam, Leischenveen, Wateringen	1	3,4	3,4	82,8
Thuis, Rijswijk1	1	3,4	3,4	89,7
Voorschoten, Leischendam, Den Haag	1	3,4	3,4	93,1
Wageningen, Alphen aan de Rijn	1	3,4	3,4	96,6
Zoetermeer, Den Haag	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Bijlage 7

Proactive coping vaardigheden

1. *Realistische doelen stellen*
 - Eigen mogelijkheden en kansen zien
 - Eigen belemmeringen zien
 - Wensen in plannen vertalen
 - Realistische plannen maken
 - Oplossingen vinden
 - Alternatieven bedenken als een oplossing niet werkt
 - Echt doen wat men van plan was te doen
 - Volhouden
 - Duidelijk formuleren wat je wilt bereiken
2. *Gebruik maken van feedback*
 - Nagaan of men heeft bereikt, wat men wilde bereiken
 - Positieve kanten aan een tegenslag zien
 - Leren van tegenslag
 - Erbij stil staan als iets goed gaat
 - Jezelf belonen als iets lukt
3. *Inschatten van de toekomst*
 - Bedenken hoe de eigen toekomst er uit zal zien
 - Vooruitkijken
 - Eerste tekens herkennen als iets fout dreigt te gaan
 - De eigen omgeving inschatten
4. *Raadplegen van bronnen**
 - Goed reageren op signalen van het eigen lichaam
 - Open staan voor commentaar van een ander
 - Andere mensen om raad vragen
 - Steun zoeken als het moeilijk wordt

* 'Raadplegen van bronnen' vormde bij de ondervraagde Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen geen betrouwbare schaal