

## VOORWOORD

Via het afstudeerweb voor de opleiding psychologie kwam ik bij een interessant afstudeerthema van Mediant terecht: "Psychische problematiek, hoop, vertrouwen en schaamte bij ouderen." Ik vond het een mooie gelegenheid om door middel van bovenstaand thema met de doelgroep ouderen in contact te komen. Bovendien werd ik zelf nieuwsgierig naar het antwoord op de verschillende onderzoeksvragen die bij de projectomschrijving vermeld stonden. Uiteindelijk kwam daar dit onderzoek uit voort.

Vanuit de Universiteit Twente kwam ik al gauw in contact met mijn eerste begeleidster Christina Bode. Zij heeft als mijn afstudeerbegeleider opgetreden en zodoende is zij een belangrijk onderdeel geweest bij het tot stand komen van deze afstudeerscriptie.

Met haar heb ik actief samengewerkt. Vandaar dat ik haar van harte wil bedanken.

Tevens wil ik Ernst Bohlmeijer bedanken. Hij was mijn tweede begeleider gedurende dit onderzoek. Hij begeleidde me bij het onderzoek en gaf goede feedback.

Bovendien wil ik Bernadette Duzijn, mijn afstudeerbegeleidster vanuit Mediant, bedanken. Door haar kreeg ik de mogelijkheid om te beginnen aan dit interessante afstudeeronderzoek.

Verder wil ik alle instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek ontzettend bedanken voor hun medewerking, de interesse naar het onderzoek en het helpen met werven van respondenten. Dit betreft: de SWO's (Stichting Welzijn Ouderen) uit Enschede, Hengelo, Hof van Twente en Borne, zorgboerderij Klein Exterkate te Bentelo, het zorgloket te Enschede, medewerkers van het höfte weekblad, het nieuws van de week, als mede Enschede fm.

Ten slotte wil ik graag alle respondenten bedanken voor hun vertrouwen, gastvrijheid bij hen thuis en openheid naar mij toe. Zonder hen had ik nooit deze indrukwekkende verhalen te horen gekregen en zonder deze informatie zouden de onderzoeksvragen onbeantwoord blijven.

Hengevelde, 2 juli 2008

Esther Exterkate

## SAMENVATTING

Deze afstudeeropdracht gaat over de perceptie van ouderen met geestelijke gezondheidsklachten ten opzichte van hulpzoekgedrag.

Aanleiding van het onderzoek is onder andere de signalering van Mediant, dat ouderen minder een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg dan jongere volwassenen en dat ouderen daardoor steeds vaker aan de aandacht ontsnappen. Eerder onderzoek naar hulpzoekgedrag van ouderen is kwantitatief, waaronder de onderzoeken van Duzijn (2006) en Westerhof (2006). Deze kwantitatieve onderzoeken bieden geen duidelijkheid over de vraag of alle concepten die een rol kunnen spelen bij het hulpzoekgedrag in kaart zijn gebracht. Daarnaast zijn er tot nu toe aan de hand van kwantitatief onderzoek enkel nog feiten, cijfers en hypothesen bekend van concepten die een rol kunnen spelen bij hulpzoekgedrag. De beleving van ouderen blijft hierbij onbekend.

Dit onderzoek is dan ook een kwalitatief onderzoek, waarmee de perceptie van ouderen in beeld wordt gebracht. Het kwalitatieve onderzoek dient als vervolg op kwantitatief onderzoek naar hulpzoekgedrag van Duzijn (2006). Voor uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd, semigestructureerde interview en een q-sort sorteertaak. Beide meetinstrumenten zijn gebaseerd op een geïntegreerd hulpzoekgedrag model. Dit geïntegreerde model is gevormd uit concepten van de TPB (Theory of Planned Behaviour), concepten uit Leventhal's perceptiemodel, Mechnic's determinanten van hulpzoekgedrag, de PMT (Protection Motivation Theory) en de hooptheorie. Het geïntegreerde hulpzoekgedrag model bestaat uit de volgende concepten: demografische factoren, persoonlijkheidsfactoren, omgevingsinvloeden, externe en interne controle (intern en extern PBC), route en motivatie gedachten, subjectieve norm, maladaptief en adaptief coping, implementatieplan, intentie en hulpzoekgedrag. Deze concepten worden onderzocht. Vanuit het geïntegreerde model is te verwachten dat deze concepten een rol spelen in het hulpzoekgedrag van ouderen.

Bovendien zouden de concepten schaamte en hoop een rol kunnen spelen bij hulpzoekgedrag. Er wordt verwacht dat aan de hand van deze concepten het verschil in hulpzoekgedrag tussen 50-65 en 65+ ouderen kan worden beschreven. Bovendien wordt verwacht dat er aan de hand van deze concepten een beeld wordt gevormd van het hulpzoekgedrag, met name gericht op de subjectieve beleving (perceptie).

Werving van de deelnemers is uitgevoerd bij welzijnsinstellingen binnen het werkgebied van Mediant (het betreft de volgende gemeenten: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Losser, Oldenzaal, Hengelo en Enschede).

Het onderzoek is gedaan aan de hand van een gestratificeerde steekproef, zodat deelpopulaties met elkaar vergeleken konden worden, namelijk tien 50-65'ers en tien 65+'ers.

Inclusiecriteria waren: personen ouder dan 50 jaar die in de afgelopen twee jaar lichte geestelijke gezondheidsklachten hebben gehad. Deze klachten mogen niet direct veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten.

Na afname van de interviews werden de opgenomen interviews opgeslagen op de computer, uitgetypt en vervolgens werden alle respondentnamen werden gecodeerd en gelabeld. Vervolgens werden analyses uitgevoerd aan de hand van vergelijkingen tussen de groepen en binnen de groepen aan de hand van de antwoorden op de vragen. De q-sort methode zorgde voor een extra controle van de antwoorden bij de interviews en werden betrokken bij de analyses. Aan de antwoorden van de q-sort concepten en ziekteperceptie-controle concepten werden scores toegekend, waarna de scores van beide leeftijdsgroepen per concept bij de q-sort berekend konden worden

De interviews en q-sort hebben de volgende resultaten opgeleverd:

Introverte, niet-open en instabiele personen zoeken eerder hulp dan extraverte, open en stabiele personen. Enkel indien men aangeeft veel last te hebben van de klacht, zal men veel eerder hulp zoeken, dan wanneer men de klacht beoordeelt als gemiddelde last veroorzakend. Indien men het dagelijks leven niet kan uitvoeren zal men eerder hulp zoeken.

Zonder kennis over de mogelijke routen naar hulp is men niet in staat om hulp te zoeken. De meeste respondenten die hulp zoeken gaan naar andere instanties, dan Mediant (94,1 %). Met name de zorgboerderij en de SWO werden het meest genoemd. Het hebben van een intentie blijkt er voor te zorgen dat er hulp wordt gezocht. Een intentie om hulp te zoeken hoeft echter niet aan hulpzoekgedrag vooraf te gaan. Zonder een intentie blijkt er toch hulp te worden gezocht via aanmoediging en steun van anderen. De meest genoemde motivatie gedachten die bij de respondenten zorgden voor hulp zoeken zijn: sociale contacten (20 %) en hulp zoeken helpt om beter te worden (20%). De meest genoemde voordelen van hulp zoeken zijn voor de respondenten: voordelen ten opzichte van het eigen gevoel (40%), medicatie (33,3 %) sociale contacten maken (26,6%) en een luisterend oor (26,7%). Interne barrières zorgen er voor dat respondenten niet direct een intentie vormen om hulp te zoeken. Interne barrières voor de drie respondenten die geen hulp hebben gezocht zijn: vinden dat je het zelf moet doen (66,7 %, 2/3), dat medicatie geen oplossing is (33,3%, 1/3), dat hulpverleningsinstanties niet kunnen helpen (33,3%, 1/3) en dat ze denken dat een probleem maken van de klacht (eenzaamheid) niet helpt (33,3%, 1/3). Implementatieplannen (cues to action) garanderen dat er hulp wordt gezocht. Zonder deze cues: waar, wanneer en hoe, wordt eveneens hulp gezocht. Voor bijna alle respondenten geldt dat de mening van anderen het besluit om hulp te zoeken heeft veranderd (90%). Schaamte heeft geen directe invloed op het hulpzoekgedrag. De invloed van hoop op hulpzoekgedrag, in de zin van een uitkomstverwachting laat zien dat 50-65'ers meer hoop hebben dat hun klacht beter worden dan 65+'ers

Aan de hand van de resultaten kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Persoonlijkheidsfactoren, intern en extern PBC (Perceived Behavioural Control) blijken zowel bij de q-sort, als bij het interview concepten die de meeste invloed hebben op hulpzoekgedrag. Deze concepten zijn de meest belangrijkste indicatoren van hulpzoekgedrag.

Zowel bij de q-sort, als uit het interview blijkt dat omgevingsinvloeden (zoals levensstressoren en bereikbaarheid van de gezondheidszorg), subjectieve norm en de demografische factor leeftijd geen invloed hebben op hulpzoekgedrag. Deze concepten zijn geen goede indicatoren om hulpzoekgedrag te voorspellen.

Aan de hand van de bevindingen werden de volgende drie aanbevelingen voor de praktijk gegeven. Ten eerste kunnen instellingen ouderen het beste actief benaderen voor hulp en het sociale systeem van ouderen aanspreken ter ondersteuning van de cliënt. Ten tweede zouden hulpverlenerinstanties het beste kunnen inspelen op de interne barrières. Ten derde zou het voor hulpverlenerinstanties nuttig zijn om kennis te hebben van alternatieve zorg en indien nodig deze alternatieve zorg in hun huidige aanbod integreren.

Verder werden de resultaten en de methodologie van dit onderzoek bestudeerd en aanwijzingen gegeven voor vervolg onderzoek.

## ABSTRACT

This study is about the perception of elderly people with mental health complaints with respect to help searching behaviour.

The motive of the research is among other things that Mediant has indicated that the elderly less appeal to mental health care than younger adults do. As a result more and more elderly escape to the attention of mental health carers. Earlier research into help searching behaviour of elderly is quantitative, including the investigations of Duzijn (2006) and Westerhof (2006). After these quantitative studies the question whether or not all concepts which play a role in help searching behaviour have been identified, remains unclear. Secondly, there are based on quantitative research, so far only facts, figures and assumptions of familiar concepts, which have an association with help searching behaviour. Also the perception of older people about help searching behaviour remains unknown.

This research is there for a qualitative research, to describe the perception of older people. The qualitative research serves as a continuation on the quantitative research of help searching behaviour of Duzijn (2006). A standardized, semi structured interview and a q-sort sorting task has been used for the implementation of the research. Both measuring methods are based on an integrated model of help searching behaviour. This integrated model is formed by concepts of the TPB (Theory of Planned Behaviour), concepts from Leventhal's perception model, Mechnic's determinants of help searching behaviour, the PMT (Protection Motivation Theory) and the hope theory. The integrated model of help searching behaviour consists of the following concepts: demographic factors, personality factors, environmental influences, external and internal control (internal and external PBC), route and motivation thoughts, subjective standard, maladaptive and adaptive coping, implementation plan, intention and help searching behaviour. These concepts were examined. From the integrated model it is to be expected that these concepts have an association with help searching behaviour of the elderly.

Moreover, the concepts shame and hope could be related to help searching behaviour. The expectation is that by means of these concepts the differences in help searching behaviour between 50-65 and 65+ the elderly can be described. It's also expected that by means of these concepts a picture can be formed of help searching behaviour, particularly aimed at the subjective experience (perception).

Recruitment of the participants was conducted in mental health agencies within Mediant's working area (it involves the following municipal authorities: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Losser, Oldenzaal, Hengelo and Enschede).

The research has been done on the basis of a stratified sample, so that two groups could have been compared with each other: ten 50-65'ers and ten 65+'ers.

Participants were included when: the elderly aged over 50 years and they have had mild mental health problems in the past two years. These complaints may not directly have been caused by physical complaints.

After the interviews were conducted, the recorded interviews were stored on the computer, typed out and then all the names of participants were encoded and tagged. Then analyses were conducted on the basis of comparisons between the groups and within the groups on the basis of the answers to the questions. The q-sort method has been used as an additional control system of the responses to the interviews and was involved in the analysis. To the answers of q-sort the concepts and sickness perception-control concepts scores were granted, after which the scores of each concept in the q-sort could have been calculated for both age groups.

The interviews and q-sort have produced the following results:

Introverted, non-open and unstable persons search for help earlier than extrovert, open and stable persons. Only if the complaint is assessed as much burden people will search help earlier than when one assess the complaint as burden causing. If one cannot perform daily life, one will seek help earlier. Without knowledge about the possible routes to help people are unable to search for help.

Most respondents who seek help go to other mental health agencies, other than Mediant (94.1%). In particular, the care farm and the SWO were most often mentioned.

Having an intention, appears to ensure that help is sought. An intention to search help does not have to advance help searching behaviour. Without an intention there still appears to be sought help through encouragement and support from others.

The most frequently mentioned motivation thoughts which ensured help searching behaviour of the respondents were: social contacts (20%) searching help, helps to improve themselves mentally (20%). Participants mentioned the following benefits of help searching most frequently: advantages with respect to their own feeling (40%), medication (33.3%) to make social contacts (26.6%) and a listening ear (26.7%). Internal barriers ensure that respondents not directly form an intention to look for help. Internal barriers for the three respondents who have not sought help are the following: to feel you must do it yourselves (66.7%, 2/3), that medication is not a solution (33.3%, 1/3), mental health agencies can't help (33.3%, 1/3) and that they believe that making a problem of the complaint (loneliness) does not help (33.3%, 1/3).

Implementation plans (cues to action) guarantee that help will be sought. Without these cues: where, when and how, help has also been sought.

For almost all participants applies that the opinion of others have changed the participants decision to search for help (90%).

Shame has no direct influence on help searching behaviour. The influence of hope on help searching behaviour in the sense of an outcome expectation shows that 50-65'ers have more hope that their complaint will improve, than 65+'ers.

On the basis of the results a number of conclusions can be drawn. Personality factors, internal and external PBC (Perceived Behavioural Control) appear in the q-sort, as well as in the interview as concepts that most affect help searching behaviour. These concepts are the most important indicators of help searching behaviour.

Both the q-sort and the interviews are showing that environmental influences (such as life stressors and accessibility of health care), subjective standard and the demographic factor age do not affect help searching behaviour. These concepts are no good indicators to predict help searching behaviour.

By means of the findings the following three recommendations for practice were given. First, it would be better when mental health agencies approach elderly actively to achieve help for elderly and they should address the social system of the elderly for the support for the customer. Secondly mental health agencies should anticipate on the internal barriers. Thirdly mental health agencies would find it useful to have knowledge of alternative care and when necessary to integrate this alternative care in there health care offer.

Furthermore, the results and methodology of this of this research were studied and indications were given for future research.

# INHOUD

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>8</b>
1.1	EERDERE ONDERZOEKEN HULPZOEKGEDRAG	8
1.2	RELEVANTIE	8
1.3	BIOPSYCHOSOCIALE, OF BIOMEDISCHE INVALSHOEK	9
1.4	SOCIALE COGNITIE MODELLEN VOOR HULPZOEKGEDRAG	9
1.4.1	<i>Attributiemodellen</i>	10
1.4.2	<i>Cognitiemodellen</i>	11
1.5	INTEGRATIE SOCIALE COGNITIE MODELLEN	11
1.5.1	<i>De Theory of Planned Behaviour (TPB)</i>	11
1.5.2	<i>Integratie sociaal cognitief model (TPB) en attributiemodel (Leventhal)</i>	12
1.6	INTEGRATIE OVERIGE SOCIALE COGNITIEMODELLEN	17
1.6.1	<i>De Social Cognitive Theory (SCT)</i>	17
1.6.2	<i>De Protection Motivation Theory (PMT)</i>	17
1.7	INTEGRATIE SPECIFIEK HULPZOEKGEDRAG MODEL	18
1.7.1	<i>Mechanic's sociopsychologisch benaderingsmodel</i>	18
1.8	HOOP EN SCHAAMTE CONCEPTEN	19
1.8.1	<i>Hoop concept</i>	19
1.8.2	<i>Schaamte concept</i>	20
1.9	DETERMINANTEN VAN DE STUDIE	20
<b>2</b>	<b>METHODEN</b>	<b>21</b>
2.1	DESIGN	21
2.2	MEETINSTRUMENTEN	21
2.2.1	<i>Hulpzoekgedrag model</i>	21
2.2.2	<i>Interview</i>	21
2.2.3	<i>Q-sort</i>	22
2.2.4	<i>Pilot</i>	22
2.3	WERVING	22
2.3.1	<i>Werving instellingen</i>	22
2.3.2	<i>Werving respondenten</i>	23
2.4	RESPONDENTEN	23
2.4.1	<i>Respondenten steekproefmethode en onderzoeksgrootte</i>	23
2.4.2	<i>Inclusiecriteria</i>	24
2.4.3	<i>Demografische variabelen</i>	24
2.5	ANALYSE	26
<b>3</b>	<b>RESULTATEN</b>	<b>27</b>
3.1	WAT IS DE INVLOED VAN DE Q-SORT CONCEPTEN OP HULPZOEKGEDRAG?	27
3.2	WAT IS DE INVLOED VAN CONCEPTEN BIJ HULPZOEKGEDRAG VAN 50-65 EN 65+ OUDEREN?	28
3.3	WELKE ROL SPEELT SCHAAMTE BIJ HULPZOEKGEDRAG?	35
3.4	WELKE ROL SPEELT HOOP BIJ HULPZOEKGEDRAG?	36
3.5	WELKE CONCEPTEN BLIJKEN UIT DE Q-SORT EN INTERVIEW METHODE EVENVEEL INVLOED TE HEBBEN?	37
<b>4</b>	<b>DISCUSSIE</b>	<b>39</b>
4.1	BESPREKING RESULTATEN	39
4.2	BESPREKING HYPOTHESES	42
4.3	BEPERKINGEN VAN ONDERZOEK	43
4.3.1	<i>Betrouwbaarheid</i>	43
4.3.2	<i>Interne validiteit</i>	44
4.3.3	<i>Externe validiteit</i>	45
4.4	AANBEVELINGEN VOOR VERVOLG ONDERZOEK	45
4.5	AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK	47
<b>5</b>	<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>49</b>

<b>BIJLAGEN</b>		<b>53</b>
<b>BIJLAGE A:</b>	<b>TIJDSHEMA</b>	<b>54</b>
<b>BIJLAGE B:</b>	<b>WERVING GEGEVENS</b>	<b>55</b>
<b>BIJLAGE C:</b>	<b>BENADERDE INSTANTIES</b>	<b>57</b>
<b>BIJLAGE D:</b>	<b>WERVINGSBRIEVEN EN KOPIJ</b>	<b>59</b>
<b>BIJLAGE E:</b>	<b>BEREKENING EN OVERZICHT ZIEKTEPERCEPTIE:CONTROLE</b>	<b>67</b>
<b>BIJLAGE F:</b>	<b>BEREKENING EN OVERZICHT Q-SORT</b>	<b>68</b>
<b>BIJLAGE G:</b>	<b>Q-SORT</b>	<b>69</b>
<b>BIJLAGE H:</b>	<b>OVERZICHT INVLOED CONCEPTEN INTERVIEW</b>	<b>71</b>
<b>BIJLAGE I:</b>	<b>MATRIX INTERVIEWVRAGEN</b>	<b>72</b>

# 1. INLEIDING

Uit onderzoek blijkt dat psychische stoornissen van ouderen bij de geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate aan de aandacht ontsnappen (Gezondheidsraad, 2005). Uit onderzoek van Mediant (Duzijn, 2006) blijkt ook dat ouderen minder een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg (in brede zin; dus ook de huisarts) dan jongere volwassenen. Ook Westerhof, Maessen, De Bruijn, & Smets (2006) bevestigen de conclusie uit onderzoek van Duzijn (2006) dat 65+'ers moeite hebben om hulp te zoeken.

Als er niets aan gedaan wordt, kan het een maatschappelijk probleem worden dat 65+'ers geen hulp zoeken. Dit betekent namelijk dat ouderen en met name 65+'ers in een late fase bij de hulpverleners terecht komen. Dit zorgt in het ergste geval voor plaatsing bij de crisisafdeling. Dat zou onnodig zijn, want uit onderzoek (Gezondheidsraad, 2005; Nederlands Kenniscentrum Ouderen psychiatrie, 2006) is gebleken dat de behandeling van psychische stoornissen ook op hoge leeftijd goede resultaten kan hebben. Bovendien zijn ouderen, door de vergrijzing, een steeds groter wordende groep. Het hoeft niet per definitie zo te zijn dat de trend van het gebrek aan hulpzoekgedrag wordt doorgezet. Als er echter niets aan gedaan wordt, zou het zich wel zo kunnen blijven ontwikkelen. Om dit alles voor te zijn en om de huidige groep 65+ ouderen niet te negeren, is het van belang om het hulpzoekgedrag nog eens goed te onderzoeken.

## 1.1 Eerdere onderzoeken hulpzoekgedrag

Tot nu toe hebben onder andere Duzijn (2006) en Westerhof et al. (2006) het hulpzoekgedrag van ouderen onderzocht. Duzijn (2006) doet onderzoek naar de psychische gezondheid en toekomstige zorgvraag van vijftigplussers in Twente. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt tussen twee leeftijdscategorieën: 50 tot 65 jaar en 65 jaar en ouder. Uit het onderzoek van Duzijn (2006) blijkt dat binnen de groep ouderen een verschil bestaat tussen de intentie om hulp te zoeken bij psychische problematiek. De 65+ ouderen blijken minder gauw met psychische symptomen naar de huisarts gaan, dan ouderen van 50-65 jaar. Een verschil hierin zou veroorzaakt kunnen worden, doordat het onderzoek van Duzijn (2006) laat zien dat jongere ouderen er meer van overtuigd blijken te zijn dat psychische klachten te genezen zijn dan oudere ouderen. Een concept dat in het onderzoek van Duzijn hier aan ten grondslag zou kunnen liggen is hoop. Ook schaamte zou eventueel hierbij aan bod kunnen komen. Of deze concepten er werkelijk aan ten grondslag liggen zal in dit onderzoek als hypothese naar voren komen, waarnaar het wordt onderzocht. Uit onderzoek van Duzijn kan verondersteld worden dat bepaalde andere concepten, zoals kennis en sociale cognities determinanten zijn van hulpzoekgedrag.

Ook Westerhof et al. (2006) beschrijven concepten die een belangrijke rol kunnen spelen bij hulpzoekgedrag van ouderen. Ze onderzochten het hulpzoekgedrag van ouderen aan de hand van de Theory of Planned Behaviour (TPB). Hieruit bleek dat concepten uit de TPB (attitude, sociale norm, perceived behavioural control) het hulpzoekgedrag konden verklaren.

Aan de hand van deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat ouderen daadwerkelijk moeite hebben met het hulp zoeken bij de aanwezige psychische problemen. Bovendien blijkt er een verschil zit tussen bepaalde groepen ouderen, namelijk tussen de 65+ en 50-65 ouderen. Waarvan de 65+ ouderen minder hulp lijken te zoeken.

## 1.2 Relevantie

Wat echter blijft liggen is het volgende: ten eerste is nog niet bekend of nu alle concepten die een rol kunnen spelen bij het hulpzoekgedrag zijn benoemd. Mogelijk zijn er meer concepten die als determinanten van hulpzoekgedrag kunnen worden beschouwd. Het is van belang om alle mogelijke concepten te onderzoeken die hier een rol bij spelen.

Ten tweede zijn er tot nu toe aan de hand van kwantitatief onderzoek enkel nog feiten, cijfers en hypothesen bekend van concepten die een rol kunnen spelen bij hulpzoekgedrag. Hoe deze concepten echter tot uiting komen is onbekend. Op welke manier speelt subjectieve norm bijvoorbeeld een rol? Dit



zou per individu kunnen verschillen. De perceptie (beleving) van het individu kan worden onderzocht om hier een beter beeld bij te krijgen. Kwalitatief onderzoek biedt hier een oplossing voor. Voor onderzoek naar perceptie zijn twee invalshoeken mogelijk, namelijk een biopsychosociale invalshoek (vanuit de psychologie), of een biomedisch standpunt (volgens een verpleegkundig model).

### **1.3 Biopsychosociale, of biomedische invalshoek**

Psychologie lijkt een goede invalshoek om het hulpzoekgedrag van ouderen volledig in kaart te brengen, omdat hiermee het gedrag van individuen verklaard kan worden. Vanuit de psychologie kan er antwoord gegeven worden op de vraag: waarom gedragen mensen zich, zoals ze zich gedragen. Het biopsychosociaal model laat zien dat gezondheid en ziekte het product is van een combinatie van factoren, zoals biologische karakteristieken (zoals genen), gedragsfactoren (zoals levensstijl, gezondheidsgedachten) en sociale condities (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, & Sykes, 2006).

Een andere invalshoek, zoals een meer biomedische invalshoek, aan de hand van een verpleegkundig model zou minder goed antwoord kunnen geven op dit probleem, dan de psychologie. Zou er namelijk vanuit een medische invalshoek worden gekeken, dan zou er meer gekeken worden naar het feitelijke hulpzoekgedrag en naar de fysieke symptomen, dan naar de cognities die eraan voorafgaan. Dit zou tot onvolledige concepten leiden. In het biomedisch model wordt namelijk gezondheid en ziekte begrepen vanuit een fysieke achtergrond met observeerbare symptomen. De geest wordt gezien als pure activiteit van de hersens en het zenuwstelsel (Marks et al., 2006).

Engel (1977) zag deze beperking van het biomedisch model en gaf het belang aan van het biopsychosociaal model, zodat gezondheidsgedrag meer patiënt georiënteerd werd. Het biopsychosociaal model wordt door verschillende psychologen aangemoedigd, zodat de gezondheid van het individu als een totaal geheel wordt beschouwd. Het model is tegenwoordig wijd geaccepteerd (Ogden, 1997).

Ondanks de invoering van het biopsychosociaal model in de gezondheidszorg, is terug te zien dat verpleegkundige modellen zich nog steeds veel richten op het medische aspect en in mindere mate op het psychologische component. Dit blijkt uit een vergelijking van verschillende verpleegkundige modellen, zoals modellen van: Neuman, Orem, Peplau, Roy, Henderson, Lazarus en Gordon. De reden hiervoor is dat het biopsychosociaal model (BPSM) nog niet voldoende gedefinieerd is. “Engel’s BPSM is te beperkt en kan concreter, maar heeft een symbolische waarde vanwege de erkenning van het belang van psychosociale factoren om gezondheid en ziekte te kunnen begrijpen” (Marks et al., 2006, p. 17). Dit geeft aan dat niet alleen de feitelijke, objectieve symptomen de cognities, intenties en gedrag bepalen, maar dat juist ook subjectieve percepties van grote invloed zijn op cognities en op gedragsintentie en dat de verschillende invalshoeken vanuit het BPSM van belang zijn bij onderzoek naar gedrag.

Om deze reden kan psychologie dus het beste het gedrag van mensen verklaren aan de hand van biopsychosociale modellen in plaats van de verpleegkundige (biomedische) modellen.

Deze invalshoek is vrij breed en bevat verschillende modellen. Specifieker gezegd is het van belang om binnen de brede biopsychosociale invalshoek concrete modellen te vinden die aansluiten bij onderzoek naar hulpzoekgedrag.

### **1.4 Sociale cognitieve modellen voor hulpzoekgedrag**

Hulpzoekgedrag is een vorm van gezondheidsgedrag. Gezondheid wordt gedefinieerd als: “een staat van complete fysieke, culturele, psychosociale, economische en spirituele attributies, niet alleen de afwezigheid van ziekte” (Marks et al., 2006).

Deze definitie bevestigt dat er niet alleen sprake is van enkel biomedisch en objectief observeerbare concepten, maar dat een biopsychosociale benadering op zijn plaats is.

Onderzoek naar gezondheidsgedrag wordt door psychologen vooral gedaan aan de hand van sociaal cognitieve modellen (SCM). “Sociale cognitie houdt zich bezig met de manier waarop individuen sociale situaties interpreteren. De sociaal cognitieve benadering legt de focus op: individuele cognities, gedachten

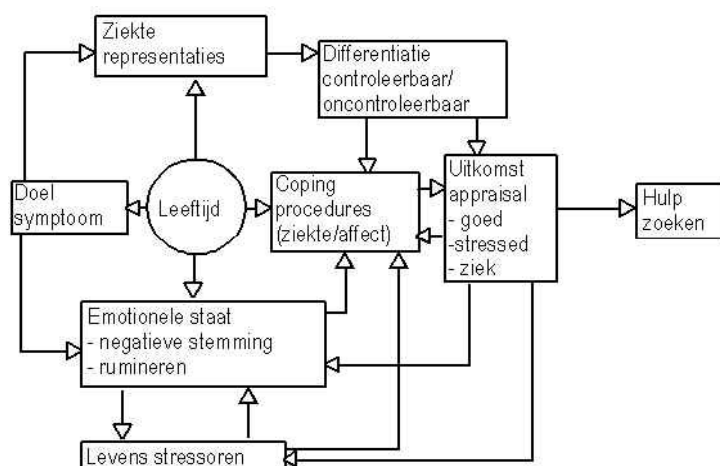
als processen die liggen tussen observeerbare stimuli en respons in specifieke situaties” (Conner & Norman, 2005, p.5). Hulpzoekgedrag komt voor uit specifieke situaties met observeerbare stimuli en respons. Een SCM lijkt tot dusver goed toepasbaar. De toepassing van sociale cognities in gezondheidsmodellen bevestigen nogmaals het belang van het BPSM. Sociale cognities vallen namelijk onder de psychologische factoren, terwijl die in het biomedische model niet meegenomen zouden worden.

Een andere bevestiging dat het een goede keus is om deze sociaal cognitieve modellen te gebruiken en geen andere modellen (zoals modellen die meer gericht zijn op extrinsieke factoren), is dat er is gebleken dat deze modellen hebben geleid tot een beter begrip van wie gezond gedrag laat zien en waarom individuen verschillende gedragingen vertonen (Conner & Norman, 2005). In dit geval krijgen we hierdoor inzicht in verschillen in hulpzoekgedrag tussen individuen. “Bovendien blijken cognitieve factoren de meest belangrijke determinanten van gezondheidsgedrag” (Conner & Norman, 2005, p. 2).

Een andere reden om bij het hulpzoekgedrag de nadruk op sociale cognities te leggen, is dat sociale cognities meer open voor verandering zijn, dan andere factoren. Zo blijkt uit de sociaal epidemiologische studie ten behoeve van de preventie geestelijke gezondheidszorg naar hulpzoekgedrag van Hosman (1983) dat gedragsbepalende factoren (zoals houding, opvattingen en subjectieve, sociale normen) een rol spelen bij het hulpzoekgedrag. Deze sociaal cognitieve concepten weerspiegelen bepaalde verwachtingen die niet vast staan, maar continu aan verandering onderhevig zijn (Hosman, 1983).

Ook Westerhof et al. (2006) laten met het onderzoek naar hulpzoekgedrag aan de hand van concepten uit de Theory of Planned Behaviour (figuur 2) zien dat deze sociaal cognitieve concepten goede voorspellers zijn voor hulpzoekgedrag van ouderen. Dat uit de resultaten van Westerhof et al. (2006) bleek dat de onderzochte sociaal cognitieve concepten uit de TPB goede voorspellers zijn bij onderzoek naar het hulpzoekgedrag van ouderen, bevestigt de keus om sociale cognitiemodellen te gebruiken voor dit onderzoek.

Binnen de sociale cognitiemodellen kunnen echter twee typen onderscheiden worden. Ten eerste zijn er attributiemodellen, die zich richten op oorzakelijke verklaringen van gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen. Ten tweede zijn er cognitiemodellen, die toekomstig gezondheidsgedrag voorspellen.



Figuur 1: Leventhal's perceptiemodel

#### 1.4.1 Attributiemodellen

Attributiemodellen kunnen hulpzoekgedrag verklaren. Een voorbeeld hiervan is het herziende perceptiemodel van Leventhal (figuur 1). Andere attributiemodellen blijken minder geschikt te zijn voor hulpzoekgedrag, omdat die zich vooral richten op reactie van ernstige ziekten, in plaats van gezondheidsbevorderend gedrag (Conner & Norman, 2005).

Individuele perceptie speelt in het model van Leventhal's perceptiemodel een centrale rol. Elk concept representeert een perceptie, dus een subjectieve waarneming (Leventhal & Idler, 1999). Het model lijkt

zeer bruikbaar, want het richt zich specifiek op hulpzoekgedrag. Dit is exact datgene wat onderzocht dient te worden. Bovendien zijn sociale cognities, zoals percepties terug te zien in Leventhal's model. Perceptie is van belang bij dit onderzoek, want dit houdt in dat de subjectieve beleving (perceptie) van het individu naar voren komt. Ook de concepten emotionele staat, coping procedures en ziekte representaties zijn concepten die de beleving van hulpzoekgedrag goed lijken te verklaren. Om deze redenen wordt dit model meegenomen bij het onderzoek naar hulpzoekgedrag.

Toch mist Leventhal's model enkele concepten, zoals persoonlijkheidsfactoren en de sociale omgeving. Bovendien wordt er geen verschil gemaakt tussen intentie en gedrag. Met het model van Leventhal kan tot nu toe gedeeltelijk het hulpzoekgedrag van ouderen onderzocht worden. Andere theoretische modellen zullen erbij gehaald moeten worden om het hulpzoekgedrag compleet te kunnen onderzoeken.

### 1.4.2 Cognitiemodellen

Aan de hand van het tweede type model, de cognitiemodellen, kan worden geconcludeerd dat verschillende sociaal cognitieve modellen het toekomstig gezondheidsgedrag (in dit geval hulp zoeken) kan verklaren. Hiertoe behoren de volgende modellen: HBM (Health Belief Model), TRA (Theory of Reasoned Action), PMT (Protection Motivation Theory), TPB (Theory of Planned Behaviour), de SCT (Social Cognitive Theory) en de fase modellen (Brug, Schaalma, Kok, Meertens, & Van der Molen, 2005; Conner & Norman, 2005). Er wordt gekeken welk model (of modellen) het beste kan worden toegepast bij het hulpzoekgedrag als aanvulling op het perceptiemodel van Leventhal.

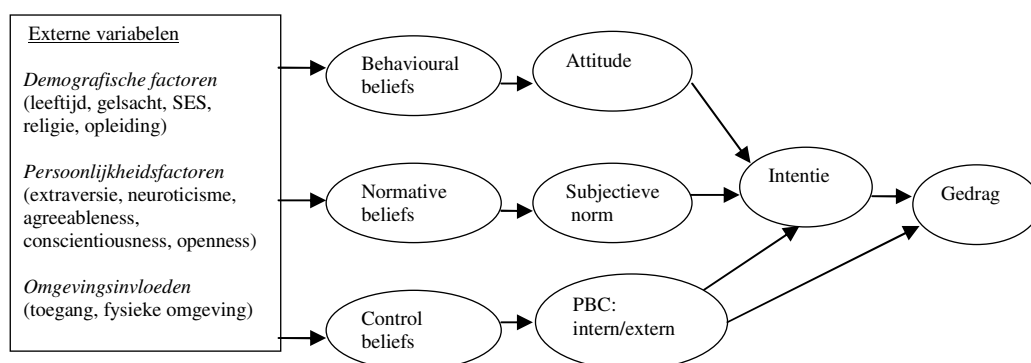
Na bestudering van onderzoeken die Conner en Norman (2005) beschrijven, vallen de HBM (Health Belief model), TRA (Theory of Reasoned Action) en de fase modellen af. Het HBM model wordt namelijk nog weinig toegepast en is wat achterhaald. Bovendien bestaat dit model uit een losse associatie van concepten. Verder zit er geen sociale component in. De TRA is verder ontwikkeld tot de TPB (Theory of Planned Behaviour) door toevoeging van perceived behavioural control (pbc; self-efficacy). Omdat de TPB een verbetering van de TRA is, wordt de TRA verder buiten beschouwing gelaten. "Bewijs dat interventies beter werken aan de hand van fase modellen is relatief zwak" (Conner & Norman, 2005, p. 13 ). Om deze reden, zullen deze fase modellen niet bij het onderzoek betrokken worden.

De sociale cognitiemodellen TPB (Theory of Planned Behaviour), SCT (Social Cognitive Theory) en de PMT (Protection Motivation Theory), blijven dus over. Ze worden hieronder besproken.

## 1.5 Integratie sociale cognitieve modellen

### 1.5.1 De Theory of Planned Behaviour (TPB)

De TPB (figuur 2) is een aanvulling op de TRA en bestaat uit: verwachtingen (beliefs), houding (attitude), subjectieve norm, mate waarin het gedrag als 'onder controle' wordt ervaren (perceived behavioural control), intentie en gedrag (Ajzen, 1991).



Figuur 2: Theory of Planned Behaviour (TPB)

De concepten uit de TPB blijken goed toepasbaar op hulpzoekgedrag. Dit is onder andere te zien aan onderzoeken van Duzijn (2006), Hosman (1983) en Westerhof et al. (2006).

Dat attitude van invloed kan zijn op hulpzoekgedrag heeft Duzijn in haar onderzoek laten zien. Uit onderzoek naar de attitude ten aanzien van (hulp zoeken voor) psychische problemen concludeert ze het volgende: “Ouderen staan in het algemeen redelijk positief tegenover psychische problematiek en hulp zoeken. In tegenstelling tot de 65+’ers vinden jongere ouderen psychische klachten echter niet vanzelfsprekend bij het ouderdom horen. Ze zijn ook meer overtuigd van behandel mogelijkheden, herkennen de symptomen beter, ervaren minder schaamte omtrent (hulp zoeken bij) psychische problematiek en kunnen ermee meer dan de oudere leeftijdsgroep in hun sociale omgeving terecht (Duzijn, 2006).”

Ook Hosman(1983) liet destijds al in zijn onderzoek zien dat het concept attitude (houding ten aanzien van een specifiek gedrag die gebaseerd zijn op een aantal opvattingen over de gevolgen daarvan) invloed heeft op de intentie om wel of geen hulp te zoeken.

Behalve attitude, komen hierin ook de concepten perceived behavioural control (pbc; de mate waarin het gedrag als ‘onder controle’ wordt ervaren) en subjectieve norm naar voren. Het PBC concept komt bijvoorbeeld terug in de externe en interne factoren van controle.

Het herkennen van de symptomen, wat volgens Duzijn (2006) mede het hulpzoekgedrag kan bepalen, behoort bij interne PBC factoren, namelijk de vaardigheden (skills) en informatie die nodig zijn om de symptomen te herkennen. Hosman (1983) geeft eveneens in zijn onderzoek aan dat gewoonten en vaardigheden een rol spelen bij de totstandkoming van hulpzoekgedrag.

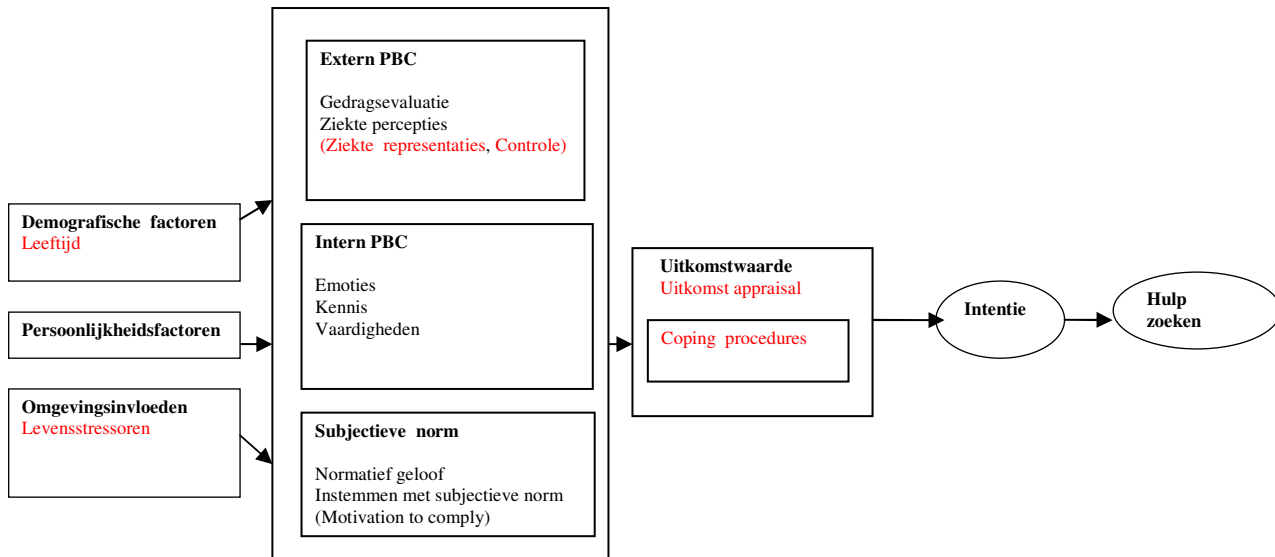
Ook het onderzoek van Westerhof et al. (2006) geeft aan dat de TPB (Theory of Planned Behaviour) als goed model zou kunnen dienen om de concepten uit toe te passen op het hulpzoekgedrag van ouderen. Aan de hand van theoretische vergelijkingen wordt door Mackenzie en collega’s geconcludeerd, dat de TPB een solide theoretische achtergrond zal blijken om hulpzoekgedrag van ouderen te onderzoeken (Westerhof et al., 2006). Bovendien geven Westerhof et al. (2006) aan dat het probleem van hulpzoekgedrag bij ouderen voornamelijk ligt in het herkennen en erkennen van de eigen nood om professionele hulp te vinden. Het kunnen herkennen en erkennen van deze nood voor hulp hangt samen met de attitude, of ook wel evaluaties van gedrag. Daarnaast hangen de interne PBC factoren: “informatie, kennis en vaardigheden” samen met het herkennen van de noodzaak van professionele hulp. Deze overeenkomstige resultaten tussen beide onderzoeken van Duzijn en Westerhof et al. (2006) zijn opvallend. Daarop aanvullend blijkt dat meerdere concepten uit Leventhal’s perceptiemodel onder te brengen zijn in concepten van de TPB.

### 1.5.2 Integratie sociaal cognitief model (TPB) en attributiemodel (Leventhal)

Door de twee modellen van Leventhal en de TPB te integreren wordt voorkomen dat concepten dubbel in het nieuwe model zullen voorkomen. Bovendien krijgt elk concept op die manier de juiste waarde en de juiste positie in het nieuwe model van hulpzoekgedrag.

Uit de integratie van de modellen TPB en Leventhal’s perceptiemodel komt het volgende model van hulpzoekgedrag tot stand:

De concepten uit Leventhal’s perceptiemodel zijn in het rood weergegeven. De andere concepten komen uit de Theory of Planned Behaviour.



*Figuur 3: Nieuw model van hulpzoekgedrag: TPB en Leventhal's model geïntegreerd*

In dit nieuwe model van hulpzoekgedrag komen de concepten uit de TPB nadrukkelijker naar voren, dan de concepten uit Leventhal's theorie. Een belangrijke aanvulling van de TPB op Leventhal's perceptiemodel is voornamelijk dat de TPB niet alleen rekening houdt met de perceptie en daarmee de cognities van mensen, maar ook met andere meer externe variabelen, zoals demografische factoren, persoonlijkheidsfactoren en omgevingsfactoren. Het effect en daarmee het belang van deze factoren voor hulpzoekgedrag en de intentie om hulp te zoeken wordt hieronder toegelicht.

#### *Demografische factoren*

Ten eerste komen de demografische factoren aan bod. Hieronder wordt in dit model het volgende bedoeld: leeftijd, geslacht, SES (Sociaal Economische Status), religie en opleiding.

De invloed van demografische factoren in dit model is indirect. In de TPB (figuur 2) is te zien dat demografische factoren een rol spelen op intentie en gedrag, via de sociale cognities. In Leventhal's model (figuur 1) heeft leeftijd een meer centrale plek.

De invloed van leeftijd en andere demografische factoren is in meerdere onderzoeken (Duzijn, 2006; Hosman, 1983; Knipscheer, Kok, & Kleber, 2005) van hulpzoekgedrag naar voren gekomen.

Demografische factoren lijken een rol te spelen bij hulpzoekgedrag.

Zo blijkt uit onderzoek van Duzijn (2006) het volgende:

De leeftijdscategorie 50-65 onderscheidt zich van de 65+'ers door een gemiddeld hoger inkomen en een hogere opleiding. Toch blijft zeker tien procent van de toekomstige ouderen in een ongunstige sociaaleconomische positie verkeren. De verwachte betere sociaaleconomische positie van de toekomstige generatie ouderen heeft een gunstig effect op de psychische gezondheidstoestand. In termen van zorgvraag blijken hoger opgeleide mensen met meer inkomen eerder een beroep te doen op zorg. (p. 6)

Dit komt overeen met de resultaten van Knipscheer et al. (2005). In dat onderzoek komt het belang van demografische factoren voor hulzoekgedrag naar voren. Het onderzoek van Knipscheer et al. (2005) is gebaseerd op onderzoek naar hulpzoekgedrag van migranten. Aan de hand van regressieanalyse komen hierbij de culturele achtergrond, leeftijd, opleidingsniveau en inkomstenbron als significante voorspellers van hulpzoekgedrag naar voren. Met name het opleidingsniveau en het hebben van betaald werk zijn volgens onderzoek van Knipscheer et al. (2005) doorslaggevend voor hulpzoekgedrag.

Hosman (1983) heeft een soortgelijk resultaat gevonden. In dat onderzoek wordt aangegeven dat vrouwen eerder geneigd zijn tot hulpzoekgedrag, dan mannen. Verder bleek uit onderzoek van Hosman (1983) dat hogere SES groepen vaker en eerder hulp zoeken als reactie op ernstige psychosociale problematiek, dan

lagere SES groepen. Om deze redenen zijn demografische factoren opgenomen in het nieuwe model van hulpzoekgedrag.

### *Persoonlijkheidsfactoren*

Ten tweede kunnen persoonlijkheidsfactoren niet overgeslagen worden.

Onder persoonlijkheidsfactoren vallen de dimensies van de Big five: extraversie (extraversion), neuroticisme (neuroticism), openheid (openness), vriendelijkheid (agreeableness) en (conscientiousness) consciëntieusheid (McCrae & Costa, 2003). “Persoonlijkheidsfactoren zijn van belang voor hulpzoekgedrag, vanwege de bevinding dat persoonlijkheidsfactoren positief (optimisme) of negatief (negatief affect) geassocieerd zijn met gezondheidsgedrag” (Conner & Norman, 2005, p. 4).

Negatief affect is kenmerkend voor mensen die hoog scoren op de persoonlijkheidsfactor neuroticisme. Zij hebben gemiddeld vaker last van depressiviteit, angst en schuldgevoelens. Zij blijken ook gevoeliger te zijn voor stress, zullen gewone situaties eerder als bedreigend ervaren en hebben moeite met het verwerken van tegenslagen of kleine frustraties (McCrae & Costa, 2003). Om deze redenen is te verwachten dat mensen die hoog scoren op de persoonlijkheidsfactor neuroticisme eerder geneigd zijn om hulp te zoeken.

Een reden om persoonlijkheid als concept met *indirecte* invloed te beschouwen, is dat persoonlijkheid een redelijk stabiele factor blijkt te zijn. Hier is weinig invloed op uit te oefenen, dus het is een indirecte factor. Dat persoonlijkheidsfactoren invloed hebben op hulpzoekgedrag wordt mede bevestigd door Overbeek et al. (2004). Overbeek geeft namelijk aan dat bij het ontstaan en/of in stand houden van psychische problematiek genetische factoren, leefsituatie, leefstijl, externe omstandigheden en *persoonlijkheid* een rol spelen.

### *Omgevingsfactoren*

Ten derde mag de invloed van omgevingsfactoren niet ontbreken. Dit zou namelijk een onvolledig beeld kunnen geven. Met omgevingsinvloeden wordt in het nieuwe model van hulpzoekgedrag het volgende bedoeld: toegang tot gezondheidszorg, bereikbaarheid, kosten en beschikbaarheid van de gezondheidszorg. Ook levens stressoren uit Leventhal's perceptiemodel vallen onder dit concept. Levensstressoren zijn namelijk de invloeden van gebeurtenissen en komt dus van buitenaf. Hiermee bevestigt Leventhal's perceptiemodel het belang om dit TPB concept in het nieuwe model van hulpzoekgedrag te plaatsen.

### *Cognitieve factoren*

Vervolgens blijven er voornamelijk concepten over die tot de cognitieve factoren kunnen worden gerekend. Cognitieve factoren zijn onder andere de concepten: extern PBC, intern PBC, en subjectieve norm. Het spreekt voor zich dat bij de integratie van de twee modellen, Theory of Planned Behaviour (TPB) en Leventhal's perceptiemodel, cognitieve factoren terug komen in het nieuwe model. Ze spelen in sociaal cognitieve modellen (SCM) zoals de Theory of Planned Behaviour (TPB) een centrale rol. Conner en Norman (2005) geven aan dat cognitieve factoren gezien worden als de meest belangrijke, dichtbij liggende determinanten.

In de TPB zijn de meeste concepten dan ook gebaseerd op cognitieve factoren. Dit betreft namelijk de concepten: attitude (evaluatie van gedachten over uitkomstverwachtingen), PBC en subjectieve norm. Vandaar de centrale plaatsing van de zojuist genoemde (voornamelijk) cognitieve concepten in het nieuwe model (figuur 3).

### *Intern en extern PBC*

De concepten van de TPB zijn echter meer opgesplitst en concreter dan de twee cognitieve factoren van Leventhal's perceptiemodel. Vandaar dat de concepten intern en extern PBC (Perceived Behavioural Control) uit de TPB (Theory of Planned Behaviour) in het nieuwe model als uitgangspunt worden genomen.

Leventhal's perceptiemodel bevat bijvoorbeeld wel het concept 'differentiatie (on)controleerbaar', maar maakt hierbij geen onderscheid tussen interne controle (intern PBC) en externe controle (extern PBC). Dit

onderscheid maakt de TPB wel. Onder intern PBC valt volgens de TPB (Theory of Planned Behaviour) de begrippen: kennis, vaardigheden (skills) en emoties (Brug et al., 2005). Hierbij valt nogmaals de link te leggen naar Leventhal's perceptiemodel. In Leventhal's model worden namelijk emoties als losstaand concept benoemd. In het nieuwe model valt het concept emoties, net als bij de TPB, onder het concept intern PBC.

Het extern PBC bestaat in de TPB uit beoordelingen of men denkt dat men controle heeft over toegang tot de benodigde bronnen en kansen om het (hulpzoek)gedrag succesvol uit te voeren. Het gaat hierbij met name om de kansen, afhankelijkheid van anderen en barrières bij het bereiken van het hulpzoekgedrag (Brug et al., 2005).

In Leventhal's perceptiemodel zien we bijvoorbeeld een aantal concepten (ziekte representaties, uitkomst appraisal, controleerbaar/oncontroleerbaar) die onder extern PBC kunnen worden genoemd. Het concept controle wordt in Leventhal's perceptiemodel als apart construct weergegeven. In het nieuwe model valt het concept onder de evaluatie die volgt aan de hand van ziekteperceptie. Het begrip controle wordt in Leventhal's perceptiemodel als apart concept neergezet. Dit zal geen objectieve controle zal zijn, om die reden dat Leventhal's perceptiemodel een *perceptiemodel* is. Toch dekt het PBC (Perceived Behavioural Control; de mate waarin het gedrag als onder controle wordt ervaren) beter de waarde van het begrip. Hetzelfde geldt voor het concept doelsymptoom uit Leventhal's perceptiemodel. Dit concept is niet in het nieuwe model terug te vinden. De reden hiervoor is dat het symptoom van de ziekte (in dit geval geestelijk) niet feitelijk wordt waargenomen. Bij de beoordeling van het doelsymptoom hangt namelijk een perceptie vast, zoals de ernst van het symptoom. Om deze reden valt het concept doelsymptoom onder het concept ziekte representaties.

Doordat vele begrippen die onder PBC (Perceived Behavioural Control) kunnen worden ingedeeld, is het niet vreemd dat in het nieuwe model PBC een centrale rol speelt. Helemaal niet als men zich beseft dat: "het PBC concept overlapt met het concept self-efficacy" (Conner & Norman, 2005, p. 10).

Self-efficacy wordt door Conner en Norman (2005) beschreven als: "Een verwachting van een persoon dat de gedragsprestatie binnen zijn of haar controle is" (Conner & Norman, 2005, p. 10). "Self-efficacy wordt bepaald aan de hand van uitkomstverwachtingen en kansen en barrières" (Conner en Norman, 2005, p. 128). Dit dekt volledig het concept extern PBC uit het nieuwe model van hulpzoekgedrag.

#### *Uitkomstwaarde en coping*

Een ander concept dat in het nieuwe model een andere naam en plaatsing heeft gekregen na integratie van de TPB en Leventhal's perceptiemodel, is het concept evaluatie. Dit concept evaluatie (uitkomst appraisal) staat in Leventhal's model aan het eind (figuur 1). In het nieuwe model heeft het concept niet dezelfde plaatsing als in Leventhal's model, omdat de manier waarop betrokkene met de evaluatie besluit te om te gaan (uitkomstwaarde) van invloed is op de *intentie* tot hulpzoekgedrag, maar niet direct op *hulpzoekgedrag*. Wel wordt uitkomst waarde (uitkomst appraisal) in het nieuwe model, net als in Leventhal's model als apart concept genoemd, in plaats van dat het bijvoorbeeld onder extern PBC zou worden behandeld.

De reden hiervoor is dat de uitkomstwaarde een soort conclusie is, waarop de intentie wordt gebaseerd. In het nieuwe model is coping procedure een onderdeel van het concept uitkomstwaarde. Coping komt uit Leventhal's model, maar wordt als onderdeel van uitkomstwaarde benoemd, omdat verwacht wordt dat coping stijlen bepalen wat de uitkomstwaardering (outcome value) wordt. Of andere sociaal cognitieve modellen, zoals de PMT en SCT deze verwachting ondersteunen, wordt verderop al dan niet bevestigd.

Vervolgens is het van belang om verdere aanvullingen van de TPB die niet in Leventhal's perceptiemodel voorkomen te benadrukken. Het gaat hierbij om de concepten subjectieve norm en intentie.

#### *Subjectieve norm*

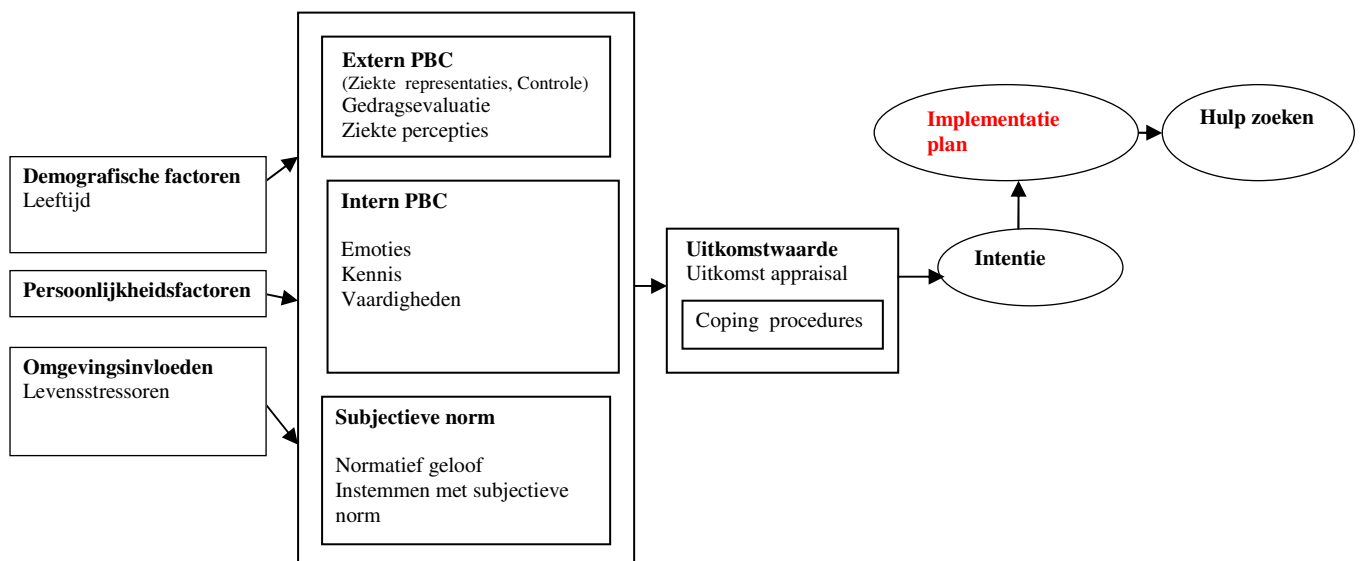
Subjectieve norm is de mate waarin anderen vinden dat het (hulpzoek)gedrag moet worden uitgevoerd. De mate van instemmen met de subjectieve norm (motivation to comply) is hier een onderdeel van. Door

toevoeging van dit concept uit de TPB in het nieuwe model wordt er rekening gehouden met de invloed van anderen op de intentie van ouderen om wel, of geen hulp te zoeken. Het belang van subjectieve norm wordt naar voren gebracht door Conner en Norman (2005). Conner en Norman (2005) laten zien dat alleen de TPB als enige gezondheidsmodel subjectieve norm expliciet benoemen, terwijl de omgeving meestal van invloed is op gedrag. In andere modellen van gezondheidsgedrag wordt het uitsluiten van het expliciet noemen van de subjectieve norm door Conner en Norman als beperking gezien. Het model van Leventhal bevat inderdaad geen subjectieve norm. Toch lijkt subjectieve norm van invloed te kunnen zijn op bijvoorbeeld de uitkomstwaarde (appraisal) van Leventhal's model. Dit is een reden om subjectieve norm wel apart te noemen in het nieuwe model en het dan met name te richten op: de mate van instemming met de subjectieve norm (motivation to comply).

### Intentie

Intentie wordt in meerdere modellen (onder verschillende concepten) als tussen liggende variabelen gebruikt, die de relatie tussen andere sociaal cognitieve variabelen en gedrag weergeven. Conner en Norman (2005) concluderen dat gedragsintentie in alle modellen als bemiddelende variabele tussen sociaal cognitieve variabelen en gedrag zou moeten komen. Volgens Conner en Norman (2005) is: "intentie niet alleen de sterkste voorspeller van gedrag, maar het geeft ook het eind aan van de motivationele fase" (Conner & Norman, 2005, p. 18). Dat is de reden dat intentie in dit nieuwe model als bemiddelende variabele tussen sociale cognities en gedrag is geplaatst. Zoals net al werd genoemd, zal intentie enkel voortvloeien uit een adaptieve coping strategie.

Sterk punt van het TPB is dat het een goede voorspelling geeft van de gedragsintentie van gezondheidsgedrag (Conner & Norman, 2005). Het voorspelt hiermee nog niet het feitelijke gedrag. Het gat tussen intentie en gedrag zal dus op een andere manier verkleind moeten worden om de TPB voor het nieuwe, geïntegreerde hulpzoekgedrag als goed toepasbaar model te doen laten gelden. Hier komt een ander concept bij kijken, namelijk het concept: implementatieplan (cues to action).



Figuur 4: Nieuw model van hulpzoekgedrag: Implementatieplan

### Implementatieplan

Implementatieplannen zijn de specifieke actieplannen die men maakt om van intentie tot gedrag te komen. Zonder implementatieplannen ontstaat er een discrepantie (een gat) tussen intentie en gedrag (Conner & Norman, 2005; Gollwitzer & Sheeran, 2003). Gollwitzer en Sheeran (2003) laten zien dat het noodzakelijk is om actieplannen te specificeren in waar, wanneer en hoe een intentioneel gedrag wordt gepresteerd. Op deze manier wordt intentie omgezet in feitelijk gedrag. Conner en Norman (2005) geven hiermee ook de nood aan om dit concept in alle gezondheidsmodellen toe te passen, om op die manier deze discrepantie te verkleinen. De vraag of geïnterviewden inderdaad deze implementatieplannen hebben toegepast, om hun



intentie in gedrag om te zetten, zou het verschil kunnen verklaren tussen mensen die alleen de intentie hadden om hulp te zoeken en mensen die daadwerkelijk hulp hebben gezocht.

## 1.6 Integratie overige sociale cognitiemodellen

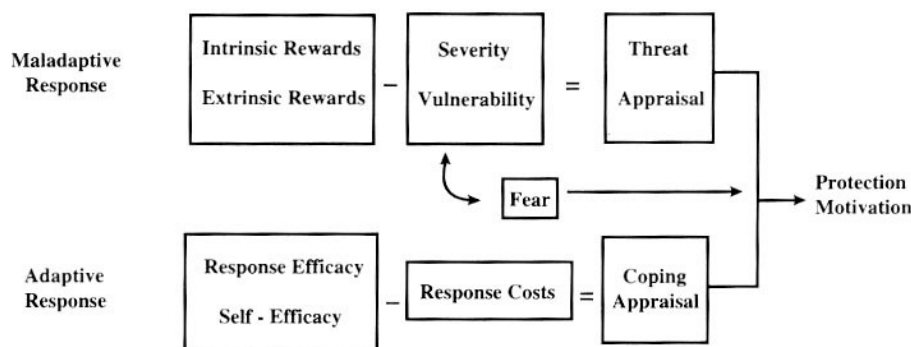
De overgebleven sociale cognitiemodellen: de SCT (Social Cognitive Theory) en de PMT (Protection Motivation Theory) die een aanvulling op het nieuwe model kunnen zijn, worden nu besproken. Het nieuwe model zal aan de hand van deze concepten waar mogelijk worden aangevuld.

### 1.6.1 De Social Cognitive Theory (SCT)

De SCT (Social Cognitive Theory) gaat uit dat gedragsverandering plaats vindt door 'gevoel van controle' (self-efficacy). Dit kan geformuleerd worden als: het denken dat je het aan kan en gedachten die je hebt over actie consequenties (uitkomstverwachtingen) of eigen effectiviteit verwachting (Brug et al. 2005). Het SCT model is beperkt, want het richt zich vooral op de self-efficacy en laat andere concepten weg. Bovendien wordt self-efficacy overlapt door het concept PBC (Conner & Norman, 2005, p. 10). Brug et al. (2005) sluiten erbij aan dat de SCT overbodig wordt, doordat het concept self-efficacy inhoudelijk overeenkomt met de TPB (Theory of Planned Behaviour). Om deze reden valt het SCT model af. Dit model lijkt ongeschikt als model om hulpzoekgedrag in kaart te brengen.

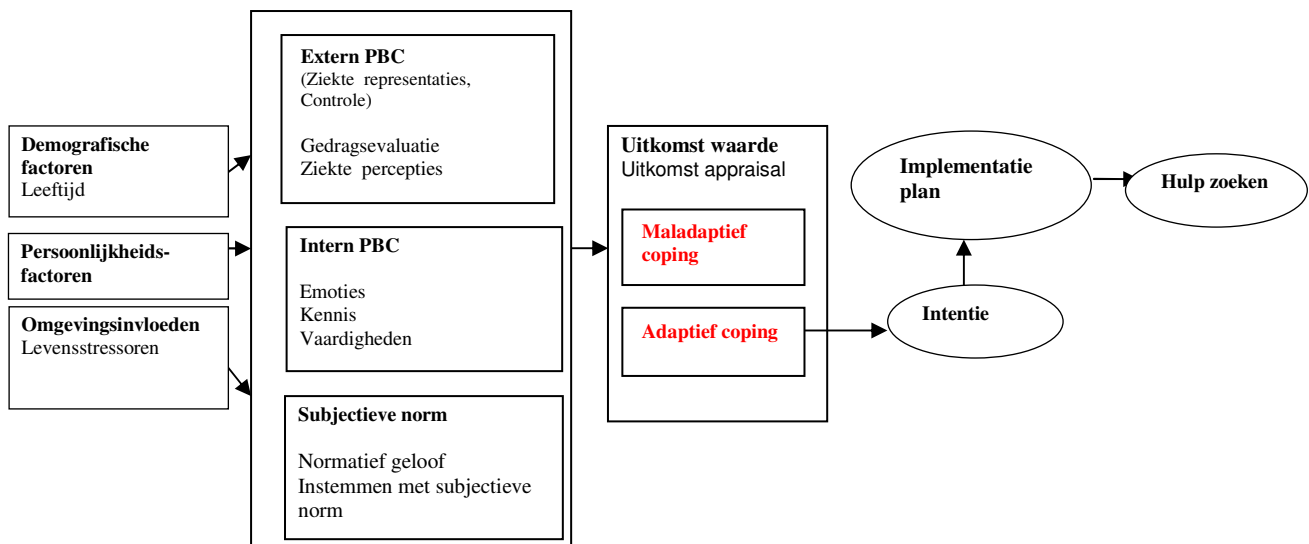
### 1.6.2 De Protection Motivation Theory (PMT)

De PMT (Protection Motivation Theory) lijkt nu door het besluit om de TPB toe te passen eveneens minder van belang. De TPB blijkt namelijk een goede aanvulling op de punten die angstmodellen (fear-appeal modellen) zoals de PMT missen (Conner & Norman, 2005). De PMT overlapt namelijk de TPB. Aan de hand van perceptie over de dreiging, zoals ernst (severity), kwetsbaarheid (vulnerability) en door de cognitieve factoren wordt de intentie tot hulpzoekgedrag geëvalueerd. De concepten ernst en kwetsbaarheid uit de PMT (Brug et al., 2005; Rogers, 1983) overlapt hiermee het concept ziekte percepties uit het extern PBC. Het lijkt dus vanzelfsprekend om de PMT er niet bij te betrekken nu de TPB wordt toegepast.



Figuur 5: Protection Motivation Theory (PMT)

Een andere reden om de PMT wel bij het nieuwe model te betrekken, is dat in de PMT het concept coping nadrukkelijk aan bod komt. Dit heeft de TPB niet, terwijl het specifieke hulpzoekgedrag model van Leventhal deze coping procedures wel als belangrijke concepten voor hulpzoekgedrag meenemen. Leventhal's perceptiemodel heeft er voor gezorgd dat het algemene concept coping al in het nieuwe hulpzoekgedrag model is opgenomen, maar maakt in tegenstelling tot de PMT geen onderscheid in de verschillende vormen van coping. Dit vormt het besluit om de concepten maladaptief en adaptief coping van de PMT te gebruiken aan te vullen bij het nieuwe model (figuur 6).



Figuur 6: Nieuw model van hulpzoekgedrag: PMT concepten

Het concept uitkomstwaarde wordt nu door toevoeging van concepten uit de PMT opgesplitst in twee soorten coping namelijk maladaptief (negatieve uitkomst) en adaptief coping (positieve uitkomst).

#### Maladaptief coping

Maladaptief coping wordt toegepast als er sprake is van een bedreiging voor de gezondheid, in de afwezigheid van een effectieve coping strategie. In dat geval worden er activiteiten ondernomen die de angst in relatie tot de bedreiging verminderen, zonder dat de dreiging zelf wordt aangepakt (Rippetoë & Rogers, 1987).

#### Adaptief coping

Bij adaptief coping wordt de intentie gevormd om strategieën te ontwikkelen (hulp zoeken), waarmee het probleem (psychische klachten) wordt opgelost (Brug et al., 2005). Deze stap vloeit voort uit de uitkomstwaarde als men zichzelf in staat acht om het probleem aan te kunnen.

Coping staat binnen het concept uitkomstwaarde, want in de PMT is protectie motivatie de conclusie (uitkomstwaarde) die voortvloeit uit de inschatting van de dreiging (threat appraisal) met inschatting van coping strategieën (coping appraisal) (Brug et al., 2005; Rogers, 1983). Hierdoor lijkt het erop dat uitkomstwaarde het concept intentie zou kunnen vervangen. Intentie wordt niet vervangen door uitkomstwaarde, omdat in de PMT naar voren komt dat enkel adaptief coping tot een intentie zal leiden.

Zoals eerder werd benoemd, is het ook van belang om te kijken naar modellen die het concept hulpzoekgedrag bevatten. Een model dat hier specifiek op gericht is, is Mechanic's model.

## 1.7 Integratie specifiek hulpzoekgedrag model

### 1.7.1 Mechanic's sociopsychologisch benaderingsmodel

Het sociopsychologisch benaderingsmodel in relatie met het gedrag rond het gebruik van gezondheidsvoorzieningen van Mechanic (Mechanic, 1978) bevat tien determinanten van hulpzoekgedrag:

1. De zichtbaarheid en de herkenbaarheid van ziektesymptomen en tekens
2. De mate waarin de symptomen als ernstig worden beschouwd
3. De mate waarin symptomen het familiale leven het werk of de sociale activiteiten storen
4. De frequentie waarmee deviante symptomen of tekens zich voordoen
5. De tolerantie van diegenen die de deviante symptomen of tekens moeten ondergaan
6. Beschikbare informatie, kennis en culturele waarden en begrippen van de evaluator
7. Basisnoden die leiden tot ontkenning
8. Noden in competitie met ziekte respons

- 9 Competitieve mogelijke interpretaties die aan de symptomen kunnen worden toegeschreven
- 10 Beschikbaarheid van behandeling, kosten van diagnosemiddelen, fysieke beschikbaarheid van hulp.

*Figuur 7: Mechanic's sociopsychologisch benaderingsmodel: 10 determinanten van hulpzoekgedrag*

Deze determinanten overlappen grotendeels concepten uit het nieuwe model. Toch wordt dit model in het onderzoek meegenomen, omdat het model specifiek de concepten vertaalt naar hulpzoekgedrag. Het concept perceived severity (ernst) uit de PMT wordt bijvoorbeeld in Mechanic's model concreet vertaald naar: "De mate waarin de symptomen als ernstig worden beschouwd (Mechanic, 1978)." Dit is met name van toepassing bij de interviews waar de concepten helder, concreet, maar ook met voldoende waarde naar voren dienen te komen. Bovendien bevestigt het model van Mechanic het belang om een aantal concepten in het nieuwe model op te nemen. Voorbeelden van concepten die in Mechanic's model terug komen zijn intern pbc en maladaptief coping. Mechanic's determinant beschikbare informatie, kennis en culturele waarden en begrippen, valt onder het concept intern PBC. In Mechanic's model is maladaptief coping opgenomen in het determinant: basisnoden die leiden tot ontkenning. Mechanic's model zal om die reden als concrete invulling bij de interviews naar voren komen.

## **1.8 Hoop en schaamte concepten**

Alle relevante modellen zijn geïntegreerd. Het enige wat nog rest zijn de eerdergenoemde hypothesen over hoop en schaamte. Deze blijken niet (nadrukkelijk) naar voor te komen in de besproken sociale cognitie modellen en in modellen van hulpzoekgedrag. Dit terwijl uit het onderzoek van Duzijn (2006) naar voren komt dat hoop mee zou kunnen spelen bij hulpzoekgedrag.

### 1.8.1 Hoop concept

Hoop zou een concept kunnen zijn dat ten grondslag ligt aan hulpzoekgedrag, omdat Duzijn (2006) heeft ondervonden dat jongere ouderen er meer van overtuigd blijken te zijn dat psychische klachten te genezen zijn dan oudere ouderen. Of het concept hoop er werkelijk aan ten grondslag ligt, moet nog worden onderzocht.

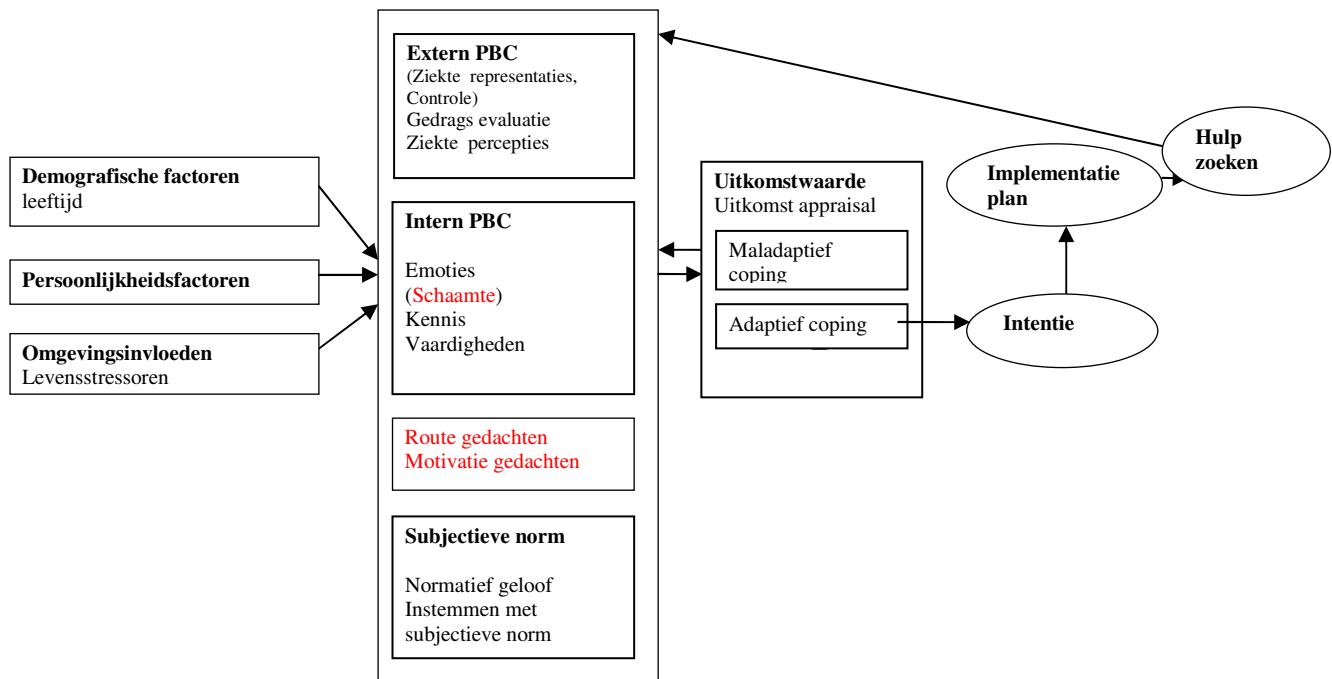
De hoop theorie kan dus wellicht inzicht geven in het dilemma waarom de ene mens het gegeven de omstandigheden wel redt en dat een ander daarbij hulp zoekt.

Hoop wordt als volgt gedefinieerd: "Hoop is een positief motivationele staat dat gebaseerd is op een interactief gevoel van succesvolle agency en pathways" (Snyder, 2000, p.8).

Deze definitie is een andere definitie van hoop, zoals het in de volksmond wordt toegepast. Om deze reden is voorzichtigheid vereist bij het meten van hoop als zodanig concept.

In de hoop theorie worden uitkomstverwachtingen en evaluaties over de uitkomstwaarde beschreven aan de hand van mogelijke routen (pathway thoughts) en motivaties (agency thoughts). Agency thoughts wordt door Snyder (2000) beschreven als: "concept wat het motivatiecomponent naar het doel bevat" (Snyder, 2000, p.8). "Pathway thoughts zijn routen (verschillende mogelijke manieren) om het doel te bereiken. Deze zijn via ervaring en kennis verkregen" (Snyder, 2000, p.8).

Wordt er zorgvuldig gekeken naar de concepten agency thoughts en pathway thoughts, dan overlapt dit de concepten evaluaties, self-efficacy en percepties die een individu maken. Dit gebeurt via de concepten: PBC, percepties en evaluaties. De agency thoughts en pathway thoughts zouden om die reden niet meer apart hoeven worden benoemd. Dit wordt echter wel gedaan om er van verzekerd te zijn dat het concept hoop gemeten wordt (figuur 8).



Figuur 8: Nieuw model van hulpzoekgedrag: Hoop theorie concepten

### 1.8.2 Schaamte concept

Dezelfde voorzichtigheid geldt voor het concept schaamte. Er is namelijk nog niet voldoende bewijs dat er een relatie bestaat tussen schaamte en hulpzoekgedrag. Het zou kunnen zijn dat dit concept naar voren komt tijdens het onderzoek.

Een ondersteuning van deze hypothese komt uit het onderzoek van Knipscheer et al. (2005). Bij de vraag uit dit onderzoek: waar men naar toe zou gaan voor hulp, bleek dat de helft van de respondenten het geen probleem vond om hulp te vragen bij de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer een derde vond dit echter zeer moeilijk, onder meer vanwege de angst niet serieus genomen te worden en de *schaamte* om over de problematiek te praten.

Onderzoek van Duzijn (2006) geeft eveneens reden om schaamte als hypothese te formuleren. In het onderzoek onder vijftig plussers in het werkgebied van Mediant is een vragenlijst voorgelegd, die betrekking heeft op psychische klachten, de attitude ten aanzien van psychische gezondheid, hulpzoekgedrag en wensen ten aanzien van het hulpverleningsaanbod. Uit de stelling: 'Ik zou me schamen als ik psychische problemen zou hebben.' (N=816) bleek dat jongere ouderen (50-65 jaar) significant minder schaamtegevoel omtrent het hebben van psychische klachten rapporteren, dan 65-plussers.

Het concept schaamte zal niet specifiek worden gemeten, omdat het een voorzichtige hypothese is dat schaamte een rol speelt bij hulpzoekgedrag. Schaamte is een emotie en zal om die reden onder dit concept worden geplaatst.

## 1.9 Determinanten van de studie

Samenvattend worden de volgende concepten onderzocht: concepten uit de TPB, concepten uit Leventhal's perceptiemodel, Mechnic's determinanten van hulpzoekgedrag, de PMT en de hoop theorie. De hypothese is dat de concepten schaamte en hoop een rol spelen bij hulpzoekgedrag. Er wordt verwacht dat aan de hand van deze concepten het verschil in hulpzoekgedrag tussen 50-60 en 65+ ouderen kan worden beschreven. Bovendien wordt verwacht dat er aan de hand van deze concepten een beeld wordt gevormd van het hulpzoekgedrag. Met name gericht op de subjectieve beleving (perceptie) van de ouderen.

## 2 METHODEN

*In dit hoofdstuk wordt besproken welke methoden zijn toegepast om het onderzoek uit te voeren. Dit hoofdstuk beschrijft hoe het onderzoek is aangepakt. In paragraaf 2.1 zal eerst het design worden beschreven, waarnaar de meetinstrumenten in paragraaf 2.2 aan bod komen. Paragraaf 2.3 geeft aan op welke manier respondenten en instellingen zijn geworven. Vervolgens wordt in paragraaf 2.4 de onderzoeksgroep besproken. Hierin komen onder andere de steekproefmethode, onderzoeksgrootte, inclusiecriteria en demografische variabelen aan bod. Ten slotte zal in paragraaf 2.5 aangegeven worden hoe de gegevens zijn geanalyseerd.*

### 2.1 Design

Het onderzoek is een explorerend, kwalitatief onderzoek naar hulpzoekgedrag van ouderen. Het onderzoek staat nog in de begin fase. Om die reden is het onderzoek explorerend. Er zijn vele richtingen mogelijk die nog onderzocht kunnen worden. Het kwalitatieve onderzoek dient als vervolg op kwantitatief onderzoek naar hulpzoekgedrag van Duzijn (2006). Er werd kwalitatief onderzoek gedaan om de perceptie van ouderen ten opzichte van hulpzoekgedrag in beeld te krijgen. Door middel van doorvragen kunnen gevoelige onderwerpen, zoals schaamte onderzocht worden.

### 2.2 Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd, semigestructureerde interview (bijlage I) en een q-sort sorteertaak (bijlage G). De items uit de interviewvragen en sorteertaak zijn geoperationaliseerd aan de hand van concepten uit een geïntegreerd theoretisch hulpzoekgedrag model.

#### 2.2.1 Hulpzoekgedrag model

Eerst is theoretisch onderzoek gedaan. Dit theoretische onderzoek bestond uit analyses van eerdere kwantitatieve onderzoeken naar hulpzoekgedrag van ouderen, zoals de onderzoeken van Duzijn (2006), Westerhof et al. (2006) en Hosman (1983). Vervolgens is er uit bestaande modellen een nieuw geïntegreerd model van hulpzoekgedrag samengesteld. Het geïntegreerde model is samengesteld uit: concepten van de TPB, concepten uit Leventhal's perceptiemodel, Mechnic's determinanten van hulpzoekgedrag, de PMT en de hoop theorie. Het schaamte concept is eraan toegevoegd. De concepten waaruit het model bestaat zijn terug te vinden in figuur 8.

#### 2.2.2 Interview

Het interview is semigestructureerd opgesteld met als reden dat verondersteld wordt, dat concepten uit het hulpzoekgedrag model invloed hebben op hulpzoekgedrag. Deze concepten komen door middel van semigestructureerd interview aan bod.

Een open interview zou problemen geven bij het labelen en de codering. Het is te ruim en het zou lastig zijn om interviews met elkaar te vergelijken. Bij een volledig gestructureerd interview zou veel informatie dat van belang kan zijn niet aan bod komen.

Een semigestructureerd interview daarentegen geeft de onderzoeker de ruimte om door te vragen op bepaalde onderwerpen. Eveneens kan er door semigestructureerd interview voldoende tijd worden vrijgemaakt om het vertrouwen met de respondent op te bouwen en een veilig gevoel te creëren.

Bovendien zorgt de structuur uit het semigestructureerd interview er voor dat alle concepten uit het geïntegreerde hulpzoekgedrag model uitgevraagd kunnen worden. Aan de hand van de standaardisering kunnen de interviews vergeleken worden middels codering en labeling.

De basis voor de interview items zijn de concepten uit het geïntegreerde hulpzoekgedrag model.

Voor definities van de concepten zie paragraaf 3.2: Wat is de invloed van concepten bij hulpzoekgedrag van 50-65 en 65+ ouderen?

De items uit de persoonlijkheidsvragenlijst zijn echter samengesteld aan de hand van een verkorte persoonlijkheidstest (123test, 1999) op basis van de vijf dimensies van persoonlijkheidskenmerken

(Hoekstra et al., 1996). Voor aspecten uit het concept emoties zijn de zes basisemoties van Ekman (1994) toegepast.

Hoop werd toegevoegd en geoperationaliseerd aan de hand van de definitie van Snyder (2000). De reden is dat Duzijn (2006) in het kwantitatieve onderzoek dezelfde definitie voor hoop gebruikt. Op deze manier sluit het kwalitatieve onderzoek daarop aan.

Het interview werd opgenomen met een recorder. Vooraf werd hier toestemming voor gevraagd.

Elk interview begon met een introductie, om duidelijkheid te geven over het onderzoek en om veiligheid en vertrouwen te creëren, waarna interviewvragen in een vaststaande volgorde werden doorlopen.

### 2.2.3 Q-sort

De basis voor de sorteertaak zijn dezelfde concepten die in het interview aan bod zijn gekomen (gebaseerd op het geïntegreerde hulpzoekgedrag model). Het verschil is echter dat bij de sorteertaak de invloed van alle concepten op hulpzoekgedrag direct gemeten werd. Bovendien gaven de interviewvragen ruimte voor verdieping. De q-sort is samengesteld als samenvattend onderdeel en vergroot de betrouwbaarheid. De concepten uit de interviews worden namelijk als het ware nogmaals gemeten. De vragen zijn echter directer gesteld.

De respondent kreeg een voor een concepten aangereikt. Voor een overzicht en beschrijving van concepten zie: bijlage G: Q-sort. Per concept werd aan de respondent gevraagd: Hoeveel invloed heeft het concept volgens u op hulpzoekgedrag? De respondent legde daarna het concept kaartje in een bakje en maakte daarbij de keuze uit de categorieën: geen, weinig, of gemiddelde invloed.

Indien een respondent niet wist wat het concept inhield werd er een toelichting gegevens volgens de beschrijving van de concepten (bijlage G).

Wist de respondent vervolgens na uitleg niet wat het concept in hield, dan werd er doorgedaan met de andere concepten en kwam het concept op het eind nog een keer aan bod. Als een respondent uiteindelijk geen antwoord kon geven, dan werd deze respondent niet meegeteld bij de score berekening wat betreft de invloed van het desbetreffende concept.

De concept kaarten werden continu in dezelfde volgorde aan de respondenten voorgelegd vanwege standaardisatie.

### 2.2.4 Pilot

Na de samenstelling van de interviewvragen en de q-sort sorteertaak is er twee keer een pilot studie gedaan (N=2), waarna de interviewvragen werden herzien. Met name de q-sort vragen zorgden in eerste instantie voor onduidelijkheid. Deze onduidelijkheden kwamen bij de tweede pilot studie niet meer aan bod. Vervolgens zijn instellingen en respondenten (zie paragraaf 2.4: Respondenten) geworven.

## **2.3 Werving**

### 2.3.1 Werving instellingen

Voor het onderzoek zijn verschillende instellingen benaderd. De twintig respondenten zijn uiteindelijk op de volgende manieren geworven, namelijk via:

Zorgboerderij Exterkate:	6
SWO Hof van Twente:	4
SWO Hengelo:	2
Kopij stadspost:	1
Kopij höfte weekblad:	2
Kopij nieuws van de week:	1
Wervingsbrief:	4

Voor de uitwerking van wervingsbrieven en kopij, zie bijlage D: Wervingsbrieven en kopij.

Werving van de deelnemers werd uitgevoerd bij welzijnsinstellingen binnen het werkgebied van Mediant (Het betreft de volgende gemeenten: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Losser, Oldenzaal, Hengelo en Enschede.). Er zijn verschillende instellingen benaderd die ouderen in het bestand hadden. Het was onmogelijk om dezelfde respondenten te werven, als de respondenten die betrokken waren bij het kwantitatieve onderzoek van Duzijn (2006), omdat destijds geen toestemming is gevraagd om hen opnieuw te mogen benaderen voor vervolgonderzoek. Via Mediant was werving niet mogelijk.

Door verschillende soorten instellingen (zowel laagdrempelige ouderenbonden, als meer zorgverlenende instellingen, zoals zorgboerderij) te benaderen zijn de respondenten uit de steekproef een betere representatie van de populatie. Daarnaast is er in verschillende bladen een kopij geplaatst om ouderen breder te werven en om beter te kunnen garanderen dat enkele respondenten die aan het onderzoek deelnemen wel en enkele geen hulp hebben gezocht. Respondenten die via de zorgboerderij werden geworven hebben bijvoorbeeld hulp gezocht, terwijl bij respondenten die op een kopij uit het weekblad reageren niet noodzakelijk hulp hebben gezocht bij instellingen voor bepaalde geestelijke gezondheidsklachten.

Op het moment dat er een overzicht was van de instellingen die konden worden benaderd is eerst een brief verstuurd met uitleg over het doel van het onderzoek, inclusiecriteria en uitleg over het interview met de aankondiging dat ongeveer een week na ontvangst van de brief telefonisch contact met de instelling zou worden opgenomen om te vragen of men zou willen deelnemen. Vervolgens is een week later gebeld om te vragen of de brief was ontvangen, of er nog vragen waren en of de instelling zou willen deelnemen. De mogelijkheden van de aanpak om deelnemers te werven werden besproken, gevolgd door een afspraak en een gesprek, waarna de werving per respondent plaats vond. In praktijk gebeurde deze aanpak volledig op deze manier bij de zorgboerderij. Stichting Welzijn Ouderen (SWO) gaf namen en telefoonnummers van mogelijke respondenten door, waarnaar de onderzoeker contact met de respondenten op kon nemen.

Instellingen die telefonisch niet bereikbaar waren werden gemailld. Bij geen reactie werd na twee weken een herinnering gestuurd en werd telefonisch getracht contact op te nemen. Voor een overzicht van instellingen die voor vervolgonderzoek te benaderen zijn zie bijlage C: Benaderde instanties. Er ging veel tijd verloren met overleg binnen organisaties. Meerdere ouderenbonden wilden niet meewerken aan het onderzoek wegens privacy van de cliënten en omdat men onvoldoende zicht had op het al dan niet voldoen van deelnemers aan inclusiecriteria.

### 2.3.2 Werving respondenten

Respondenten werden via de instellingen benaderd. Na overleg met de coördinator van de instellingen werden namen en telefoonnummers van mogelijke respondenten doorgegeven (SWO), of werden respondenten door de onderzoeker benaderd met de vraag om deel te nemen (zorgboerderij), of reageerden respondenten zelf telefonisch en via de mail (kopij). Alle respondenten waren aan de hand van aanmeldbrieven en kopij vooraf op de hoogte van de inhoud van het onderzoek, inhoud/duur van het interview (zie bijlage D: Wervingsbrieven en kopij) en voldeden al aan de inclusiecriteria. Vervolgens werd telefonisch een afspraak gemaakt bij respondenten thuis.

## **2.4 Respondenten**

### 2.4.1 Respondenten steekproefmethode en onderzoeksgrootte

Het onderzoek is gedaan aan de hand van een gestratificeerde steekproef (Baarda & De Goede, 2006). De reden voor een gestratificeerde steekproef is dat er twee deelpopulaties, of strata met elkaar vergeleken werden, namelijk tien 50-65'ers en tien 65+'ers. Er werd gestreefd naar vier strata met een quotum, namelijk: vijf vrouwelijke 50-65'ers, vijf mannelijke 50-65'ers, vijf vrouwelijke 65+'ers en vijf mannelijke 65+'ers. Uiteindelijk hebben echter slechts vier mannen (65+'ers) deelgenomen. Het quotum tien respondenten uit beide leeftijdscategorieën werd behaald. Het onderzoek is dus eveneens een quotasteekproef (Baarda & De Goede, 2006).

Er is voor twintig respondenten gekozen, om een vergelijking te kunnen maken tussen de twee groepen en hier valide uitspraken over te kunnen doen. Meer respondenten was gezien de tijd e.d. niet haalbaar.

De respondenten uit beide groepen werden vervolgens geselecteerd. Het stond vast dat het onderzoek zou worden uitgevoerd in het werkgebied van Mediant. Vervolgens zijn er aselect zoveel mogelijk instellingen benaderd die gericht zijn op ouderen (ANBO, SWO, zorgboerderij, Carint). Daarna zijn bij de instellingen aselect respondenten benaderd voor deelname. Respondenten konden zelf aangeven of ze wilden deelnemen. Wel werden respondenten die niet aan de inclusiecriteria voldeden (zie hieronder) van te voren eruit gescreend met behulp van de begeleiders/ coördinatoren van de instellingen. Respondenten met directe lichamelijke beperkingen, respondenten die aan dementie leden, of niet meer in staat zouden zijn om het interview te begrijpen werden niet benaderd.

#### 2.4.2 Inclusiecriteria

Het interview is uitgevoerd bij ouderen ouder dan 50 jaar die in de afgelopen twee jaar lichte geestelijke gezondheidsklachten hebben gehad, zoals: eenzaamheid, niet lekker in de vel zitten, gespannen zijn, of neerslachtig zijn. Deze klachten mochten niet direct veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten (zoals rugpijn, of ziekte). Werving van de deelnemers werd uitgevoerd bij welzijnsinstellingen binnen het werkgebied van Mediant (Het betreft de volgende gemeenten: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Losser, Oldenzaal, Hengelo en Enschede).

Er is voor gekozen om slechts op leeftijd, werkgebied en zoveel mogelijk op geslacht te selecteren en geen andere variabelen erbij te betrekken, om het onderzoek niet te verengen.

#### 2.4.3 Demografische variabelen

##### *Geslacht*

Er deden in totaal meer vrouwen mee (80%, 16/20) dan mannen (20%, 4/20).

Voor de 50-65 doelgroep waren enkel vrouwen te vinden (100%, 10/10).

60% (6/10) van de respondenten uit de 65+ categorie waren vrouwen en 40% (4/10) uit de 65+ categorie waren man.

##### *Leeftijd*

Er werden twee groepen met elkaar vergeleken. In beide groepen 50-65 en 65+ zitten tien respondenten. Dit onderzoek richtte zich op 50-65'ers en op 65+'ers, zodat het overeenkomt met de leeftijdsgrens van het kwantitatieve onderzoek van Duzijn (2006). Daaruit bleek vooral dat de 65+ ouderen minder gauw met psychische symptomen naar de huisarts gaan, dan 50-65 ouderen (zie hoofdstuk 1: Inleiding). Bovendien is 65 jaar als grens gekozen, omdat dan meestal het werkzame leven voorbij is en omdat in 2005 de 65-plussers van rond of voor de oorlog zijn (over het algemeen bekend als een wat andere generatie dan de na-oorlogse).

##### *Burgerlijke staat*

70% van de 65+ ers zijn weduwe (7/10). 20% van de 65+'ers is gehuwd (2/10). 10% van de 65+'ers (1/10) is gescheiden. 40% (4/10) van de 50-65'ers zijn weduwe. 30% van de 50-65'ers is gehuwd (3/10). 10% is gescheiden, 10% woont samen (1/10) en 10% is alleenstaand (1/10).

In totaal is 55% (11/20) van de respondenten weduwe. 25% van de respondenten (5/20) zijn gehuwd. 10% van de respondenten zijn gescheiden (2/20). 5% van de respondenten (1/20) woont samen en 5% (1/20) is alleenstaand.

##### *Religie*

20% van de 65+ respondenten is katholiek (2/10). 40% van de 65+'ers zijn Nederlands-hervormd (4/10). 30% is niet gelovig (3/10) en 10% is protestant (1/10). 70% van de 50-65 respondenten zijn katholiek (7/10). 20% is niet gelovig (2/10) en 10% is protestant (1/10).

In totaal is 45% van de respondenten katholiek (9/20). 25% is niet gelovig (5/20). 20% is Nederlands-hervormd (4/20) en 10% is protestant (2/20).



### Opleiding

60% van de 65+'ers is laag opgeleid (enkel lagere school). 40% van de 65+'ers zijn middelbaar opgeleid (vmbo /mbo/ mavo). 90% van de 50-65'ers zijn middelbaar opgeleid. 10 % (1/10) is hoog opgeleid (hbo). In totaal is 65% (13/20) van de respondenten middelbaar opgeleid. 30 % (6/20) van de respondenten zijn laag opgeleid (basisonderwijs). 5% (1/20) is hoog opgeleid (hbo).

Dit onderzoek bevat met name laag opgeleide respondenten (65%). Dit sluit aan bij het onderzoek van (Duzijn, 2006). Zij vond een verschil tussen hoger en lager opgeleiden, in die zin, dat de lager opgeleiden niet zo gauw naar de hulpverlening stappen (zie: inleiding). Hiermee is met name in dit onderzoek de te verwachten probleemgroep onderzocht (laagopgeleide ouderen).

### SES

Het inkomen van alle 65+'ers is beneden modaal (bruto gezinsinkomen beneden de € 2.200 per maand). Deze groep heeft een lage SES (10/10=100%). 77,8% (7/9) 50-65'ers verdienen beneden het modale niveau. 22,2% (2/9) van de 50-65'ers heeft een hoge SES.

In totaal heeft 89,5 % (17/19) een beneden modaal inkomen. 10,5% heeft een boven modaal inkomen (2/19).

### Omgeving

Het onderzoek is uitgevoerd in het werkgebied van Mediant in Twente, (Het betreft de volgende gemeenten: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Lossers, Oldenzaal, Hengelo en Enschede). Dit komt overeen met het onderzoek van Duzijn (2006). Het onderzoek werd gedaan in het werkgebied van Mediant, omdat de opdracht gever Mediant is. De resultaten zijn voor Mediant bruikbaar, door het onderzoek te richten op het werkgebied van Mediant. Bovendien sluit het kwalitatieve onderzoek hierdoor aan op het kwantitatieve onderzoek van Duzijn (2006). Het onderzoek is geheel binnen het werkgebied van Mediant uitgevoerd (bijlage B).

### Klacht

<b>Totaal</b>	<b>(N=20)</b>	<b>50-65'ers</b>	<b>(N=10)</b>	<b>65+'ers</b>	<b>(N=10)</b>
Eenzaamheid	11	Gespannen/ zenuwachtig	5	Eenzaamheid	7
Huilbuien/ emotioneel zijn	6	Eenzaamheid	4	Huilbuien/emotioneel zijn	3
Depressief	5	Huilbuien/ emotioneel	3	Depressief	2
Gespannen/ zenuwachtig	5	Depressief	3	Suïcide gedachte	1
Angst/paniek	4	Angst/paniek	3	Verwardheid	1
Slaapproblemen	3	Slaapproblemen	2	Gillen horen	1
Bezorgd zijn	2	Bezorgd zijn	2	Slaapproblemen	1
Afwezig zijn	1	Gevoelloos/ afwezig	1	Geïrriteerd zijn	1
Geen tijdsbesef/ gevoelloos	1	Geen tijdsbesef	1	Angst/paniek	1
Suicide gedachte	1				
Verwardheid	1				
Gillen horen 's nachts	1				
Geïrriteerd zijn	1				
Totaal aantal klachten	42	Totaal klachten 50-65	24	Totaal klachten 65+	18

De meeste 65+ respondenten noemen eenzaamheid als klacht (7x), Daarna volgen huilbuien (3x) en depressief zijn (2x). De meest voorkomende klachten bij 50-65 ouderen zijn gespannen zijn (5x), en eenzaamheid (4x).

De meest voorkomende klachten van respondenten zijn eenzaamheid (11/20), huilbuien (6/20), depressief (5/20) en gespannen zijn (5/20).

### *Aanwezigheid klacht*

Bij 60% van de 50-65'ers zijn de klachten op moment van afname aanwezig. Bij 80% van de 65+ers zijn op moment van afname de klachten aanwezig. De meerderheid van de respondenten (70%) geeft aan dat de klachten nog aanwezig zijn. De overige 30% van de respondenten bliken terug op de klachten.

## **2.5 Analyse**

Na afname van de opgenomen interviews werden interviews opgeslagen op de computer en uitgetypt. Vervolgens werden respondentnamen gecodeerd. Hieruit kwamen drie verschillende formats voort:

- 1 Letterlijk uitgetypte interviews per respondent
- 2 Interviews per respondent waarbij antwoorden werden gecodeerd, gelabeld en gesorteerd.
- 3 Per vraag alle antwoorden van de respondenten

Format 1: De interviews werden per respondent uitgetypt aan de hand van de geluidsopnames van de interviews. Elke respondent kreeg een identificatienummer (nummers: 1 t/m20). De eerste tien respondenten zijn 65+'ers (nummers: 1 t/m 10). De volgende tien respondenten (nummers: 11 t/m20) behoorden bij de 50-65 categorie.

Format 2: Vervolgens werd de informatie uit de interviews aan de hand van een codeerschema gecodeerd en gelabeld: Elke interviewvraag is een operationalisering van een concept uit het geïntegreerde hulpzoekgedrag model (bijlage I). Deze vragen werden gecodeerd aan de hand van een nummer (linkerkolom bijlage I). Elke vraag werd eveneens gelabeld aan een concept naam. Bijvoorbeeld: code 1 heeft als label 'geslacht'. De labels van de vragen (concepten) staan in de rechterkolom (bijlage I).

Alle informatie uit de interviews werd ingedeeld in betekenisvolle fragmenten, waarbij enkel relevante informatie werd geselecteerd. Deze stap werd per afgenomen interview uitgevoerd, beginnend bij het interview met identificatienummer 1. De fragmenten kregen vervolgens een code, die rechts in de kantlijn werd weergegeven. Zo kreeg informatie waarin emoties naar voren kwamen code:12 met het label: Emoties/ Stemming (bijlage I, vraag 12). Op deze manier werd alle relevante informatie gecodeerd. Daarna werden de fragmenten met de overeenkomstige codes (hetzelfde label) onder elkaar geplaatst. Op dezelfde manier werden de overige interviews gecodeerd en gelabeld.

Format 3: Daarna kon de informatie uit de interviews overzichtelijk worden weergegeven en klaar gemaakt worden voor vergelijking tussen en binnen de groepen, door de informatie uit alle interviews met hetzelfde label en code in een matrix onder elkaar weer te geven. Bovenin de matrix werd links de code genoemd en rechts het label, bijvoorbeeld: code 1, label: geslacht. De bijbehorende fragmenten (de antwoorden van het label geslacht) werden links weergegeven, het identificatienummer rechts. Zo ontstonden er bijvoorbeeld bij matrix code 1 met het label geslacht een schematische weergave van twintig rijen waar de informatie: man, of vrouw links gepresenteerd werd, gevolgd door het identificatienummer. Op deze manier werd de informatie overzichtelijk per vraag (per code en label) weergegeven en konden 50-65'ers (de eerste tien identificatienummers 1 tot en met 10) overzichtelijk vergeleken worden met 65+'ers (de identificatienummers 11 tot en met 20).

De q-sort zorgde voor een extra controle van de antwoorden bij de interviews en werden betrokken bij de analyses. Aan de antwoorden van de q-sort concepten en ziekteperceptie controle concepten werden scores toegekend, waarna de scores van beide leeftijdsgroepen per concept bij de q-sort berekend konden worden (bijlagen E en F).

### 3 RESULTATEN

*Dit hoofdstuk bevat de analyse van concepten uit het hulpzoekgedrag model, waardoor de invloed van concepten duidelijk wordt. Deze gegevens zijn verkregen aan de hand van de interviewvragen en de q-sort. De resultaten die per paragraaf worden beschreven zijn tevens de antwoorden op de deelvragen. Ten eerste zal in paragraaf 3.1 de invloed van q-sort concepten aan bod komen, waarna in paragraaf 3.2 de invloed van concepten op hulpzoekgedrag van ouderen besproken worden. In paragraaf 3.3 wordt antwoord gegeven op de rol van schaamte bij hulpzoekgedrag? Daarna beschrijft paragraaf 3.4 de rol van hoop. Ten slotte worden de concepten die bij beide meetmethoden (q-sort en interview) dezelfde mate van invloed aangeven in paragraaf 3.5 besproken.*

#### 3.1 Wat is de invloed van de q-sort concepten op hulpzoekgedrag?

Deze resultaten zijn aan de hand van de q-sort sorteertaak verkregen. Voor een compleet overzicht van de q-sort scores en volgorde zie bijlage H: Overzicht invloed concepten interview.

De concepten worden beschreven aan de hand van de rangorde die de mate van invloed aangeeft. Zo heeft het concept dat op nummer 1 staat de meeste invloed en het concept dat op nummer 11 staat de minste invloed. De scores die er achter genoemd worden geven de specifieke invloedswaarde aan.

##### Meeste invloed

Volgorde invloed	Gemiddelde score: totaal	Gemiddelde score: 50-65	Gemiddelde score: 65+
1	Outcome value 3,75	Persoonlijkheid 4,44	Outcome value 3,6
2	Persoonlijkheid 3,68	Outcome value 3,9	Extern PBC 3,1
3	Extern PBC 3,45	Extern PBC 3,8	Persoonlijkheid 3
4	Intern PBC 3,4	Intern PBC 3,8	Intern PBC 3
5	Coping strategie 3,11	Coping strategie 3,6	Subjectieve norm 3

Met name outcome value (1) en persoonlijkheidsfactoren (2) hebben volgens ouderen de meeste invloed op hulpzoekgedrag. Vervolgens worden Extern pbc (3), Intern pbc (4) en coping strategie (5) benoemd als concepten die de meeste invloed hebben op hulpzoekgedrag.

Een opvallende bevinding is dat in de top vijf van de 50-65 respondenten subjectieve norm niet voorkomt als invloed op hulzoekgedrag, terwijl subjectieve norm bij de 65+'ers op de vijfde plek staat. Verder valt op dat persoonlijkheidsfactoren bij 65+'ers pas op de derde plek staan, terwijl deze factoren bij 50-65'ers als meest belangrijke invloed worden benoemd (1). Het is eveneens opmerkelijk dat coping strategie bij 50-65 respondenten wel in de top 5 staat van concepten die invloed hebben op hulpzoekgedrag (5) en bij 65+ respondenten niet.

##### Minste invloed

Volgorde invloed	Gemiddelde score: totaal	Gemiddelde score: 50-65	Gemiddelde score: 65+
1	Omgevingsinvloeden 2,6	Omgevingsinvloeden 2,4	Demografische factoren 2,2
2	Demografische factoren 2,8	Subjectieve norm 2,7	Coping strategie 2,56
3	Subjectieve norm 2,85	Demografische factoren 3,4	Levensstressoren 2,67

Omgevingsinvloeden (11) wordt gezien als concept met de minste invloed op hulpzoekgedrag. Eveneens worden demografische factoren (10) en subjectieve norm (9) door ouderen gezien als concept met weinig invloed.

65+ respondenten noemen coping strategie (10) en levensstressoren (9) als concepten die de minste invloed hebben op hulpzoekgedrag. Terwijl 50-65 respondenten subjectieve norm (10) en omgevingsinvloeden (11) noemen in hun top drie van concepten die de minste invloed hebben op hulpzoekgedrag.

### **3.2 Wat is de invloed van concepten bij hulpzoekgedrag van 50-65 en 65+ ouderen?**

Deze resultaten zijn verkregen door middel van het interview. Bij elk concept staat de betekenis van het concept beschreven. Alleen de concepten die invloed blijken te hebben op hulpzoekgedrag worden hieronder beschreven. Indien er een verband bestaat tussen het concept en hulpzoekgedrag worden eveneens de verschillen tussen leeftijdscategorieën bij de invloed van het concept weergegeven. Normaliter worden alle concepten besproken, maar omdat het onderzoek in dat geval te uitgebreid wordt is ervoor gekozen om het te beperken tot de bespreking van concepten met invloed. De concepten uit het hulpzoekgedrag model die geen invloed hebben worden slechts benoemd.

#### **Demografische factoren**

*Onder demografische factoren vallen in dit onderzoek de variabelen: geslacht, leeftijd, SES, religie, opleiding.*

Van geen enkele demografische factor kan worden vastgesteld, dat het invloed heeft op hulpzoekgedrag.

#### **Persoonlijkheidsfactoren**

*Met persoonlijkheidsfactoren wordt in dit onderzoek de persoonlijkheidsdimensies van de Big five (extraversie, neuroticisme (stabiel/instabiel), openheid, betrouwbaarheid, vriendelijkheid) bedoeld. Deze dimensies meten in dit onderzoek zelfbeschrijvingen.*

Introverte, instabiele, niet-open en personen zoeken veel eerder hulp dan extraverte, open en stabiele personen. Deze invloed is het sterkst voor instabiele en niet open respondenten. Deze persoonlijkheidstrekken hebben zeer veel invloed op hulpzoekgedrag.

#### Introvert

*De mate waarin iemand zichzelf beschrijft als: “ naar binnen gekeerd zijn”.*

In verhouding hebben meer introverten hulp gezocht (90%, 9/10) dan extraverten (60%, 6/10). De persoonlijkheid introvert heeft een kleine invloed op het hulpzoekgedrag. Dat de introverte persoonlijkheid invloed heeft op hulpzoekgedrag wordt bevestigd door de bevinding dat 2/3 respondenten die geen hulp hebben gezocht extravert zijn (66,7%) en dat slechts een (33,3%, 1/3) respondent die geen hulp heeft gezocht introvert is.

#### Instabiel

*Respondenten met de karaktertrek instabiel gaven aan dat ze irreële gedachten hadden, negatieve emoties (negatieve affectiviteit) ervaarden en gevoelens hadden die wijzen op een onvermogen tot aanpassing en aanwezigheid van psychologische stress.*

De persoonlijkheid stabiel/instabiel heeft redelijke invloed op hulp te zoeken. Zoals men kon verwacht blijkt dat de instabiele persoonlijkheden veel vaker hulp zoeken, namelijk allemaal (100%, 5/5), dan de stabiele persoonlijkheden (78,7%, 11/14). De respondenten die geen hulp hebben gezocht, beschreven zich alle drie als stabiele personen (codes: 9, 16, 19).

## Niet open

*Hiermee wordt bedoeld: respondenten die de perceptie hadden niet open te staan voor nieuwe ervaringen.*

In verhouding hebben meer niet open respondenten hulp gezocht en ontvangen (100%, 5/5), dan open respondenten (76,9%, 10/13). Dat open respondenten minder vaak hulp zoeken dan niet open respondenten wordt nogmaals bevestigd doordat alle drie respondenten die geen hulp hebben ontvangen allemaal de karaktereigenschap open hebben.

## **Ziekteperceptie ernst: cijfer**

*Ziekteperceptie ernst. Hoe ernstig men de klacht ervaart.*

*Ziekteperceptie ernst behoort bij het Extern Perceived Behavioural Control (beoordelingen of men denkt dat men controle heeft over toegang tot de benodigde bronnen en kansen om het hulpzoekgedrag succesvol uit te voeren). Extern PBC bestaat namelijk uit gedragsevaluaties (perceived benefits/ barriers) en ziektepercepties (kans, ernst, controle)*

Ziekteperceptie ernst: enkel het cijfer dat de respondenten geven aan de klacht speelt mee in het besluit om hulp te zoeken en heeft als enige 'ernst maat' invloed op het hulpzoekgedrag. Indien men de klacht beoordeelt als veel last (het cijfer 7, of hoger) zal men veel eerder hulp zoeken, dan wanneer men de klacht lager beoordeelt, namelijk als gemiddelde last (met het cijfer: 4, 5, of 6).

Alle respondenten die hulp hebben (100%, 17/17) gezocht geven een hoog cijfer voor hun klacht (7, of hoger). Hiermee geven deze respondenten aan dat ze veel last hebben van de klacht. De respondenten die geen hulp hebben gezocht geven alle drie (100%, 3/3) een lager cijfer aan (cijfer 4 tot en met 6). De respondenten die geen hulp hebben gezocht beoordelen hun klacht als gemiddelde last en beoordelen hun klacht dus als minder ernstig, dan respondenten die wel hulp zoeken. Dit kan eveneens als volgt geformuleerd worden:

62,5% (5/8) van de respondenten die de klacht als gemiddeld ernstig beoordelen (door de klacht te beoordelen met het cijfer 4, 5, of 6) zoeken hulp. 37,5% (3/8) van de respondenten die een gemiddeld cijfer geven voor de klacht zoeken geen hulp. Terwijl alle (100%, 11/11) respondenten die een hoog cijfer geven voor hun klacht (cijfer: 7, en hoger) hulp zoeken. Bij een klacht dat wordt beoordeeld met een hoog cijfer (7, of hoger) zullen ouderen veel eerder hulp zoeken, dan wanneer ouderen een gemiddeld cijfer (4, 5, of 6) geven voor de klacht.

50-65 respondenten geven over het algemeen een hoger cijfer voor hun klacht, dan de 65+ respondenten. Het blijkt dat in verhouding de 70% van de 50-65 respondenten het cijfer 7, of hoger aangeven. Waarmee ze laten zien dat ze veel last hebben van hun klacht. Terwijl slechts 44,4% van de 65+ respondenten het cijfer 7, of hoger benoemen.

## **Ziekteperceptie controle en uitkomstwaarde**

*De mate waarin men denkt de klachten onder controle te hebben. Dat men het idee heeft er zelf wat aan te kunnen doen om de klachten te beperken. Ziekteperceptie controle wordt mede bepaald door de mate waarin men denkt het dagelijks leven uit te kunnen voeren. Uitkomst waarde werd na ziekteperceptie controle gemeten. Nadat men beantwoord had of men controle had over de klacht, werd namelijk bij de uitkomst waarde bekeken op welke manier men de klacht zelf onder controle hield. Dit kunnen maladaptieve, of adaptieve vaardigheden zijn. Maladaptief is wegvluichten, afleiding zoeken en ontkennen. Adaptief is de klacht daadwerkelijk aanpakken en is effectiever op de lange termijn. Sociale steun zoeken valt hier bijvoorbeeld onder.*

De perceptie van de respondenten over de controle van de klacht heeft slechts invloed op het hulpzoekgedrag via uitvoeren van het dagelijks leven. Indien men het dagelijks leven niet kan uitvoeren, zal men eerder hulp zoeken. Met name als de uitvoering van het dagelijks leven slechts uitgevoerd wordt door alleen nog te eten en te slapen en geen huishoudelijke klusjes worden uitgevoerd, zoekt men hulp. Voor een compleet overzicht zie: Bijlage E: Berekening en overzicht ziekteperceptie: controle.

### Ziekteperceptie-controle en Uitkomstwaarde

Alle respondenten (100%) denken dat ze zelf wat aan hun klacht kunnen doen om de klacht onder controle te houden en om te voorkomen dat de klacht terug komt (20/20). Toch zoekt 85% (17/20) als nog hulp, ondanks dat ze aangeven zelf controle te hebben op hun klacht (dus op het moment dat ze de uitkomstwaarde hebben bepaald). De overige 15% die geen hulp zoeken (3/20) denken eveneens de klacht onder controle te hebben. De mate waarin men denkt zelf wat aan de klacht te kunnen doen heeft geen invloed op hulpzoekgedrag.

### Uitvoeren dagelijks leven

Alle drie de respondent (100%, 3/3) die geen hulp hebben gezocht (codes: 9, 16, 19) gaven aan het dagelijks leven te kunnen uitvoeren. 70% (7/10) van de respondenten die aangaven dat ze het dagelijks leven wel konden uitvoeren hebben toch hulp gezocht (codes: 2, 3, 8, 12, 15, 18, 20). 47,3% (9/19) geeft aan het dagelijks leven niet te kunnen uitvoeren. Zij hebben allemaal hulp gezocht (100%, 9/9).

Dit versterkt de bevinding dat van de ziekteperceptie-controle enkel de mate waarin men denkt het dagelijks leven te kunnen uitvoeren (veel) invloed heeft op het hulpzoekgedrag. Dat men denkt het dagelijks leven niet te kunnen uitvoeren zorgt ervoor dat men hulp gaat zoeken.

### **Emoties**

*Met emoties wordt bedoeld: hoe men zich voelt op een bepaald moment. De zes basis emoties van Ekman zijn gemeten (schaamte, verdriet, boosheid, angst, afschuw en verbazing).*

*Emoties zijn een onderdeel van het intern PBC. Interne PBC factoren bestaan namelijk uit vaardigheden en kennis die nodig is om de symptomen te herkennen en uit emoties. Het intern perceived behavioural control is het idee dat men zelf controle heeft over de klacht.*

Emoties hebben geen invloed op hulpzoekgedrag.

### **Route gedachten/ kennis**

*Routen (pathway thoughts) zijn de verschillende mogelijke manieren om het doel te bereiken*

*Deze zijn via ervaring en kennis verkregen. Dus weten waar men naar toe moet voor hulp.*

*Route gedachten valt onder het intern PBC uit het model. Bij het intern PBC behoren de begrippen: kennis, vaardigheden (skills) en emoties. Het intern PBC bestaat uit aspecten waar men zelf beschikking tot heeft.*

Er is gevonden dat kennis over route gedachten (weten waar men naar toe moet voor hulp) noodzakelijk is om hulp te kunnen zoeken. Zonder kennis over de mogelijke routen naar hulp is men niet in staat om hulp te zoeken.

### Route gedachten

Van de twintig respondenten benoemt 10% (2/20) van de respondenten (codes: 9, 17) geen routen naar hulp. Beiden blijken in staat om hulp te zoeken en weten waar ze naar toe moeten blijkt uit de intentie en vaardigheden van hulpzoekgedrag. De meeste respondenten (72,2%) blijken de huisarts als mogelijkheid te zien om hulp te gaan zoeken (13/18). Vervolgens zou men naar het maatschappelijk werk gaan voor hulp, namelijk 55,5% (10/18). Hierbij behoren eveneens therapeuten waarbij een op een gesprekken plaats vinden, dus ook: psychiater, psychologen, therapeut)

Een ander respondent (code: 8) zegt geen hulp te kunnen zoeken, omdat ze niet weet waar ze naar toe moet. Toch noemt ze de huisarts. Uit de vaardigheden en haar intentie blijkt dat ze zelf niet in staat is om hulp te zoeken. Dit bevestigt dat kennis over route gedachten (weten waar men naar toe moet voor hulp) noodzakelijk is om hulp te kunnen zoeken.

## **Hulpzoekgedrag vaardigheid**

*Doelgedrag: feitelijke uitvoering (van de intentie en cues to action), de actie, het gedrag.*

94,1 % van de respondenten die hulp zoeken gaan naar andere hulpverleningsinstanties voor ouderen met geestelijke gezondheidsklachten, dan Mediant (16/17). Met name de zorgboerderij (4x) en de SWO (4x) werden het meest genoemd. Na andere instanties werd de huisarts door 76,4 % van de respondenten benaderd voor hulp tegen hun klachten.

20% (4/20) van de respondenten zoekt niet alleen reguliere hulp, maar maakt eveneens gebruik van alternatieve behandelingen.

### Hulpzoekgedrag

De meeste respondenten die hulp zoeken gaan naar andere instanties (94,1%, 16/17) met name de zorgboerderij (4x) en de SWO (4x) werden het meest genoemd.

Na andere instanties werd de huisarts door de meeste respondenten benaderd voor hulp tegen hun klachten (76,4%, 13/17). Het maatschappelijk werk (hiertoe behoren therapeuten waarbij een op een gesprekken plaats vinden, dus ook: psychiater, psychologen, therapeut) werd het minst vaak benaderd om hulp te zoeken (7/17), namelijk door 41,1 %.

Over het algemeen is het opgevallen dat enkele respondenten (20%, 4/20) niet enkel de reguliere gezondheidszorg opzoeken om hun klachten zelf onder controle te houden, of om hun klachten bij instellingen te laten behandelen.

De 65+'ers noemden in verhouding meerdere malen vaker de huisarts (77%, 7/9) als geestelijke gezondheidszorginstelling waar hulp is gezocht, dan 50-65'ers (62,5%, 5/8).

Het maatschappelijk werk werd echter vier keer zo vaak door 50-65 categorie toegepast als instelling waar men naar toe gaat voor hulp (75%, 6/8) in vergelijking met 65+'ers (22,2%, 2/9). Andere geestelijke gezondheidszorg instanties werden wat vaker door 88,8% (8/9) van de 65+'ers genoemd. Namelijk: thuiszorg, SWO, Zonnebloem, zorgboerderij (3x), slachtofferhulp en Humanitas zijn instellingen waar 65+'ers hulp hebben gezocht.

### **Intentie**

*Gedragsintentie, ofwel een bewust besluit om moeite te doen om het gedrag te gaan uitvoeren. Globaal plan (in gedachten concluderen, hulp wil zoeken). Intentie komt tot stand als adaptief coping heeft plaats gevonden bij de uitkomstwaarde.*

Het hebben van een intentie blijkt er voor te zorgen dat er hulp wordt gezocht.

Een intentie om hulp te zoeken hoeft echter niet aan hulpzoekgedrag vooraf te gaan. Zonder een intentie blijkt er toch hulp te worden gezocht via de invloed van anderen. Geen intentie hebben om hulp te zoeken blijkt er alleen voor te zorgen dat er geen hulp wordt gezocht, als anderen niet bij respondenten betrokken zijn.

### Intentie

60% (6/10) van de respondenten uit de 50-65 groep hadden de intentie om hulp te zoeken (codes: 11 tot en met 15, 17). 50% van de (5/10) respondenten uit de 65+ groep hadden de intentie om hulp te zoeken (codes: 2, 4, 5, 7, 10). Hieruit blijkt dat de intentie bij de 50-65 jaar ongeveer even groot is als de intentie van de 65+. Ongeveer de helft van beide respondent groepen hebben de intentie om hulp te zoeken.

Met name bij de 65+'ers (3/5) kwam deze intentie voort uit advies van anderen, zoals advies van familie, bijvoorbeeld schoondochter, of op advies van de huisarts om verdere hulp te zoeken.

In totaal hadden ongeveer evenveel respondenten wel (55%, 11/20), als niet de intentie om hulp te zoeken (45%, 9/20).

Alle respondenten die een intentie hadden hebben hulp ontvangen (11/11).

66,6% (6/9) van de respondenten die geen intentie hadden om hulp te zoeken hebben wel hulp ontvangen.

Voor de 66,6 % geldt dat respondenten zelf geen intentie hadden om hulp te zoeken, maar er toch hulp is gezocht, meestal door anderen (zoals vrienden, familie, partner en af en toe al een betrokken hulpverlener, zoals iemand van de thuiszorg en andere instanties die al in zicht zijn hulp voor hen geregeld.

Respondent code 3 bijvoorbeeld wilde geen hulp, maar kreeg deze ongevraagd. Op vraag 14: “Waar bent u naar toe gegaan om van (klacht) af te komen?” antwoordde hij: “Zelf nergens heen, behalve gewoon dom doorgaan en de gezelligheid opzoeken. “E: En slachtofferhulp?” Ja, die kwamen hier. Ik had daar niet om gevraagd. Maar ik heb er wel mee gepraat. Na een paar gesprekken vond ik het genoeg.”

### **Motivatie gedachten**

*Motivatie component naar het doel. De achterliggende redenen waarom men hulp wil zoeken.*

*Agency thoughts wordt door Snyder (2000) beschreven als concept wat het motivatie component naar het doel bevat (als onderdeel van het hoop concept).*

#### Motivatie gedachten

88,2% (15/17) van de respondenten die hulp hebben gezocht wisten te benoemen waarom men hulp wilde zoeken. De meest genoemde motivatie gedachten die bij de respondenten zorgden voor hulp zoeken zijn: sociale contacten (20%, 3/15) en hulp zoeken helpt om beter te worden (20%, 3/15). Bovendien valt op dat motivatie gedachten ook in verband staan met de klacht zelf bijvoorbeeld: van de huilbuien af willen komen (code 14) en geen chaos meer in je hoofd willen (code: 17).

De meest genoemde motivatie gedachten die bij 65+’ers zorgden voor hulp zoeken zijn: sociale contacten (3/8), bezig zijn (2/8) en zelf niet weten wat te doen (2/8).

Terwijl de meest genoemde motivatie gedachten die bij 50-65’ers zorgden voor hulp zoeken zijn: niets doen helpt niets (3/6), hulp zoeken helpt om beter te worden (3/6) en van de klacht af willen voor de kinderen (2/6). Men wil niet dat de kinderen hen ziet lijden aan de klacht. (ongeacht de leeftijd van de kinderen).

### **Perceived benefits (voordelen hulp zoeken)**

*De verwachte voordelen van hulp zoeken.*

De meest genoemde voordelen van hulp zoeken zijn voor de respondenten:

Voordelen ten opzichte van het eigen gevoel (40%, 6/15) zoals: zich goed voelen, gevoel van ik kan het, rustig zijn, zich veilig voelen, zich als een nieuw mens voelen, medicatie (33,3%, 5/15), sociale contacten maken (26,6%, 4/15) en een luisterend oor (26,7%, 4/15).

Beide groepen noemen ‘zich beter/goed voelen’ meerdere keren als voordeel van hulp zoeken.

Voor 65+’ers zijn medicatie (50%, 4/8) en een luisterend oor (37,5%, 3/8) veel genoemde voordelen.

Terwijl 25% van de 50-65 respondenten als vaker genoemd voordeel van hulp zoeken noemen dat de klacht minder wordt (2/8).

### **Barrières (hulp gezocht)**

*De interne en externe barrières, of nadelen die men verwachten, nadat men besloot hulp te willen zoeken.*

Interne barrières zorgen ervoor dat respondenten niet direct een intentie vormen om hulp te zoeken.

Een meerderheid, namelijk 76,5 % van de respondenten die hulp hebben gezocht ervaren barrières bij het zoeken van hulp (13/17).

Vinden dat men zelf de klacht moet kunnen oplossen (30,7%, 4/13), angst ten opzichte van hulp (30,7%, 4/13) en schaamte (23,1%, 3/13) zijn barrières die respondenten het meest hebben ervaren bij het zoeken naar hulp.



### **Barrières (geen hulp gezocht)**

Enkel interne barrières blijken hulpzoekgedrag negatief te beïnvloeden: interne barrières zorgen ervoor dat 15% van de respondenten geen hulp hebben gezocht.

Barrières voor de drie respondenten die geen hulp hebben gezocht (codes: 9, 16 en 19) zijn: dat ze vinden dat je het zelf moet doen (66,7 %, 2/3), dat medicatie geen oplossing is (33,3%, 1/3), dat hulpverleninginstanties niet kunnen helpen (33,3%, 1/3) en dat ze denken dat een probleem maken van de klacht (eenzaamheid) niet helpt (33,3%, 1/3).

### **Cues to action (implementatieplan)**

*specifieke actieplannen bedenken over waar, wanneer en hoe een intentioneel gedrag zal worden uitgevoerd.*

Cues to action hebben enige invloed op hulpzoekgedrag in die zin dat cues to action niet nodig zijn om hulp te zoeken, maar wel hulpzoekgedrag garanderen op het moment dat cues to action zijn gevormd. Zonder deze cues, wordt eveneens hulp gezocht.

#### Cues: algemeen

Alle respondenten die cues hebben genoemd, hebben hulp gezocht (100 %, 11/11). Bovendien hebben 66,7% (6/9) van de overige respondenten die geen cues hebben genoemd wel hulp gezocht (codes: 1, 3, 6, 8, 18, 20). 33,3 % (3/9) van de respondenten die geen cues hebben gevormd, hebben geen hulp gezocht (codes: 9, 16, 19).

#### Cues: specifiek: waar, wanneer, hoe

11,8% (2/17) van de respondenten die hulp hebben gezocht vormen de cue: hoe. 47% (8/17) van de respondenten vormen de cues: waar en wanneer.

Alle respondenten die de cues: waar en wanneer hebben gevormd, hebben hulp gezocht (100%, 8/8).

Beide (2/2) respondenten die de cue: hoe vormen, hebben hulp gezocht.

De meerderheid van de respondenten die hulp hebben gezocht vormen geen cue over (15/17) hoe, wanneer en waar ze het hulpzoekgedrag denken aan te pakken. Cues to action zijn niet nodig om hulp te kunnen zoeken, maar hebben enige invloed op hulpzoekgedrag.

Respondenten die geen cues en toch hulp zoeken hebben geen van allen de intentie gevormd om hulp te zoeken (100%, 9/9). De bevinding dat respondenten die geen cues hebben gevormd geen van allen een intentie hebben om hulp te zoeken geeft aan dat een intentie nodig is om cues te kunnen vormen.

### **Omgevingsinvloeden**

*Dit is de invloed van aspecten uit de omgeving ten opzichte van hulp zoekgedrag. Met name Met omgevingsinvloeden wordt in het nieuwe model van hulpzoekgedrag het volgende bedoeld: toegang tot gezondheidszorg, bereikbaarheid, kosten en beschikbaarheid van de gezondheidszorg en levensstressoren.*

Omgevingsinvloeden hebben geen invloed op hulpzoekgedrag.

### **Levensstressoren**

*Levensstressoren hebben invloed op het ontstaan van de klacht, maar niet op hulpzoekgedrag. Bepaalde levensstressoren spelen mee bij het ontstaan van de klacht. Het meest wordt door respondenten benoemd dat levensstressoren die enkele keren voorkomen van invloed zijn geweest op de klachten (40%). Met name overlijden van partner (14,1%) en familie/vrienden (10,3%) zijn meest genoemde levensstressoren.*

#### Levensstressoren

Met name overlijden van partner (14,1%) en familie/vrienden (10,3%) zijn meest genoemde levensstressoren.

Respondenten benoemen het meest dat enkele levensstressoren van invloed zijn geweest op de klachten (40%, 8/20). 30% van de respondenten benoemen (6/20) dat meerdere levensstressoren ertoe invloed

hebben gehad op de klacht. Toch zijn er eveneens respondenten (5/20) die aangeven dat er niet een levensstressor is, maar dat levensstressoren blijven doorgaan (25%).

Levensstressoren die bij 50-65'ers het vaakst genoemd werden als gebeurtenissen die invloed hebben gehad op de klacht zijn: overlijden partner (10,9%), werk gerelateerd (10,9%), overlijden familie/ vrienden (8,7%) en herhaaldelijke ervaringen van verlaten worden (36,5%).

Levensstressoren die bij 65+'ers het vaakst genoemd werden als gebeurtenissen die invloed hebben gehad op de klacht zijn: Overlijden familie/ vrienden (21,9%), geen/weinig bezoek ontvangen (9,4%), lichamelijke achteruitgang (9,4%), overlijden partner (9,4%).

Verschillen tussen 50-65'ers en 65+'ers wat betreft de meest voorkomende levensstressoren zijn dat 50-65'ers werkgerelateerde levensstressoren noemen en het in de steek gelaten worden zien als levensstressor. Terwijl 65+'ers levensstressoren noemen, zoals geen bezoek ontvangen en lichamelijke achteruitgang.

Net als bij de vergelijking van de levensstressoren, blijkt eveneens bij de totale levensstressoren geen verband te worden gevonden tussen *soort* levensstressor en hulpzoekgedrag en tussen voorkomen van levensstressoren en hulpzoekgedrag. Levensstressoren hebben invloed op ontstaan van de klacht, maar niet op hulpzoekgedrag.

### **Subjectieve norm**

*De mate waarin anderen vinden dat het (hulpzoek)gedrag moet worden uitgevoerd, wat anderen zeggen over de klacht.*

Subjectieve norm ten opzichte van hulpzoekgedrag heeft geen invloed op hulp zoeken.

### **Motivation to comply**

*De mate waarin men toegeeft/ instemt met de mening van anderen. In dit onderzoek is motivation to comply gemeten door te kijken naar of anderen hun mening over hulpzoekgedrag hebben veranderd.*

Motivation to comply heeft zeer veel invloed op hulpzoekgedrag.

Voor bijna alle respondenten geldt dat de mening van anderen het besluit om hulp te zoeken heeft veranderd (90%, 9/10). Voor slechts een respondent heeft de mening van anderen het besluit om hulp te zoeken niet veranderd (10%, 1/10).

De mening/ het advies van anderen die ervoor zorgen dat 90% van de respondenten anders denken over hulp zoeken, heeft invloed in de zin, dat deze motivation to comply in principe bevestigt wat respondenten al wel dachten en wilden, maar niet deden (namelijk beslissen om wel/geen hulp te zoeken). Deze motivation to comply ten opzichte van hulp zoek gedrag bevestigt de dieper liggende ideeën (covert) van respondenten die niet zichtbaar zijn voor anderen.

Motivation to comply ten opzichte van hulp zoeken heeft invloed op hulpzoekgedrag bij beide respondent groepen. Bij alle 65+ respondenten die geadviseerd werden om hulp te zoeken, hebben naar aanleiding van de mening van anderen hun besluit om hulp te zoeken veranderd (100%, 6/6). Motivation to comply (instemmen met de mening van anderen) heeft een grote invloed op hulpzoekgedrag.

Dit geldt eveneens voor de meeste 50-65 respondenten. De mening van anderen heeft bij de meeste 50-65 respondenten het besluit om hulp te zoeken veranderd (75%, 3/4). Voor slechts een 50-65 respondent heeft de mening van anderen het besluit om hulp te zoeken niet veranderd (25%, 1/4). Motivation to comply heeft invloed op hulpzoekgedrag.

### Conclusie: invloed concepten (interview)

Uit de interviews is gebleken dat de volgende concepten invloed hebben op hulpzoekgedrag:

- Persoonlijkheidsfactoren: instabiel/ niet-open/ (introvert)
- Extern PBC: ziekteperceptie ernst (cijfer), ziekteperceptie-controle (mate uitvoeren dagelijks leven)
- Intern PBC: kennis (route gedachten), vaardigheden (benaderd door andere instanties)
- Subjectieve norm: motivation to comply

Enkele concepten bleken enige invloed te hebben op hulpzoekgedrag, namelijk:

- Intentie (of via anderen)
- Motivatie gedachten
- Extern PBC: gedragsevaluatie: verwachte voordelen
- Extern PBC: gedragsevaluatie: interne barrières
- Implementatieplan (cues to action)

Uit de interviews is gebleken dat de volgende concepten geen invloed hebben op hulpzoekgedrag van ouderen:

- Intern PBC: emoties (inclusief schaamte)
- Omgevingsinvloeden (inclusief levensstressoren)
- Subjectieve norm
- Demografische factor (leeftijd)

De invloed van demografische factoren (geslacht, SES) en hoop bleven onbekend.

### **3.3 Welke rol speelt schaamte bij hulpzoekgedrag?**

In de inleiding werd de hypothese over schaamte als volgt geformuleerd:

*Het concept schaamte speelt een rol bij hulpzoekgedrag. Een ondersteuning van deze hypothese komt uit het onderzoek van Knipscheer et al. (2005), waaruit bleek dat de helft van de respondenten het geen probleem vond om hulp te vragen bij de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer een derde vond dit echter zeer moeilijk, onder meer vanwege de angst niet serieus genomen te worden en de schaamte om over de problematiek te praten.*

#### Schaamte hulpzoekgedrag

Opvallend is dat alle drie respondenten die geen hulp hebben gezocht niet over de emotie schaamte praten in verband met de aanwezige klacht en hulpzoekgedrag. Dit geeft aanwijzingen voor de hypothese dat schaamte invloed heeft op hulpzoekgedrag. Indien beide respondenten wel schaamte lieten zien, dan zou er bewijs aanwezig zijn voor de hypothese dat schaamte een rol speelt bij hulpzoekgedrag. Dat alle drie respondenten die de emotie schaamte lieten zien wel hulp hebben gezocht geeft nogmaals een bevestiging dat schaamte geen rol speelt bij hulpzoekgedrag. Indien schaamte invloed zou hebben, zou het volgens de hypothese over schaamte meer waarschijnlijk zijn dat de 50-65 respondenten geen hulp zouden hebben gezocht.

#### Schaamte/ barrière hulpzoekgedrag

Wordt er om deze reden gekeken bij barrières ten opzichte van hulpzoekgedrag en gekeken naar het concept schaamte (in dit geval schaamte in relatie tot hulp zoeken), dan blijkt dat geen van de drie respondenten die geen hulp hebben gezocht schaamte noemen als barrière.

Echter 17,6% (3/17) van de respondenten die hulp hebben gezocht noemen schaamte als barrière om hulp te zoeken (codes: 10, 11, 15). Op vraag 17B "Wat zijn voor u barrières om hulp te zoeken voor uw klachten" beschreven respondenten de schaamte als volgt:

Code 10: "De trots, ja. Dat doe je toch niet, je gaat toch niet hulp zoeken? Wat zullen de mensen wel niet zeggen? De mening van anderen speelt een rol. En dat je denkt: "dat kun je toch zelf." Het is ook wel zo: als je alleen komt te staan, iedereen wil dat niet horen. De eenzaamheid die je achterlaat met alles. Ik

word er nog emotioneel van. “E: Waren er verder nog nadelen?” Je schaamt je ergens wel hè. Ja, je schaamt je dat je hulp gaat zoeken. Dat je het zelf niet meer aan kunt. Dat vind je toch van jezelf wel kinderachtig. Nu denk ik wel dat het goed is dat ik het heb gedaan, anders was ik er niet door gekomen. Nee, echt niet nee.”

Code 11: “Dat je het zelf wil oplossen en dat lukt dan niet. Dat is het eigenlijk. Dat je denkt van het gaat nou nog wel, maar dan wordt het toch weer erger en dan ben je al weer een dag verder. Dan ga je daar dan heen en dan zit je daar en dan weet je niet wat je zeggen moet. Daar was ik ook bang voor en schaamte ook wel.”

Code 15: “Toen de schaamte. Ja echt wel, de schaamte voor de mensen om je heen. Wat anderen er van zeggen. Het opgesloten zitten in een vicieuze cirkel. Het gebrek aan energie was ook een barrière.”

Overigens blijken dit dezelfde respondenten te zijn die bij vraag 12 schaamte ten opzichte van de klacht hebben benoemd.

### Conclusie: schaamte hypothese

Schaamte heeft geen directe invloed op het hulpzoekgedrag. Alle drie respondenten die zich schamen voor de problematiek zoeken wel hulp ondanks de schaamte. Drie respondenten noemen deze schaamte als barrière, maar uiteindelijk zoeken deze respondenten ondanks de schaamte wel hulp. Voor de drie respondenten die geen hulp hebben gezocht blijkt schaamte niet mee te spelen.

Schaamte zou hulpzoekgedrag slechts kunnen beïnvloeden, in die zin dat schaamte voor een aarzeling, of barrière zorgt, voordat mensen daadwerkelijk hulp gaan zoeken. Toch blijkt schaamte geen voldoende grote barrière om hulpzoekgedrag daadwerkelijk tegen te gaan.

## **3.4 Welke rol speelt hoop bij hulpzoekgedrag?**

### Hoop concept

In de inleiding werd de volgende hypothese over hoop geformuleerd:

*Hoop zou een concept kunnen zijn dat ten grondslag ligt aan hulpzoekgedrag, omdat Duzijn (2006) heeft ondervonden dat jongere ouderen er meer van overtuigd blijken te zijn dat psychische klachten te genezen zijn dan oudere ouderen. Of het concept hoop er werkelijk aan ten grondslag ligt, moet nog worden onderzocht. De hooptheorie kan wellicht inzicht geven in het dilemma waarom de ene mens het gegeven de omstandigheden wel redt en dat een ander daarbij hulp zoekt.*

*Hoop wordt als volgt gedefinieerd: “Hoop is een positief motivationele staat dat gebaseerd is op een interactief gevoel van succesvol agency en pathways (Snyder, 2000, p.8).”*

*Deze definitie is een andere definitie van hoop, zoals het in de volksmond wordt toegepast. Om deze reden is voorzichtigheid vereist bij het meten van hoop als zodanig concept.*

*In de hooptheorie worden uitkomstverwachtingen en evaluaties over de uitkomstwaarde beschreven aan de hand van mogelijke routes (pathway thoughts) en motivatie (agency thoughts). Agency thoughts wordt door Snyder (2000) beschreven als concept wat het motivatiecomponent naar het doel bevat. Pathway thoughts zijn routes (verschillende mogelijke manieren) om het doel te bereiken. Deze zijn via ervaring en kennis verkregen (Snyder, 2000).*

*Zijn 50-65 respondenten meer overtuigd dat klachten te genezen zijn (of door zelf, of anderen)?*

### Mogelijke routen (pathway thoughts) vergelijking 50-65 en 65+

Zowel laag, als middelbaar opgeleide respondenten in de 65+groep zijn in staat om routen naar hulpverleningsinstanties te vormen, op laagopgeleide respondent (code 8) na. De middelbaar en hoogopgeleide respondenten uit de 50-65 groep waren eveneens in staat om routegedachten te vormen en hebben dat gedaan.

### Motivatie gedachten (agency thoughts) vergelijking 50-65 en 65+

Bij 65+’ers zijn motivatie gedachten om hulp te gaan zoeken: zelf niet weten wat te doen (40%, 2/5) en suïcideneiging (40%, 2/5). Terwijl bij 50-65’ers de volgende motivatie gedachten zorgen voor hulpzoekgedrag: hulp zoeken helpt om beter te worden (50%, 3/6) en van de klacht af willen voor de kinderen (33,3%, 2/6). Men wil niet dat de kinderen hen ziet lijden onder de klacht. (ongeacht de leeftijd van de kinderen).

*Deze beide concepten die samen het hoop concept vormen (agency thoughts en pathway thoughts) zijn geen goede operationalisering van het hoop concept. Agency thoughts en pathway thoughts meten zeker geen hoop. Deze concepten meten de perceptie over weten waar men naar toe kan en motivaties om hulp te zoeken.*

De invloed van hoop op hulpzoekgedrag volgens Snyders definitie kan dan ook niet worden geformuleerd.

De definitie van hoop die in de volksmond wordt gebruikt kan beter inzicht geven op de invloed van hoop op hulpzoekgedrag. De definitie van hoop is namelijk volgens Van Dale, Geeraers & Van der Sijs (2005) als volgt: “de verwachting, wens dat iets aangenaams werkelijkheid zal worden.”

Het concept ziekte perceptie: nut van zorg kan niet volledig het hoop concept te dekken, zoals die in de volksmond wordt gedefinieerd, maar hiermee kan echter wede vraag uit de bovenstaande hoop hypothese: ‘Zijn 50-65 respondenten meer overtuigd dat klachten te genezen zijn’ beantwoorden. Deze vraag hangt samen met hoop dat de klachten te genezen zijn. Omdat ‘ziekte perceptie:nut van zorg’ alleen niet volledig het hoop concept dekt, wordt er eveneens gekeken naar het concept ‘ziekteperceptie: kans’ dat men denkt dat de klachten wegblijven. De ziekteperceptie: kansbeoordeling lijkt dichter in de buurt te komen van de definitie van hoop, zoals die in de volksmond wordt gedefinieerd. De ‘kans’ waarin men denkt dat de klacht weg blijft komt overeen met ‘de verwachting, wens dat iets aangenaams werkelijkheid zal worden’, namelijk de kans dat de klacht weg blijft.

#### Ziekte perceptie: nut van zorg

62,5% (5/8) van de 50-65 respondenten geven aan dat hulp zoeken bij zorg hen niet helpt en dat hulpverleners niets kunnen doen. De meeste 65+ respondenten (75% 6/8) blijken te denken dat geestelijke gezondheidszorginstellingen niet helpen.

#### Ziekteperceptie: kans

Komt niet terug/ wordt beter: 30% (3/10) van de 65+’ers geven aan dat ze denken dat de klacht niet terug komt, of dat de klacht beter wordt (codes: 1, 4, 7). Terwijl 60% (6/10) van de 50-65’ers aangeven dat ze denken dat de klacht niet terug komt, of dat de klacht beter wordt (codes: 11, 12, 15, 16, 19, 20).

#### Conclusie: hoop hypothese

De invloed van hoop op hulpzoekgedrag volgens Snyders definitie blijft onbekend.

De invloed van hoop op hulpzoekgedrag, zoals die in de volksmond wordt gebruikt laat zien dat 50-65’ers meer hoop hebben dat hun klacht beter worden dan 65+’ers.

In vergelijking met 50-65’ers heeft een 65+ respondent meer het idee dat hulp zoeken bij geestelijke gezondheidszorginstellingen niet helpt, dat hulpverleners niets kunnen doen aan de klacht. Dit is een zeer klein verschil. De bevinding dat 50-65’ers meer hoop hebben dat hun klacht beter wordt, blijkt echter te worden versterkt door ziekteperceptie: kans. Daaruit bleek namelijk dat in verhouding met 65+’ers het dubbel aantal 50-65’ers de hoop hadden dat hun klacht niet terug komt, of beter wordt (resp. 60%, 30%).

### **3.5 Welke concepten blijken uit de q-sort en interview methode evenveel invloed te hebben?**

In deze paragraaf worden de concepten die bij beide meetmethoden (q-sort en interview) dezelfde mate van invloed hebben weergegeven. De concepten die in beide meetmethode veel invloed blijken te hebben zijn goede indicatoren voor hulpzoekgedrag.

#### **Meeste invloed**

##### Q-sort:

1 Outcome value (1)	3,75
2 Persoonlijkheidsfactoren (2)	3,68
3 Extern pbc (3)	3,45
4 Intern pbc (4)	3,4
5 Coping strategie (5)	3,11

### Interview:

- Persoonlijkheidsfactoren: instabiel/ niet-open/ (introvert)
- Extern pbc: ziekteperceptie ernst (cijfer), ziekteperceptie controle (mate uitvoeren dagelijks leven)
- Intern pbc: Kennis (route gedachten), vaardigheden (benaderd door andere instanties)
- Subjectieve norm: motivation to comply

### *Overeenkomsten*

Deze top 5 van q-sort concepten komt grotendeels overeen met de invloed van concepten die bij het interview naar voren komen. Persoonlijkheidsfactoren, intern en extern pbc blijken namelijk bij de q-sort, als bij het interview concepten die de meeste invloed hebben op hulpzoekgedrag. Deze concepten zijn de meest belangrijke indicatoren van hulpzoekgedrag.

In de q-sort is de sterkte van de invloed duidelijk af te lezen. Daaruit blijkt dat persoonlijkheidsfactoren de meeste invloed heeft. Voor de specifieke deelconcepten met betrekking tot de invloed van hulpzoekgedrag moet gekeken worden bij de interview methode, daaruit blijkt bijvoorbeeld dat met name de persoonlijkheidstrekken instabiel en niet-open de meeste invloed hebben. De ziekteperceptie: ernst (cijfer) en controle (mate uitvoeren van dagelijks leven) uit het extern pbc blijken eveneens veel invloed te hebben op hulpzoekgedrag evenals routegedachten en vaardigheden uit het intern pbc.

### *Verschillen*

Uit het interview blijkt echter niet dat de outcome value invloed heeft op hulpzoekgedrag. Sterker nog deze uitkomstwaarde (outcome value) werd bewust niet direct gemeten in het interview.

Coping strategie staat wel in de top vijf van q-sort concepten die de meeste invloed hebben op hulpzoekgedrag, maar wordt niet genoemd bij de concepten uit het interview die invloed hebben op hulpzoekgedrag.

### **Minste invloed**

#### Q-sort:

1 Omgevingsinvloeden (11)	2,6
2 Demografische factoren (10)	2,8
3 Subjectieve norm (9)	2,85

### Interview:

- Intern PBC Emoties (inclusief schaamte)
- Omgevingsinvloeden (inclusief levensstressoren)
- Subjectieve norm
- Demografische factor (leeftijd)

### *Overeenkomsten*

Zowel bij de q-sort, als uit het interview blijkt dat omgevingsinvloeden, subjectieve norm en de demografische factor leeftijd geen invloed hebben op hulpzoekgedrag. Deze concepten zijn geen goede indicatoren om hulpzoekgedrag te voorspellen.

### *Verschillen*

Uit het interview blijkt dat emoties uit het intern pbc geen invloed hebben op hulpzoekgedrag, terwijl dit concept bij de q-sort niet wordt genoemd als concept dat weinig invloed heeft op hulpzoekgedrag.

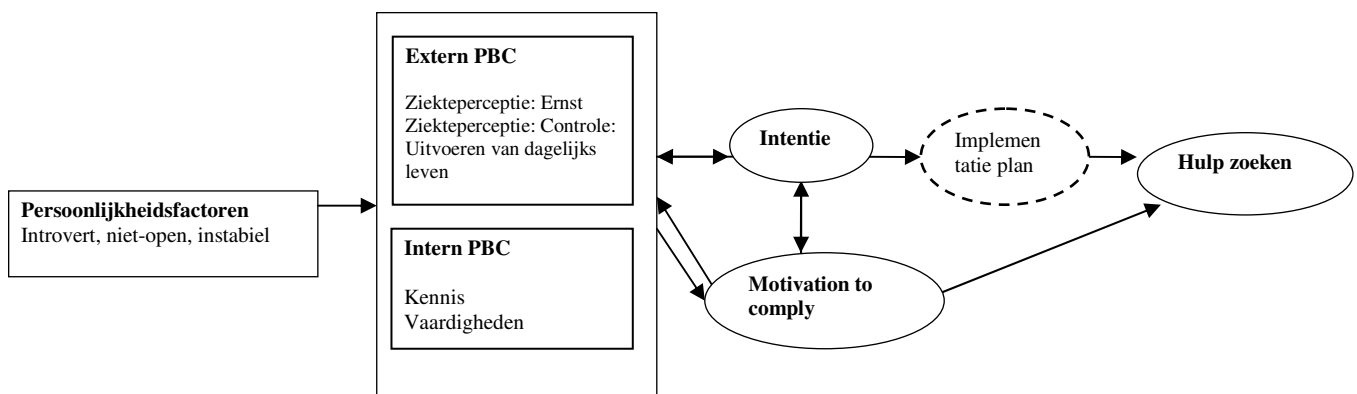
## 4 DISCUSSIE

In dit onderzoek is gezocht naar een model voor hulpzoekgedrag. Aan de hand van verschillende modellen is een geïntegreerd model van hulpzoekgedrag samengesteld. Dit model bestaat uit concepten van de TPB, concepten uit Leventhal's perceptiemodel, Mechnic's determinanten van hulpzoekgedrag, de PMT en de hoop theorie. Aan de hand van de concepten uit het geïntegreerde model is door middel van interviews en q-sort de perceptie van ouderen ten opzichte van hulpzoekgedrag onderzocht. De resultaten zijn reeds behandeld.

In hoofdstuk vier worden verschillende aspecten van het onderzoek ter discussie gesteld. Ten eerste zal in paragraaf 4.1 de resultaten worden gepresenteerd van concepten die volgens de beleving van ouderen een rol spelen bij hulpzoekgedrag. Op basis van deze concepten wordt een bestaand model gepresenteerd, dat het meest aansluit bij het gemodificeerde model. Vervolgens worden de antwoorden op de hypothesen in paragraaf 4.2 behandeld, waarna in paragraaf 4.3 de beperkingen van het onderzoek aan bod komen. Uit deze beperkingen volgen in paragraaf 4.4 aanbevelingen voor vervolgonderzoek en in paragraaf 4.5 aanbevelingen voor de praktijk.

### 4.1 Bespreking resultaten

*Aan de hand van welke concepten en welk model zou hulpzoekgedrag het beste gemeten kunnen worden?*



*Figuur 8: Gemodificeerd model voor hulpzoekgedrag bij ouderen*

De concepten die invloed blijken te hebben staan bovenaan weergegeven in het model. Aangezien het model slechts een hulpmiddel was om de concepten te toetsen is het aan te raden om bij vervolgonderzoek een bestaand model toe te passen waarbij deze bovenstaande concepten aan bod komen. Met name motivation to comply (instemmen met anderen), en de interne en externe ziektepercepties ernst en controle (mate waarin het dagelijks leven kunnen worden uitgevoerd) zijn van belang. Net als kennis (routegegedachten), weten waar men naar toe moet zijn van belang voor hulpzoekgedrag. Indirect hebben enkele persoonlijkheidsfactoren (introvert, niet-open en instabiel) invloed op hulpzoekgedrag.

Bestaande modellen die het dichtst bij dit model komen is de Theory of Planned Behaviour (TPB). De Theory of Reasoned Action (TRA) en het Health Belief Model (HBM) zouden ook in aanmerking kunnen komen. Bij de TRA ontbreekt echter het concept perceived behavioural control, terwijl dit concept in dit onderzoek van belang blijkt te zijn. Het HBM model bevat geen sociale component, terwijl motivation to comply zeer veel invloed blijkt te hebben. De TPB blijkt het meest overeen te komen met de concepten die invloed blijken te hebben op hulpzoekgedrag (zie figuur 2: Theory of Planned Behaviour (TPB)).

Vanwege het onderscheid tussen behavioural beliefs (gedachten door persoon), normative beliefs (gedachten, verwachtingen van de omgeving) waartoe ook het motivation to comply behoort en de control beliefs (onder andere de kans) blijkt de TPB het beste model om hulpzoekgedrag te meten. De externe

variabelen, zoals demografische factoren, persoonlijkheidsfactoren en omgevingsinvloeden hebben een indirecte positie. Bovendien blijkt dat intentie in dit model niet noodzakelijk vooraf hoeft te gaan aan gedrag. Via perceived behavioural control blijkt dat gedrag eveneens direct uitgevoerd kan worden. In dit onderzoek wordt bevestigd dat intentie niet nodig hoeft te zijn om hulpzoekgedrag uit te voeren. Een beperking is echter dat motivation to comply niet de nadruk krijgt in het TPB, zoals het concept eigenlijk verdient zou hebben volgens dit onderzoek. Bovendien blijkt dat de omgevingsinvloeden minder van belang zijn bij hulpzoekgedrag. Toegang tot gezondheidszorg en de omgeving, mobiliteit van personen blijken geen invloed te hebben op hulpzoekgedrag. Eveneens is van belang dat perceived behavioural control meespeelt in die zin dat de mate waarin men kennis heeft van routen naar hulp en de mate waarin men het dagelijks leven kan uitvoeren. De invloed van perceived behavioural control zou opgesplitst moeten worden in intern en extern perceived behavioural control. Dit geeft meer inzicht in de verschillende controlematen (zie geïntegreerd hulpzoekgedrag model). Bovendien komt op deze manier de invloed van sociale steun onvoldoende aan bod. Dit zou apart gemeten moeten worden bij vervolgend onderzoek. Sociale steun is eveneens in dit onderzoek nauwelijks aan bod gekomen via de q-sort en interviewvragen. Toch bleek dat sociale steun van belang is bij hulpzoekgedrag. Dit concept zou de TPB nog kunnen aanvullen.

### ***Hoe is te verklaren dat enkele concepten van invloed verschillen door de meetmethode: q-sort en interview?***

#### *Algemeen*

Voor de interpretatie van alle concepten uit de q-sort in vergelijking met de interview concepten geldt dat het lastig is om deze concepten te vergelijken, omdat de concepten uit de interviews meer in detail en specifiek geformuleerd en uitgevraagd zijn. Deze concepten uit de interviews geven een completer en gedetailleerder beeld, doordat ze niet alleen de hoofdconcepten uit het model meten, maar doordat eveneens de invloed van de aspecten waaruit de hoofdconcepten bestaan onderzocht werden. Niet enkel het extern pbc concept werd gemeten, maar eveneens de deel aspecten waaruit dit concept bestaat, zoals ziekte perceptie: ernst werd gemeten. Bij de q-sort concepten werden echter slechts de algemene grote omvattende concepten gemeten, waardoor de concepten niet voldoende de lading aangeven (de onderliggende deel concepten komen hierdoor niet aan bod). Bij de q-sort is er voor gekozen om slechts de grotere omvattende concepten uit te vragen wegens de lengte van het interview en vanwege het doel: namelijk de q-sort, slechts als een samenvattende opdracht ter controle van concepten die bij het interview invloed blijken te hebben.

Vandaar dat er al gauw een overlap lijkt te ontstaan bij de q-sort, terwijl deze overlap bij de interview concepten minder naar voren komt vanwege de deelconcepten die het soms wat subtiele onderscheid tussen de hoofdconcepten duidelijk maken (dit geldt bijvoorbeeld voor het verschil tussen intern en extern pbc). Hierdoor zal met name de invloed van de interviewconcepten de meeste waarde hebben bij de interpretatie.

#### *Outcome value (uitkomstwaarde)*

Uit het interview blijkt (in tegenstelling tot de q-sort) niet dat de outcome value invloed heeft op hulpzoekgedrag. Sterker nog deze outcome value werd niet direct gemeten in het interview. Outcome value is namelijk de conclusie waarmee men besluit of men de klacht erg genoeg vindt om hulp te zoeken. Via de andere concepten wordt de outcome value (conclusie) geformuleerd, vandaar dat het concept outcome value in het interview niet direct aan bod is gekomen. Dat de q-sort wel een invloed meet bij het concept outcome value kan als volgt verklaard worden: het blijkt uit de q-sort definitie dat outcome value sterk het concept extern PBC overlapt (zie de q-sort definities in bijlage G: Q-sort).

Dat outcome value het extern PBC overlapt is niet vreemd, want extern pbc is uiteindelijk onderdeel van de outcome value. Deze overlapping is terug te zien in de top 5 van de q-sort. Niet enkel outcome value, maar ook extern PBC wordt in de top 5 van de q-sort genoemd. Deze concepten zouden dus eigenlijk samengenomen moeten worden.

Outcome value is bij de q-sort met name gemeten als ziekteperceptie: ernst (bijlage G).



Uit het interview is gebleken dat ziekteperceptie: ernst (cijfer) van de klacht veel invloed heeft op hulpzoekgedrag. Hiermee kan verklaard worden dat outcome value bovenaan in de q-sort staat, terwijl outcome value niet bij de interviews als concept met veel invloed gemeten is.

Uitkomst waarde had beter bij het extern pbc gerekend kunnen worden geplaatst en de coping vaardigheden zouden als apart concept gemeten kunnen worden losstaand van de uitkomstwaarde.

#### *Coping strategie*

Coping strategie staat wel in de top vijf van q-sort concepten die de meeste invloed hebben op hulpzoekgedrag, maar wordt niet genoemd bij de concepten uit het interview die invloed hebben op hulpzoekgedrag.

Uit de q-sort bleek dat respondenten aangaven dat de manier waarop men klachten aanpakte invloed had op hulpzoekgedrag. In de q-sort werd namelijk vooral genoemd dat ziekteperceptie: controle invloed heeft op hulpzoekgedrag in de zin van dat ouderen vinden dat men zelf de controle moet nemen, dat men de klacht zelf moet oplossen en dat een ander de klacht niet voor hen kan oplossen. Om die reden had coping strategie bij de q-sort veel invloed op hulpzoekgedrag. Een verklaring dat uit het interview blijkt dat ouderen hulp zoeken, terwijl men feitelijk weet dat men zelf wat aan de klacht kan doen om de klacht onder controle te krijgen (door adaptieve, en maladaptieve vaardigheden toe te passen) kan zijn dat men de controle niet voldoende vindt en men behoefte heeft aan aanvullende hulp van instanties onder andere omdat sociale steun niet altijd aanwezig is en als deze aanwezig is wil men 'niet zeuren'. Om deze reden blijken coping strategieën (de manier waarop men met de klachten om gaat) geen invloed te hebben op hulpzoekgedrag (in het interview) ookal zegt men van wel. Hiermee geven respondenten aan dat ze feitelijk weten hoe ze de klacht zelf zouden kunnen oplossen, maar dat men aanvullende hulp prettig vindt en dat enkel de manieren van zelfcontrole (zowel maladaptief, als adaptief) onvoldoende is om de klacht te bestrijden.

#### *Intern pbc: emoties*

Uit het interview blijkt dat emoties uit het intern pbc geen invloed hebben op hulpzoekgedrag, terwijl dit concept bij de q-sort niet wordt genoemd als concept dat weinig invloed heeft op hulpzoekgedrag. Een verklaring is dat emoties niet in de q-sort zijn opgenomen, ze zijn namelijk een deelconcept van het intern pbc. Andere concepten uit het intern pbc zijn kennis en vaardigheden. De emoties zijn niet aan bod gekomen bij de q-sort.

#### ***Zonder een intentie blijkt er toch hulp te worden gezocht. Hoe is dit te verklaren?***

Volgens het geïntegreerde hulpzoekgedrag model (en vele andere modellen) was het te verwachten dat een intentie aan hulpzoekgedrag vooraf zou gaan. Na onderzoek blijkt dat slechts 33,3 % (3/9) van de respondenten die geen intentie hadden om hulp te zoeken, geen hulp hebben ontvangen. Terwijl 66,6% (6/9) van de respondenten die geen intentie hadden om hulp te zoeken wel hulp hebben ontvangen. Dat respondenten toch hulp hebben gezocht is te verklaren via de invloed van anderen. Voor de 66,6% geldt dat respondenten zelf geen intentie hadden om hulp te zoeken, maar er toch hulp is gezocht, meestal door anderen (zoals vrienden, familie, partner en af en toe al een betrokken hulpverlener, zoals iemand van de thuiszorg en andere instanties die al in zicht zijn hulp voor hen geregeld.

#### ***Hoe is te verklaren dat de meeste respondenten die hulp zoeken naar andere instanties (94,1% ) gaan?***

Een verklaring voor de bevinding dat de meeste respondenten naar andere instanties lijken te gaan voor hulp blijkt dat voor de werving van de respondenten een aantal van deze andere instanties zijn benaderd (zorgboerderij, SWO) waardoor respondenten vaker deze 'andere' instanties lijken te benaderen. Dit is een methodologische beperking van het onderzoek. Door een andere steekproef te nemen (die een beter afspiegeling is van de bevolking) en dus geen hulpverlener instanties voor de werving van respondenten te benaderen, maar individueel respondenten te benaderen, zal te verwachten zijn dat minder respondenten 'andere instanties', zoals zorgboerderij en SWO noemen als instelling waar men naar toe gaat voor hulp. Dit zorgt voor een lagere interne validiteit.

Er zijn echter andere instanties die door respondenten meerdere keren genoemd als instantie waar men naar toe gaat voor hulp, terwijl deze instanties niet zijn benaderd bij de werving van respondenten, bijvoorbeeld de Zonnebloem, Humanitas en de PAAZ afdeling. Enkel ouderenbonden en de zorgboerderij zijn instanties die benaderd zijn voor de werving. Zouden deze instanties worden weggelaten, dan ziet men dat meerdere respondenten alsnog andere instanties opnoemen waar ze naar toe zijn gegaan voor hulp. De methodologische beperking lijkt dus niet voldoende te verklaren waarom de meerderheid van de respondenten 'andere instanties' noemen als instantie waar men naar toe gaat voor hulp.

## 4.2 Bespreking Hypotheses

### Vrouwen zijn eerder geneigd tot hulpzoekgedrag dan mannen.

De hypothese uit de inleiding waarbij volgens Hosman (1983) vrouwen eerder geneigd zijn tot hulpzoekgedrag dan mannen kan niet verworpen worden, of bevestigd. Het aantal respondenten vrouwen en mannen is echter te klein om daar aan de hand van dit onderzoek uitspraken over te doen.

In verhouding hebben meer mannen, dan vrouwen hulp gezocht. Een verklaring dat in verhouding meer mannen hulp zoeken is dat er maar vier mannen aan het onderzoek deelnamen.

### Hogere SES groepen zoeken vaker en eerder hulp zoeken als reactie op ernstige psychosociale problematiek, dan lagere SES groepen.

De hypothese uit de inleiding dat hogere SES groepen vaker en eerder hulp zoeken als reactie op ernstige psychosociale problematiek, dan lagere SES groepen en dat hogere SES groepen vaker en eerder hulp zoeken als reactie op ernstige psychosociale problematiek, dan lagere SES groepen ((1983) wordt hiermee niet bevestigd, vanwege de beperkte vergelijking. Er waren slechts twee respondenten met een hogere SES.

### Persoonlijkheidsfactoren zijn positief of negatief geassocieerd met gezondheidsgedrag met name neuroticisme.

De hypothese uit de inleiding dat persoonlijkheidsfactoren zijn van belang voor hulpzoekgedrag, vanwege de bevinding dat persoonlijkheidsfactoren positief of negatief geassocieerd zijn met gezondheidsgedrag kan voor de persoonlijkheidstrekken: introvert, niet- open en instabiel worden bevestigd. Deze trekken blijken invloed te hebben op hulpzoekgedrag. Specifiek werd voorspeld dat een instabiele persoonlijkheid (neuroticisme) er voor zorgt dat men hulp gaat zoeken.

Zoals men kon verwacht blijkt dat de instabiele persoonlijkheden inderdaad veel vaker hulp zoeken, namelijk allemaal (100%, 5/5), dan de stabiele persoonlijkheden (78,7%, 11/14). De respondenten die geen hulp hebben gezocht waren alle drie stabiele respondenten (codes: 9, 16, 19).

### Schaamte zorgt er voor dat mensen minder gauw hulp zoeken.

Schaamte heeft geen invloed op hulpzoekgedrag. Ondanks de schaamte zoeken respondenten hulp. Schaamte beïnvloedt hulpzoekgedrag in die zin dat het een barrière kan vormen. Deze barrière blijkt echter niet zo groot dat het invloed heeft op hulpzoekgedrag (zie ook deelvraag: invloed schaamte). Drie respondenten noemen deze schaamte als barrière, maar uiteindelijk zoeken deze respondenten ondanks de schaamte wel hulp. Voor de drie respondenten die geen hulp hebben gezocht blijkt schaamte niet mee te spelen.

### 65+'ers zoeken minder gauw hulp dan 50-65'ers.

Deze hypothese blijkt niet te worden bevestigd, omdat uit het hulpzoekgedrag: vaardigheden blijkt, dat er geen/nauwelijks verschil blijkt te zijn tussen het aantal 50-56'ers en 65+'ers dat hulp blijkt te hebben gezocht. Uit de vaardigheid om hulp te zoeken blijkt dat uit de 50-65 groep 80% van de respondenten hulp heeft ontvangen. Bij de 65+ groep heeft 90% hulp ontvangen.

## 4.3 Beperkingen van onderzoek

### 4.3.1 Betrouwbaarheid

*Betrouwbaarheid meet of men nog een keer hetzelfde resultaat zou meten als het onderzoek nogmaals uitgevoerd zou worden.*

#### *Inclusiecriteria: lichamelijke/geestelijke klachten*

Een inclusiecriteria was dat respondenten enkel geestelijke gezondheidsklachten hadden, zonder aanwezigheid van directe lichamelijke klachten. In eerste instantie zijn respondenten hierop gescreend, maar naderhand (met name bij ouderen) bij de interviews bleken meerdere keren echter wel lichamelijke klachten indirect een rol te spelen. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat conclusies over hulpzoekgedrag alleen over geestelijke gezondheidsklachten gaan. De lichamelijke klachten hebben invloed en zijn hierbij een achtergrondvariabele. Deze twee aspecten (lichamelijk en geestelijk) zijn nauwelijks los van elkaar te zien. Ze beïnvloeden elkaar. De betrouwbaarheid van de resultaten als er enkel wordt gekeken naar geestelijke gezondheidsklachten is hierdoor verlaagd.

Dat lichamelijke klachten niet uitgesloten kan worden van geestelijke klachten is echter geen externe bedreiging voor de validiteit, dit is juist representatief voor ouderen die zich met geestelijke gezondheidsklachten zouden melden. In de werkelijke populatie, zullen geestelijke gezondheidsklachten eveneens beïnvloed worden door lichamelijke klachten.

#### *Medicatiegebruik*

Invloed van medicatie: enkele respondenten blijken medicatie tegen hun klachten te hebben. Deze medicatie zorgt voor een andere perceptie van respondenten, dan wanneer respondenten geen medicatie innemen. De perceptie van deze respondenten is door de medicatie waarschijnlijk positiever, dan zonder medicatie.

#### *Setting*

De interviews vonden in verschillende settings plaats. De setting was niet gestandaardiseerd. Het interview vond telkens bij mensen thuis plaats. Invloed van geluiden daar kunnen hierdoor de kwaliteit van interviews ongunstig benadelen. Bovendien was de afstand tussen respondent/ cliënt hierdoor ook verschillend. Het gebrek aan standaardisatie van de setting zorgt voor bias in de antwoorden en beperkte informatie van de respondent. Bovendien verlaagt de wisselende setting de betrouwbaarheid. De setting: 'bij de mensen thuis' is over het algemeen echter wel veilige omgeving, waardoor mensen meer zouden vertellen, dan op een onbekende plek.

#### *Aanwezigheid partner*

Bij enkele respondenten was een partner in de ruimte aanwezig. Twee respondenten vroegen zelfs of de partner bij het interview aanwezig mocht zijn en zich af en toe mochten mengen in het interview. De onderzoeker heeft dit toegestaan, na te hebben doorgevraagd wat de reden was, dat de partner bij het interview aanwezig zou zijn. Bovendien gaf de onderzoeker aan dat de cliënt eerst zoveel mogelijk zelf antwoord kon geven. Er is continu gecheckt of de respondent zelf met uitspraken van partner eens was indien de partner antwoordde. Bij de analyse is de reactie van de partner bovendien slechts als aanvulling gebruikt. Toch verlaagt de aanwezigheid van de partner invloed op de betrouwbaarheid. Het zou kunnen dat respondenten hierdoor bijvoorbeeld bepaalde informatie niet geven, of sociaal wenselijk antwoorden, vanwege de aanwezigheid van de partner.

#### *Q-sort*

De q-sort is gescoord door scores te koppelen aan de termen geen, weinig, gemiddeld, veel invloed en op die manier de gemiddelde scores te berekenen per concept. Er zijn vele manieren mogelijk om q-sort te scoren, maar er is voor deze manier gekozen, omdat dit een snelle manier van berekening is. Een beperking van de scoreberekening van concepten uit de q-sort is dat respondenten verschillende ideeën hebben bij de begrippen veel, gemiddeld en weinig en deze begrippen om die reden verschillend worden gehanteerd.

De q-sort is echter een goede methode waarbij antwoordtendenties snel in beeld zouden komen. Uit de q-sort bleek geen sprake te zijn van antwoordtendenties (continu veel invloed aangeven, ongeacht het concept).

### *Zelfselectie*

Door de methode van onderzoek. (quota- en gestratificeerde steekproef) zijn deelnemers aan het onderzoek met name via zelfselectie geworven. Hierdoor kan het bijvoorbeeld zijn dat bepaalde concepten meer invloed lijken te hebben dan ze feitelijk hebben. Mensen die over klachten willen praten met een bepaalde persoonlijkheidstrekk, zullen zich vooral hebben aangemeld, terwijl respondenten die zich schamen bijvoorbeeld minder gauw deelnemen aan het interview, waardoor schaamte meer een rol zou kunnen spelen als er op een andere manier zou zijn geworven. De zelfselectie werd gedeeltelijk ondervangen doordat instellingen zijn benaderd en de onderzoeker vervolgens zelf samen met instellingen respondenten hebben benaderd voor deelname in plaats dat respondenten enkel op eigen initiatief (via reactie op kopij) reageerden voor deelname.

### *Onderzoeksgrootte*

Door het beperkte aantal respondenten (twintig) moeten conclusies met name bij vergelijkingen tussen groepen (tien respondenten per groep) voorzichtig worden geïnterpreteerd. Vooral op vragen waarop niet elk respondent bevestigend heeft geantwoord (bijvoorbeeld barrières), zeggen percentages niet erg veel. Percentages en breuken zijn om die redenen meerdere keren tegelijkertijd weergegeven, zodat men kan zien hoe de verdeling is. Om te kijken wat de invloed van verschillende concepten is, zal onderzoek nogmaals bij een grotere groep respondenten aan de orde kunnen komen met name als er vergelijkingen tussen groepen dienen worden gemaakt. Het kwantitatieve onderzoek van Duzijn (2006) ondervangt dit probleem enigszins.

### 4.3.2 Interne validiteit

*Hoe goed meet het onderzoek datgene wat het zou moeten meten.*

### *Overlap concepten*

In dit onderzoek kwam naar voren dat bepaalde concepten een grote mate van overlap hadden. Hierdoor is meerdere keren hetzelfde gemeten. De overlap bestond onder andere bij de specifieke cues to action in vergelijking met algemene cues to action.

De verwachte voordelen en motiveredenen van respondenten om hulp te zoeken zouden kunnen verschillen, maar bleken eveneens over het algemeen nauwelijks van elkaar te verschillen. Bij vervolgonderzoek zou het dan ook duidelijk zijn om motiveredenen samen met voordelen te meten, de cues zouden samen gemeten kunnen worden. De overlap van concepten kwam met name bij de Q-sort naar voren (zie: paragraaf 4.1: *Hoe is te verklaren dat enkele concepten van invloed verschillen door de meetmethode: q-sort en interview?*). De overlap van concepten zou voorkomen kunnen worden door hulpzoekgedrag aan de hand van de TPB te meten. Dit model blijkt namelijk de belangrijkste concepten van hulpzoekgedrag te bevatten.

### *Werving bij hulpverleninstanties*

Een verklaring voor de bevinding dat de meeste respondenten voor hulp naar andere instanties dan Mediant lijken te gaan, blijkt dat voor de werving van de respondenten een aantal van deze andere instanties zijn benaderd (de zorgboerderij en SWO) waardoor respondenten vaker deze 'andere' instanties lijken te benaderen.

Dit is een methodologische beperking van het onderzoek. Door een andere steekproef te nemen (die een beter afspiegeling is van de bevolking) en dus geen hulpverleninstanties voor de werving van respondenten te benaderen, maar individueel respondenten te benaderen, zal te verwachten zijn dat minder respondenten 'andere hulpverleningsinstanties, dan Mediant' benoemen als instelling waar men naar toe gaat voor hulp, zoals: de zorgboerderij en SWO. Dit zorgt voor een lagere interne validiteit. Hierbij dient rekening gehouden worden dat bestanden van Mediant niet gebruikt konden worden om respondenten te benaderen.

Bovendien zijn er echter meerdere soorten ‘andere instanties’ door respondenten genoemd als instantie waar men naar toe gaat voor hulp, terwijl deze instanties niet zijn benaderd bij de werving van respondenten. De Zonnebloem, Humanitas en de PAAZ afdeling werden bijvoorbeeld eveneens meerdere keren genoemd als instantie waar men naar toe gaat voor hulp, terwijl bij deze andere instanties niet is geworven. Dat de steekproef bij het SWO en de zorgboerderij is afgenomen kan het benoemen van de overige ‘andere instanties dan Mediant’ (zoals de Zonnebloem en dergelijke) niet volledig verklaren.

#### *Persoonlijkheidsvragen*

De items uit de persoonlijkheidsvragenlijst zijn samengesteld aan de hand van een verkorte persoonlijkheidstest (123test, 1999) op basis van de vijf dimensies van persoonlijkheidskenmerken. Deze verkorte vragenlijst is niet gevalideerd. Het was voor de validiteit van het onderzoek beter geweest om valide persoonlijkheidstesten af te nemen. Hier is echter niet voor gekozen wegens afnameduur en kosten. Daarnaast was het doel van deze persoonlijkheidsvragen om de perceptie van persoonlijkheidstrekken bij de respondenten te meten en niet perse de feitelijke persoonlijkheidstrekken. Persoonlijkheidsdimensies zouden bij vervolgonderzoek gemeten kunnen worden aan de hand van gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten, zoals de NEO-PI-R.

#### 4.3.3 Externe validiteit

##### *Geslacht*

Aan het onderzoek hebben echter vier mannen deelgenomen. Het had overwogen kunnen worden om in dat geval enkel vrouwen in het onderzoek te betrekken. Over de vier mannelijke respondenten kunnen namelijk geen conclusies getrokken worden. Bovendien komen de mannen allemaal uit de 65+ groep, dus een vergelijking tussen mannen uit beide leeftijdscategorieën is eveneens niet mogelijk. Dit was echter op het moment van onderzoek niet mogelijk, vanwege tijd en het aantal respondenten die zich op dat moment hadden aangemeld (er waren niet meer respondenten beschikbaar op dat moment). De resultaten wekten bij de analyse namelijk de suggestie dat respondenten moeite hadden om hun klacht te benoemen. Het bleek echter dat het met name bij mannen moeilijk was om klacht boven tafel te krijgen. Vrouwen praatten over het algemeen makkelijker over de klacht.

##### *Soort klachten*

De ernst van de klachten en soort klachten lopen erg uiteen bij de respondenten. Hierdoor is er een grote spreiding en kan er niet gespecificeerd worden naar een bepaalde klacht. Dit onderzoek zou laagdrempelige klachten meten, toch blijkt al gauw dat er meer aan de hand is. Onderzoek beperken tot een soort klacht kan dit voorkomen (bijvoorbeeld eenzaamheid). Bij vervolgonderzoek zou het onderzoek zich kunnen beperken tot een bepaalde geestelijke klacht, zoals eenzaamheid. Aan de ene kant zou het voor de interne validiteit beter zijn om klachten te kiezen die meer op een lijn liggen wat betreft de ernst van de klacht. Aan de andere kant vergroot de aanwezigheid van uiteenlopende klachten de externe validiteit. Bij Mediant (de opdrachtgever) melden zich namelijk eveneens cliënten met een verscheidenheid aan geestelijke gezondheidsklachten. Anders geformuleerd: de uiteenlopende klachten van de respondenten die deelnamen aan dit onderzoek vergroten de toepasbaarheid voor de praktijk.

#### **4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

##### *TPB*

Voor vervolgonderzoek zou het nuttig zijn om hulpzoekgedrag te onderzoeken aan de hand van de TPB. Dit model is een onderzocht model en blijkt zeer toepasbaar. Dit onderzoek bevestigt net als eerder onderzoeken in relatie tot hulpzoekgedrag van Westerhof et al. (2006) dat het TPB model een geschikt model is om concepten van hulpzoekgedrag te meten. De q-sort methode blijkt een goede aanvulling om de sterkte van de invloed te meten. De TPB zorgt er niet alleen voor dat de benodigde concepten aan bod komen, maar ook dat er onnodige overlappingsen niet zullen voorkomen.

##### *Sociale steun*

Wel of niet aanwezig zijn van sociale steun lijkt belangrijk te zijn blijkt uit dit onderzoek onder andere bij de motivation to comply (instemmen met advies van anderen), maar mensen willen er niet om vragen. Bij

vervolgonderzoek zou ‘sociale steun’ als apart concept onderzocht moeten worden. In dit onderzoek kwam de invloed van sociale steun naar voren bij ‘zelfperceptie: controle’ en ‘subjectieve norm’. Daaruit bleek dat sociale steun niet noodzakelijk van belang is om over de klacht te praten, maar eveneens om leuke dingen doen, er uit zijn, of gewoon een gezellig praatje. De precieze invloed van sociale steun zou dus nog beter kunnen worden onderzocht. Dit concept zou bij vervolgonderzoek als aanvulling op de TPB kunnen worden toegepast.

#### *Werving bij hulpverlenerinstanties*

Door een andere steekproef te nemen (die een beter afspiegeling is van de bevolking), door geen hulpverlenerinstanties voor de werving van respondenten te benaderen, maar individueel respondenten te benaderen, zal te verwachten zijn dat minder respondenten ‘andere instanties’, zoals de zorgboerderij en SWO noemen als instelling waar men naar toe gaat voor hulp.

#### *Hoop*

Het hoop concept uit dit onderzoek meet hoop volgens de definitie van *Snyder (2000)*.

Hoop zou bij vervolgonderzoek beter kunnen worden gemeten aan de hand van de definitie zoals het in de volksmond wordt toegepast: de verwachting, wens dat iets aangenaams werkelijkheid zal worden (Van Dale et al., 2005).

#### *Persoonlijkheidsvragen*

Persoonlijkheidsdimensies zouden bij vervolgonderzoek gemeten kunnen worden aan de hand van gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten, zoals de NEO-PI-R.

#### *Soort klachten*

Bij vervolgonderzoek zou het onderzoek zich kunnen beperken tot een bepaalde geestelijke klacht, zoals eenzaamheid om specifiekere informatie te vinden over de invloed van concepten (bij bepaalde klachten) op hulpzoekgedrag.

#### *Privacy*

Voor de werving bij instellingen is het van belang privacy nadrukkelijk te benoemen. Slechts noemen dat er rekening wordt gehouden met privacy is voor instellingen niet voldoende overtuigend om mee te doen. Pas nadat er een compleet uitgewerkte e-mail naar instellingen werd toegestuurd over de manier waarop er met de privacy van respondenten om zou worden gegaan tijdens het onderzoek met concreet de opties van manieren waarop het onderzoek via instellingen in contact zou kunnen komen met respondenten (zie bijlage D: *Wervingsbrieven en kopij*), kwamen er meer bevestigende reacties van instellingen voor deelname.

#### *Benadering/ woordkeus*

Met name bij 65+’ers schrikken de woorden: lichte geestelijke gezondheidsklachten af. Dit klinkt te zwaar, ook al worden er voorbeelden, zoals eenzaamheid genoemd. Beter bleek het bijvoorbeeld om eenzaamheid ‘alleen zijn’ te noemen en om het woord ‘lichte geestelijke gezondheidsklachten’ in het geheel naar de respondenten toe in het interview te vermijden. Dit is om ontkenning te voorkomen en om te voorkomen dat respondenten hun ‘hakken in het zand zetten’ en zich niet begrepen voelen. Dit kon worden bereikt door bij de instellingen wel de juiste lading en term te benoemen, zodat respondenten voldeden aan de inclusiecriteria.

Bij respondenten zelf kan lichte geestelijke gezondheidsklachten vermeden worden door eerst te vragen “welke klachten hebt u?”. Indien de respondent vervolgens verschillende klachten benoemt (lichamelijke en geestelijke), zal de interviewer inhaken op de geestelijke gezondheidsklachten en indien nodig doorvragen. Doorvragen kan de interviewer als volgt doen: “U benoemde zojuist lichamelijke klachten, maar wat voor klachten, had u geestelijk? Wat deed dat met u?” Het moment waarop deze vraag werd gesteld bleek minder direct over te komen, waarna respondenten voorzichtig enkele vage klachten loslieten, zodat daar door de interviewer op doorgevraagd kon worden: “U zei net..., wat bedoelt u precies? Hoe uit zich dat?” Daarna is er vaak voldoende tijd er overheen gegaan om vertrouwen op te bouwen en op die manier staat men eerder open voor diepgang in plaats van wanneer de interviewer direct

het woord: 'geestelijke gezondheidsklacht' zou laten vallen. Het benoemen van voorbeelden van klachten (klachten, zoals: alleen voelen, niet lekker in de vel zitten/ gespannenheid) die laagdrempelig zijn waarbij alledaagse klachten benoemd worden en waarbij de interviewer aangeeft dat iedereen deze klachten zo nu en dan wel eens heeft, helpt de respondent een gevoel van begrip te geven, waarmee de respondent wordt uitgenodigd om meer informatie te geven.

#### *Grote onderzoeksgroep*

Voor vervolgonderzoek zou het goed zijn om een grotere onderzoeksgroep te nemen, zodat er betere vergelijkingen kunnen worden gemaakt met name tussen de leeftijdsgroepen onderling. Bij dit onderzoek werden uit beide respondentengroepen slechts tien respondenten onderzocht. Waar mogelijk zou er meer gestratificeerd kunnen worden door op meerdere concepten te letten. Geslacht zou als nog een deelcategorie kunnen zijn, net als SES en opleiding, zodat meer concepten worden gestandaardiseerd.

## **4.5 Aanbevelingen voor de praktijk**

### ***Actieve benadering naar ouderen en sociale systeem van ouderen aanspreken***

Geestelijke gezondheidszorginstellingen zouden ouderen die een risicogroep vormen om geestelijke klachten te ontwikkelen (zoals eenzame ouderen) het beste actief kunnen benaderen.

Uit onderzoek bleek namelijk, dat wanneer geestelijke gezondheidszorg instellingen aan huis langskwamen respondenten eerder geneigd waren deze hulp aan te nemen, dan wanneer ze zelf voor hulp de deur voor uit moesten. Dit gold niet alleen voor minder mobiele 65+'ers, maar ook voor een aantal mobiele 50-65'ers. Geestelijke gezondheidszorginstellingen kunnen dus het beste zelf bij mensen langskomen om er voor te zorgen dat respondenten deelnemen aan zorg.

Een methode om ouderen actief te benaderen is dat Mediant, of ouderen organisaties (SWO) bijvoorbeeld een Bezoekersdienst opzetten, zoals in Oss gedaan wordt (PWO, 2002). Vrijwilligers van de bezoekersdienst in Oss worden gekoppeld aan iemand die eenzaam is en gaan hen vervolgens op regelmatige basis bezoeken. De RIGOM financiert het project met subsidie van de gemeente Oss en het Zorgkantoor. Al snel na aanvang bleek het project in een grote behoefte te voorzien. Volgens de bezoekersdienst in Oss is de ouderenadviseur vaak de eerste om de signalen te herkennen en de Bezoekersdienst in te schakelen. Ook kinderen, die ver weg wonen en het probleem onderkennen maar niet op kunnen lossen, melden vaak hun ouder(s) aan voor de Bezoekersdienst. Daarnaast komen aanmeldingen binnen via huisartsen, GGZ, RIO en maatschappelijk werk. Het komt zelden voor dat eenzame mensen zelf contact opnemen met de Bezoekersdienst. Volgens een vrijwilliger van de bezoekersdienst ervaren de mensen een drempel om zelf contact op te nemen. De duur van een bezoekje door vrijwilligers van de bezoekersdienst in Oss varieert van één tot drie uur. De bezoeken vinden zo veel mogelijk op dezelfde dag en dezelfde tijd plaats. Vaste regelmaat helpt om het gevoel van veiligheid te vergroten en vertrouwen op te bouwen. De vrijwilligers van de Bezoekersdienst in Oss kunnen ook gevraagd worden voor de 'Eropuit service'. Via deze service worden ouderen gestimuleerd om deel te nemen aan bezigheden buitenshuis in de vorm van groepsactiviteiten of een cursus. Een vrijwilliger gaat één of een paar keer met iemand mee tot hij of zij alleen durft (PWO, 2002).

Deze Bezoekersdienst lijkt verder te gaan dan enkel een praatje maken (wat ook door SWO's wordt gedaan) met name door de erop uit service. Door middel van deze actieve benaderingen (de bezoekersdienst en een eropuit service) zullen ouderen eerder in contact komen met geestelijke gezondheidszorginstellingen, waardoor er preventief gewerkt wordt en tijdig kan worden ingegrepen. Hiermee wordt namelijk voorkomen dat ouderen hun lichte geestelijke gezondheidsklachten verder ontwikkelen.

De omgeving van ouderen kan bij de hulp betrokken worden: hulpverleners kunnen in de vorm van psycho-educatie hen erop wijzen wat signalen van bepaalde klachten zijn en attenderen wanneer hulp nodig is en informeren hoe te handelen. Van belang is dat dit als aanvulling dient en niet aan de oudere

zelf voorbij gegaan wordt, dus ‘een luisterend oor’ bieden als hulpverlener aan de oudere en met de oudere zelf in gesprek gaan blijft uiteraard van belang.

### ***Hulpverlenerinstanties kunnen inspelen op interne barrières***

Eveneens kan Mediant op de barrières van ouderen inspelen om hulpzoekgedrag te bevorderen. De voorkomende interne barrière ‘Angst ten opzichte van hulp’ kan worden weggenomen door aan te geven hoe de hulpverlening nu is veranderd ten opzichte van vroeger en door vertrouwelijkheid en veiligheid te creëren.

Vinden dat men de klacht zelf moet oplossen kan worden weggenomen, door aan te geven dat hulpverlenerinstanties de problemen niet voor de cliënt kan oplossen, maar er samen met de cliënt naar kijkt en de cliënt op weg helpt in de goede richting, maar dat men uiteindelijk zelf degene is die voor verandering kan zorgen.

Door deze interne barrières in de media te benoemen (bijvoorbeeld door deze barrières in folders over de instelling aan bod te laten komen), zouden ouderen die twijfelen of het al dan niet nodig is om hulp te zoeken eerder hulp kunnen gaan zoeken.

### ***Kennis alternatieve zorg***

Mediant en andere hulpverleners instanties zouden kunnen kijken naar mogelijkheden om aspecten van niet-reguliere zorg (zoals Reiki en metafysicacursussen) aan te vullen bij hun reguliere aanbod, zodat Mediant cliënten een breder aanbod kan aanbieden.

Enkel reguliere zorg is namelijk voor veel respondenten slechts ter ondersteuning voldoende. Men vindt namelijk dat reguliere zorg (in de perceptie van respondenten: praten en medicatie) niet helpt, men moet het toch zelf doen. Reguliere zorg helpt daar gedeeltelijk bij, maar alternatieve zorg biedt aanvulling, zodat respondenten het idee krijgen dat ze er zelf wat aan doen om de klacht onder controle te krijgen. Een extra houvast.

*Samenvattend kan geconcludeerd worden dat concepten uit de TPB goede indicatoren zijn om hulpzoekgedrag van ouderen in kaart te brengen, indien de sociale component er aan toegevoegd wordt.*



## 5 LITERATUURLIJST

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

American Psychological Association, (2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington DC: American Psychological Association.

Andrews, B. Ned. vert. Baneke, J.J. (2003). *Ervaringen met schaamteschaal*. Enschede: Mediant.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Meer-Middelburg, A.G.E. van der (1996). *Basisboek open interviews: Praktische handleiding voor het voorbereiden en afnemen van open interviews*. Groningen: Stenfert Kroese.

Baarda, D.B., Kalmijn, M. & Goede M.P.M. de (2000). *Enquêteren en gestructureerd interviewen. Praktische handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van gestructureerde interviews*. Houten: EPN.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff.

Baneke, J.J. (2001). *Vragenlijst hoop en vertrouwen*. Enschede: Mediant.

Brinkman, J. (2000). *De vragenlijst*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der. (2005). *Gezondheidsvoorlichting en gedragverandering. Een planmatige aanpak; Determinanten van gedrag; Theorieën en methodieken van verandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Cameron, L.D. & Leventhal, H. (2003). *Selfregulation of health*. London: Routledge.

Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour*. London: Open University Press.

Dale, J.H. van, Boon, C.A. den, Geeraerts, D. & Sijs N. van der (2005). *Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale lexicografie.

Dooley, D. (2001). *Social research methods*. New Jersey: Prentice Hall.

Duzijn, B. (2006). *Ouderen en gezondheid. Verslag van onderzoek naar de psychische gezondheid en toekomstige zorgvraag van vijftigplussers in Twente*. GGZ, circuit ouderen Hengelo: Mediant.

Ekman, P. (1994). *The nature of Emotion*. New York: Oxford University Press.

Emans, B. (2002). *Interviewen: Theorie, techniek en training*. Groningen: Stenfert Kroese.

Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196, 129-36.

Fuller, J., Edwards, J., Procter, N. & Moss, J. (2000). How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *Australian Rural Health*, 8, 148-153.

Gezondheidsraad, (2005). *Vergrijzen met ambitie*. Den Haag: Gezondheidsraad.

- Gollwitzer, P.M. & Scheeran, P. (2003). *Bridging the intention-behaviour 'gap' through strategic automatization: meta-analysis of implementation intentions*. New York: University.
- Hadas, A. & Midlarsky E. (2000). Perceptions of Responsibility and Mental Health Help-Seeking Among Psychologically Distressed Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, Vol. 6, No. 3.
- Heller, A. (1985). *The power of shame a rational perspective*. London: Routledge.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J. & Fruyt, F. de. (1996). *Handleiding NEO persoonlijkheidsvragenlijsten NEO-PI-R en NEO-FFI*. Lisse: Swets Test Services.
- Hosman, C.M.H. (1983). *Psychoosociale problematiek en hulpzoeken: Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventie van geestelijke gezondheidszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hulshof, M. (2001). *Leren interviewen: Een HBO-methode voor het mondeling verzamelen van informatie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hutjes, J.M. & Buuren, J.A. van (1992). *De gevalstudie: Strategie van kwalitatief onderzoek*. Heerlen: Open Universiteit.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2001). Help seeking attitudes and utilization patterns regarding mental health problems of Surinaamse migrants in the Netherlands. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 28-38. (UU).
- Knipscheer, J.W., Kok, H.B.C. & Kleber, R.J. (2004). *Ghanezen en Bosniërs in Nederland: Psychische gezondheid, hulpzoekgedrag en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Knipscheer, J.W., Kok, H.B.C. & Kleber, R.J. (2005). *Migranten in de GGZ: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg*. Tijdschrift voor psychiatrie, 47, 11.
- Leventhal, H., Idler, E.L. & Leventhal, E.A. (1999). *The impact of chronic illness on the self system*. Oxford: University Press.
- Markenhof, A., Bastings, M. & Oost, H. (2002). *Een onderzoek presenteren*. Baarn: HB uitgevers.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, M. (2006). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: SAGE.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. London: Sage.
- McCrae, R.R., Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood, a five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. New York: Free Press.
- Nederlands Kenniscentrum Ouderen psychiatrie, (2006). Verkregen op 2-11-2007 van <http://www.ouderenpsychiatrie.nl>.
- Nederlandse Taalunie (1995). *Woordenlijst Nederlandse taal*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Ogden, J. (1997). The rhetoric and reality of psychosocial theories: a challenge to biomedicine. *Journal of health psychology*, 2, 21-9.

- Oost, H. (2002). *Een onderzoek rapporteren*. Baarn: HB uitgevers.
- Oost, H. (2002). *Een onderzoek uitvoeren*. Baarn: HB uitgevers.
- Overbeek, R. (2004). *Ouder worden we allemaal. Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*. Utrecht: NIZW.
- Peytremann-Bridevaux, I., Voellinger R. & Santos-Eggimann B. (2007). Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 105, 247-252.
- Pol, J. van de (2002). *In goed Nederlands*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- PWO, (2002). De eenzaamheid te lijf. Vrijwilligers van de Bezoekersdienst in Oss bezoeken eenzame ouderen. *Duurzame verwantschappen*. Verkregen op 6-8-2008 van <http://www.bkobrabant.nl/PDF/Duurzame%20Verwantschappen.pdf>
- Renkema, J. (2002). *Schrijfwijzer*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2007). Mental disorders: who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 167–174. Heidelberg: Springer.
- Rippetoe, P.A. & Rogers, R.W. (1987). Effects of components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). *Cognitieve and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation*. Social psychophysiology: a Source Book. New York: Guilford Press, 153-76.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Mincic, M.S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study. *Aging & mental health*, 9, 363-367.
- Steehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M. & Woudstra, E. (1999). *Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: SAGE.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope. Theory, Measures & Applications*. London: Academic Press.
- Tijhuis, M. A. R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 31, 989-995.
- Vanheusden, K. (2008). Jongvolwassenen zoeken weinig hulp ondanks psychische problemen. Verkregen op 7-12-2007 van <http://www.erasmusmc.nl>.
- Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Westerhof, J.G., Maessen, M., Bruijn, R. de & Smets, B. (2006). *Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: an application of the theory of planned behaviour*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Yin, R.K. (2003). *Case study research design and methods*. London: SAGE.

123test (1999). Verkregen op 2-12-2007 van <http://www.123test.nl/bigfive>.

## **BIJLAGEN**

- Bijlage A: Tijdschema
- Bijlage B: Werving gegevens
- Bijlage C: Benaderde instanties
- Bijlage D: Wervingsbrieven en kopij
- Bijlage E: Berekeningen en overzicht ziekteperceptie: controle
- Bijlage F: Berekening en overzicht Q-sort
- Bijlage G: Q-sort
- Bijlage H: Overzicht invloed concepten interview
- Bijlage I: Matrix interviewvragen

## Bijlage A: tijdschema

Week	Taken
46	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bepalen basis model-theorie</li> <li>- Scriptie relevantie</li>   <li>- Zoeken/bepalen theorie: TPB/ hooptheorie/ andere theorie hulpzoekdrag</li> <li>- 3 pagina's : inleiding scriptie/relevantie. Hierin ook deelvragen en vraagstelling</li> </ul>
47/48	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview vragen opzetten en matrix maken</li> <li>- Interviewplan</li> <li>- Inleidende brief versturen/ weten hoe doelgroep overtuigen via telefoon.</li>   <li>- Interviewvragen zie: mijn methode onderzoek/ basis model/ ander scriptie/ kwalitatief onderzoek yin/(Vragenlijst Baneke doornemen zie mail )</li> <li>- Meteen coderen interviewvragen: 20x modellenmatrix maken.</li> <li>- Plan hoe interview: coderen/ tijd/ inleidende brief/ weten hoe benaderen / regelen recorder/ brief versturen/ weten hoe telefoongesprek mensen overtuigen.</li> </ul>
48/49	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Info/ literatuur zoeken</li>   <li>- Enschede Mediant locatie</li> <li>- Baarde/yin/: methodische informatie</li> <li>- Conner/ Norman: TPB of andere informatie modellen</li> </ul>
50/51	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opzet maken gehele verslag</li> <li>- Afspraken interviews plannen. ( week 50-51)</li> <li>- plannen afname interviews: dec/jan</li> <li>- Respondenten coderen (adres bij code. Ook resp.code op interview zetten.)</li> </ul>
52	kerst/ oud- en nieuw
1-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Theorie literatuur in verslag zetten.</li>   <li>- (tussen de interviews door) bv definities concepten model. Theorieën uitleg</li> </ul>
1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews afnemen (opnemen) en meteen uittypen.</li> <li>- In codematrix van vragen relevante stukken meteen kopiëren en plakken.</li> <li>- bedenken hoe conclusie uitspraken eruit moeten zien: voorbeelden.</li>   <li>- Let op dat bij codematrix juiste respondent code staat.</li> <li>- Nadenken vergelijken v overeenkomsten/verschillen. Hoe conclusions verwoorden.</li> </ul>
6	<p>Conclusies/ Uitspraken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Matrix maken waarbij per vraagcode alle 20 antwoorden bij elkaar gezet zijn.</li> <li>- Conclusie/uitspraak: let op: hoe formuleren: percentage van de ondervraagden, of aantal noemen.</li> </ul>
8-9	Feedback verwerken
10	Inleveren

## Bijlage B: werving gegevens

<b>Demografische gegevens: 65+</b>	<b>Demografische gegevens: 50-65</b>	<b>Totaal Demografische Gegevens</b>	<b>Concept</b>
Vrouw: 6 Man: 4	Vrouw: 10	Vrouw: 10 Man: 4	<b>Geslacht</b>
65+: 10	50-65+: 10	50-65+: 10 65+: 10	<b>Leeftijd</b>
Weduwe: 7 Gescheiden: 1 Gehuwd: 2	Weduwe: 4 Gescheiden: 1 Gehuwd: 3 Samenwonend: 1 Alleenstaand: 1	Weduwe: 11 Gescheiden: 2 Gehuwd: 5 Samenwonend: 1 Alleenstaand: 1	<b>Burgerlijke staat</b>
Katholiek: 2 Protestant: 1 Atheïst: 3 Nederlands hervormd: 4	Katholiek: 7 Protestant: 1 Atheïst: 2	Katholiek: 9 Protestant: 2 Atheïst: 5 Nederlands hervormd: 4	<b>Religie</b>
Lage school: 6 Vmbo: 3 Mbo: 1	Vmbo: 5 Mbo: 4 Hbo: 1	Lage school: 6 Vmbo: 8 Mbo: 5 Hbo: 1	<b>Opleiding</b>
Beneden modaal: 1 modaal: 0	Beneden modaal: 7 Boven modaal: 2 Missing: 1	Beneden modaal: 17 Boven modaal: 2 Missing: 1	<b>SES</b>
Zorgboerderij: 5 Swo Hof van Twente: 3 Twente: 1 Swo Hengelo: 1 Kopij stadspost: 1	Zorgboerderij: 1 Swo Hof van Twente: 1 Twente: 1 Swo Hengelo: 2 Kopij höfte weekblad: 1 Kopij nieuws van de week: 1 Wervingsbrief spreiding: 4	Zorgboerderij: 6 Exterkate: 6 Swo Hof van Twente: 4 Swo Hengelo: 4 Kopij stadspost: 2 Kopij höfte weekblad: 1 Kopij nieuws van de week: 2 Wervingsbrief spreiding: 1	<b>Werving</b>
Hengelo: 3 Enschede: 1 Goor: 3 Markelo: 1 Ambt Delden: 1 Delden: 1	Hengelo: 1 Goor: 2 Ambt Delden: 1 Delden: 1 Hengevelde: 2 Bentelo: 2 Borne: 1	Hengelo: 4 Enschede: 1 Goor: 5 Markelo: 1 Ambt Delden: 2 Delden : 2 Hengevelde: 2 Bentelo: 2 Borne: 1	<b>Woonplaats</b>

## Deelnemers 65+

Code: 1  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Zorgboerderij Exterkate  
Plaats: Hengelo  
Datum afspraak: 21 maart

Code: 2  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Kopij stadspost  
Plaats: Enschede  
Datum afspraak: 28 maart

Code: 3  
Geslacht: Man  
Werving via: Zorgboerderij Exterkate  
Plaats: Goor  
Datum afspraak: 7 maart

Code: 4  
Geslacht: Man  
Werving via: Zorgboerderij Exterkate  
Plaats: Goor  
Datum afspraak: 14 maart

Code: 5  
Geslacht: Man  
Werving via: Zorgboerderij Exterkate  
Plaats: Goor  
Datum afspraak: 12 maart

Code: 6  
Geslacht: Man  
Werving via: Zorgboerderij Exterkate  
Plaats: Hengelo  
Datum afspraak: 12 maart

Code: 7  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Swo Hof van Twente  
Plaats: Markelo  
Datum afspraak: 11 maart

Code: 8  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Swo Hof van Twente  
Plaats: Ambt Delden

Code: 9  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Swo Hengelo  
Plaats: Hengelo  
Datum afspraak: 3 april

Code: 10  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: SWO Hof van Twente  
Plaats: Delden  
Datum afspraak: 21 maart

## Deelnemers 50-65

Code: 11  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Kopij höfte weekblad  
Plaats: Hengevelde  
Datum afspraak: 11 april

Code: 12  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: SWO hof van Twente  
Plaats: Delden  
Datum afspraak: 13 maart

Code 13  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Kopij höfte weekblad  
Plaats: Ambt Delden  
Datum afspraak: 2 april

Code 14  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Nieuws van de week  
Plaats: Goor  
Datum afspraak: 10 maart

Code 15  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Wervingsbrief  
Plaats: Borne  
Datum afspraak: 21 maart

Code 16:  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Wervingsbrief  
Plaats: Bentelo  
Datum afspraak: 10 april.

Code 17:  
Geslacht: Vrouw  
Werving via Swo Hengelo  
Plaats: Hengelo  
Datum afspraak: 3 april

Code 18  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Zorgboerderij  
Exterkate  
Plaats: Goor  
Datum afspraak: 26 maart

Code 19:  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Wervingsbrief  
Plaats: Bentelo  
Datum afspraak: 9 april

Code 20:  
Geslacht: Vrouw  
Werving via: Wervingsbrief  
Plaats: Hengevelde  
Datum afspraak: 10 april



## **Bijlage C: benaderde instanties**

### **Bereid meewerken onderzoek**

#### SWO Enschede:

Er is een kopij voor werving geplaatst in de stadspost Enschede. Verder bleek SWO Enschede niet te kunnen helpen. Via het zorgloket Enschede echter, werd SWO Enschede opnieuw gevraagd of zij deelnemers wilden benaderen. Dit keer via het project "De Pioen" (zie [www.swoenschede.nl](http://www.swoenschede.nl) onder de knop "Mantelzorg"). Dit was echter te laat voor dit onderzoek, waardoor hier geen respondenten uit zijn voorgekomen. Dit blijft een mogelijkheid voor vervolg.

#### SWO Hengelo:

De coördinator van het SWO Hengelo ging op zoek naar respondenten die voldoen aan inclusiecriteria en gaf namen en telefoonnummers door van mogelijke respondenten.

#### SWO Hof van Twente:

De coördinator van SWO Hof van Twente heeft respondenten benaderd en hen om toestemming gevraagd. Vervolgens heeft onderzoeker naam en telefoonnummer van respondenten doorgekregen om een afspraak te maken.

#### Zorgloket/ kenniscentrum:

De coördinator van het zorgloket Enschede twijfelde in eerste instantie, of het mogelijk zou zijn om respondenten te benaderen vanwege privacy redenen. Na de brief over de manier waarop met privacy omgegaan wordt (zie bijlage D: wervingsbrieven en kopij) en overleg blijkt via mensen die bekend zijn met DMO-Zorgloket 100 respondenten te kunnen worden geworven. Dit bleek echter te laat voor dit onderzoek. Er waren twintig respondenten geworven en de interviews werden inmiddels geanalyseerd.

#### Zorgboerderij Klein Exterkate:

Een week na versturen van brief werd met zorgboerderij contact opgenomen, gevraagd om toestemming. Er werd afgesproken om samen met de coördinator van de zorgboerderij te kijken naar respondenten die voldeden aan inclusiecriteria, waarnaar de onderzoeker individueel respondenten benaderde voor deelname.

#### SWO Borne:

De coördinator van SWO Borne plaatste kopij in de seniorenwijzer (maandelijkse rubriek vanuit Welzijn Ouderen Borne i.s.m. de ouderenbonden Borne) en bood aan dat onderzoeker tijdens themabijeenkomst van SWO Borne aan het begin van de bijeenkomst mocht werven (op dat moment waren interviews inmiddels uitgetypt en werden ze geanalyseerd).

Höfte weekblad (Dorpsblad Hengevelde): kopij geplaatst

Nieuws van de week (weekkrant voor plaatsen uit de gemeente Hof van Twente): kopij geplaatst.

#### Enschede fm:

Tijdens de uitwerking van de interviews werd de onderzoeker door Enschede fm gebeld met de vraag of de onderzoeker de volgende dag vijf minuten in de studio wat over het onderzoek zou willen vertellen. Het onderzoek zat in de analyse fase, om deze reden is het op dat moment door onderzoeker niet aangenomen. Enschede fm gaf aan op de hoogte gehouden te willen worden indien het onderzoek tot interessante resultaten zouden leiden. Contact via [info@enschedefm.nl](mailto:info@enschedefm.nl).

## **Niet bereid meewerken onderzoek**

SWO Bentelo: gaf aan geen adressen te kunnen/mogen verstrekken vanwege privacy.

### KBO

KBO Enschede: verwees naar SWO Enschede. SWO Enschede plaatste kopij in stadspost, maar wilden verder geen namen van mogelijke respondenten doorgeven. KBO Enschede en SWO Enschede gaven beiden aan dat de ander beter kan helpen om aan adressen/namen van mogelijke respondenten te komen. SWO Enschede verwees de onderzoeker vervolgens door naar het zorgloket/ kenniscentrum. KBO Enschede gaf uiteindelijk aan vanwege privacy van cliënten geen namen te willen verstrekken van mogelijke respondenten. Op verzoek om kopij te plaatsen in een ouderen blad gaf KBO Enschede aan uit eerdere ervaringen te weten dat er weinig respons zou komen op plaatsing van kopij.

KBO Hengelo: gaf aan dat het niet mogelijk was om het onderzoek via hen uit te voeren.

KBO Bentelo/ Delden/Hengevelde: gaven aan niet mee te willen werken in verband met privacy van cliënten.

### PCOB

PCOB gewestkantoor Overijssel reageerde als volgt:

*“U hebt contact gezocht met het gewestelijke kantoor van de PCOB. Wij hebben nauwelijks direct contact met onze leden. De vrijwilligers die bij ons taken uitvoeren behoren niet tot de door u vermelde doelgroep. Een meer rechtstreekse benadering lijkt mij meer resultaat op te leveren. Een mogelijkheid is, dat u een oproep plaatst in het gezamenlijke provinciale blad van de ouderenbonden, de SENtrumkrant. Dit blad komt ongeveer 1 x per kwartaal uit. Voor wat betreft het plaatsen van een oproep op de website: Deze vraag zal ik meenemen naar de eerstvolgende gewestbestuursvergadering van 1 april. Een andere mogelijkheid is, dat u contact zoekt met de plaatselijke afdelingen van de ouderenbonden. De afdelingsbesturen hebben vaak een commissie lief en leed. Deze mensen zijn vaak zeer goed op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden van de leden.”*

Het plaatsen van een oproep in het SENtrumkrant was te laat voor deelname aan dit onderzoek.

### ANBO

ANBO gewestkantoor Overijssel (Raalte): geeft aan geen deelnemers te hebben die behoren bij het onderzoek.

ANBO Enschede/ Diepenheim: geeft aan niet mee te willen werken met het onderzoek.

ANBO Goor/ Markelo: blijkt onbereikbaar/ reageert niet.

### WOZOCO Pellehof

WOZOCO Pellehof (zelfstandig wonende ouderen) Hengevelde: gaf de volgende reactie:

*“Ik ben er geen voorstander van om over dit toch gevoelige onderwerp in de groep te komen praten. Het staat je vrij om brieven in de postbussen te doen.”*

### Carint

Via Carint was het erg lastig om ten eerste bij de juiste afdeling terecht te komen. Uiteindelijk werd er doorverwezen naar de centrale cliëntenraad daar werd echter als volgt gereageerd: *“Namens de Centrale Cliëntenraad Carint Reggeland Groep deel ik u mee dat de raad geen toegang heeft tot de doelgroep die u zoekt. Derhalve kunnen wij geen steentje bijdragen aan uw onderzoek. Dit laat onverlet dat wij u succes toewensen met uw onderzoek.”*

### NVOG

NVOG vereniging van organisaties van gepensioneerden: gaf aan niet mee te willen/kunnen werken.

### Overige

U.V.V Ambt Delden (unie van vrijwilligers): gaf aan niet mee te willen werken.

Soos voor ouderen in werkgebeid Mediant: Gaven aan beter via KBO te kunnen werven.

Rode Kruis District Twente, Thuiszorg NW-Twente, Livio zijn benaderd, maar hebben niet gereageerd.

Welzijnsorganisaties zijn benaderd, zij geven aan dat ouderen met tegenwoordig beter via de gemeente: afdeling welzijn ouderen benaderd kunnen worden.

## **Bijlage D: wervingsbrieven en kopij**

### **WERVINGSBRIEF 65+**

Geachte meneer/ mevrouw,

#### Voorstellen

Ik zal me eerst even voorstellen: Ik ben Esther Exterkate, 22 jaar en woon in Hengevelde. Ik ben master-studente psychologie aan de Universiteit Twente.

Samen met Mediant en de Universiteit Twente doe ik een onderzoek.

#### Het onderzoek

Ik onderzoek: hoe en waar mensen naar toe gaan voor hulp als ze last hebben van klachten, zoals eenzaamheid of spanningen.

#### Wat kunt u doen

Hierbij kunnen we uw hulp goed gebruiken. U kunt aan dit onderzoek meewerken door mee te doen aan een interview.

#### Wie zoek ik

Voor het interview ben ik op zoek naar:

- mensen die ouder zijn dan 50 jaar
- die in de afgelopen 2 jaar tenminste een keer een van de volgende klachten hebben gehad: eenzaamheid, niet lekker in de vel zitten, gespannenheid, neerslachtig zijn.

Deze geestelijke klachten mogen niet komen door ziekte, of andere lichamelijke klachten.

#### Interview

Het interview duurt ongeveer drie kwartier. Het interview vindt bij u thuis plaats als u daar mee instemt. Kiest u ja ik doe mee: dan kunt u op het volgende blad ja aankruisen en uw naam, telefoonnummer en adresgegevens opschrijven.

Daarna wordt u door de onderzoeker (Esther Exterkate) gebeld voor een afspraak.

#### Helpt u mij?

Als u nog vragen hebt kunt u deze stellen. Ik hoop op uw medewerking.  
Bedankt voor uw tijd.

Vriendelijke groeten, Esther Exterkate (studente psychologie Universiteit Twente)

Ik doe mee aan een interview:  Ja, ik bied mijn hulp aan:

Naam: .....

Adres: .....

Plaats: .....

Tel. nr: .....

Nee, dat wil ik niet

**Zo ja, u wordt zo spoedig mogelijk gebeld. Uw naam krijgt een code en komt niet terug in het onderzoek.**

**Bedankt!**

## **WERVINGSBRIEF 50-65**

*Aan mensen ouder dan 50 jaar, die in de afgelopen 2 jaar één van de volgende geestelijke gezondheidsklachten hebben gehad: eenzaamheid, niet lekker in de vel zitten, gespannenheid, neerslachtig zijn. Van belang is dat deze klachten niet direct veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten (zoals ziekte, of rugpijn).*

Betreft: deelname interview hulp zoeken voor klachten

5 februari 2008

Geachte meneer/ mevrouw,

Wij willen u uitnodigen om aan een interview over geestelijke gezondheidsklachten (zoals eenzaamheid) mee te werken. Uw medewerking levert een belangrijke bijdrage aan dit onderzoek. Onderaan deze brief wordt om uw toestemming gevraagd.

### **Waarom is onderzoek nodig?**

Uit onderzoek blijkt dat psychische stoornissen bij ouderen bij de geestelijke gezondheidszorg (zoals maatschappelijk werk, Mediant) vaak aan de aandacht ontsnappen (Gezondheidsraad, 2005). Dat is een nadeel voor de gezondheid van ouderwordende mensen. Als oudere volwassene te lang met hun onbehandelde klachten rond blijven lopen, komen in een late fase bij de hulpverlening terecht.

Het is onnodig om het zover te laten komen. Uit onderzoek (NKOP, 2005; Gezondheidsraad, 2005) is namelijk gebleken dat de behandeling van klachten (zoals eenzaamheid) ook op hoge leeftijd goede resultaten kan hebben.

### **Doel**

Aan de hand van dit onderzoek wordt een antwoord gevonden op de vraag: Welke factoren spelen mee in het besluit van ouderen om wel/geen hulp te (willen)zoeken voor geestelijke gezondheidsklachten (zoals eenzaamheid, gespannen, of angstig zijn) ?

### **Door wie**

In samenwerking met de afdeling preventie van Mediant (instelling voor geestelijke gezondheidszorg) en de afdeling Psychologie en Communicatie van Universiteit Twente zal Esther Exterkate (master-studente psychologie Universiteit Twente) dit onderzoek uitvoeren.

Mediant is een geestelijke gezondheidszorginstelling die hulp verleent aan mensen met psychische problemen. Preventie houdt zich bezig met het voorkomen van ernstige psychische problemen.

### **Waarom meedoen?**

Uw hulp is een grote steun en zeer waardevol voor onderzoek naar hulpzoekgedrag. De reden hiervoor is als volgt: als er meer bekend is over hulpzoekgedrag van ouderen (door dit onderzoek), kan er wat aan het probleem (dat ouderen te laat hulp zoeken voor hun geestelijke klachten) gedaan worden. Kortom: Uw hulp is hard nodig.

### **Voorwaarden**

Het interview is bedoeld voor ouderen ouder dan 50 jaar die in de afgelopen 2 jaar ten minste een van de volgende klachten hebben gehad: zich alleen voelen / niet lekker in de vel zitten / gespannenheid / neerslachtig zijn. Deze klachten mogen niet veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten (zoals rugpijn, of ziekte).

### **Interview**

Het interview duurt ongeveer drie kwartier. Tijdens dit gesprek kunt u uw verhaal kwijt over uw ervaring met uw geestelijke gezondheidsklachten (zoals: zich alleen voelen). De interviewer (Esther Exterkate) zal voorafgaand aan het interview uitleg geven. Ook tijdens het interview kunt u uw vragen stellen.

### **Uw privacy**

Uit de resultaten van *meerdere* interviews worden conclusies getrokken.

De conclusies gaan niet over één interview, maar over alle mensen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Bij de verwerking van het interview zal uw naam niet worden opgeschreven in verband met uw privacy. Enkel om te weten naar wie er gebeld kan worden voor een afspraak, mag u uw naam opschrijven. Daarna worden namen onherkenbaar gecodeerd.

### **Uw keuze**

Of u wilt deelnemen aan het interview kunt u hieronder aangeven. Het formulier kunt u inleveren bij de onderzoeker (Esther Exterkate).

Degenen die besluiten mee te doen met dit onderzoek worden zo snel mogelijk door Esther Exterkate gebeld. Samen met u kijkt ze naar een geschikt moment waarop het gesprek kan plaatsvinden. Met uw hulp draagt u bij aan onderzoek naar hulpzoekgedrag van ouderen. Als u vragen hebt, kunt u deze stellen.

Mediant en Esther Exterkate hopen op uw medewerking.

Met vriendelijke groeten, Esther Exterkate (studente psychologie Universiteit Twente)

-----  
Ik lever een bijdrage aan dit onderzoek door mee te doen aan een interview:

Ja, ik bied mijn hulp aan:

Naam: .....

Adres: .....

Plaats: .....

Tel. nr: .....

Nee, dat wil ik niet

**Zo ja, u wordt zo spoedig mogelijk gebeld.**

**Uw naam wordt gecodeerd en komt niet terug in het onderzoek.**

**Bedankt!**

## INDIVIDUELE SPREIDING WERVINGSBRIEVEN

### Gezocht: deelnemers interview

In samenwerking met Mediant en de Universiteit Twente doe ik (Esther Exterkate) voor mijn afstudeeropdracht een onderzoek over hulpzoekgedrag (waar mensen naar toe gaan voor hulp) bij mensen tussen de 50-65 jaar.

Voor dit onderzoek ben ik dringend op zoek naar mensen die willen meewerken aan een interview. Het gaat om mensen tussen de 50-65 jaar, die in de afgelopen 2 jaar ten minste een keer een van de volgende klachten hebben gehad: eenzaamheid/ niet lekker in de vel zitten/ gespannenheid/ neerslachtig zijn. Deze klachten mogen niet direct veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten en ziekte. Het interview zal ongeveer drie kwartier duren.

Voor meer informatie en deelname kunt u contact op nemen met:

Esther Exterkate, tel... email: ...

Ik hoop op uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Esther Exterkate (studente psychologie Universiteit Twente)

-----  
Ik lever een bijdrage aan dit onderzoek door mee te doen aan een interview:

Ja, ik bied mijn hulp aan:

Naam: .....

Adres: .....

Plaats: .....

Tel. nr: .....

Nee, dat wil ik niet

Zo ja, u wordt zo spoedig mogelijk gebeld.

Uw naam wordt gecodeerd en komt niet terug in het onderzoek (volgens privacyregels).

Bedankt!

## WERVING INSTELLINGEN

27 februari 2008

Betreft: interview hulpzoekgedrag ouderen met lichte geestelijke gezondheidsklachten

Geachte meneer/ mevrouw,

Voor een onderzoek naar de perceptie en intentie van hulpzoekgedrag bij mensen ouder dan 50 jaar, die in de afgelopen twee jaar tenminste een keer te maken hebben gehad met *lichte* geestelijke gezondheidsklachten (zoals eenzaamheid/spanningen: zie inclusie criteria), ben ik op zoek naar ouderen die willen mee doen aan een interview. Het betreft ouderen uit de volgende gemeenten: Borne, Dinkelland, Hof van Twente, Haaksbergen, Lossler, Oldenzaal, Hengelo en Enschede.

### **Relevantie:**

Uit onderzoek blijkt dat psychische stoornissen bij ouderen bij de geestelijke gezondheidszorg vaak aan de aandacht ontsnappen (Gezondheidsraad, 2005). Uit onderzoek van Mediant (Duzijn, 2006) blijkt bovendien dat 65+ouderen minder een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg (in brede zin; dus ook de huisarts) dan jongere ouderen (50-65 jaar). Als hulpzoekgedrag niet gestimuleerd wordt, kan het een maatschappelijk probleem worden dat 65+ers geen hulp zoeken. Dit probleem betekent namelijk dat 65+ ouderen met geestelijke gezondheidsklachten vanwege het gebrek aan hulpzoekgedrag in een late fase bij de hulpverleners terecht komen. In het ergste geval worden de geestelijke gezondheidsklachten pas gesignaleerd, als plaatsing bij de crisisafdeling niet meer te voorkomen is. Om in een eerdere fase te kunnen ingrijpen en om factoren te kunnen beschrijven die hulpzoekgedrag bij ouderen bevorderen of belemmeren, is het van belang om het hulpzoekgedrag van 65+ ouderen en jongere ouderen goed te onderzoeken.

### **Door wie:**

In samenwerking met de afdeling preventie van Mediant (instelling voor geestelijke gezondheidszorg) en de afdeling Psychologie en Communicatie van Universiteit Twente zal Esther Exterkate (master-studente psychologie Universiteit Twente) onderzoeken welke concepten een rol spelen bij de perceptie en intentie van ouderen met geestelijke gezondheidsklachten (zoals eenzaamheid, angst) bij hulpzoekgedrag.

### **Inclusie:**

Het interview is bedoeld voor mensen ouder dan 50 jaar die *in de afgelopen 2 jaar* ten minste een keer een van de volgende klachten hebben gehad: eenzaamheid/ niet lekker in de vel zitten/ gespannen/ neerslachtig zijn. Deze klachten mogen niet veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten (zoals rugpijn, of ziekte).

### **Interview:**

Het interview duurt ongeveer drie kwartier. Tijdens dit gesprek kan de deelnemer zijn/haar verhaal kwijt over ervaringen met de desbetreffende geestelijke gezondheidsklachten (zoals eenzaamheid).

### **Wat vragen wij van u?**

Via u hopen we met deze ouderen in contact te kunnen komen. Graag zou ik met u deze mogelijkheden willen bespreken, indien u hier mee instemt. Als het enigszins mogelijk is dan zouden we eventueel een oproep op uw website, of in het blad van de organisatie willen plaatsen. Wanneer u de resultaten van het onderzoek wenst te ontvangen, dan kunt u dit aangeven. Wilt u voor 7 maart 2008 op deze mail reageren? Wij hopen op uw medewerking. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Esther Exterkate (master-studente psychologie Universiteit Twente)

Met vriendelijke groeten, Esther Exterkate

## **KOPIJ**

Gezocht: deelnemers interview

In samenwerking met Mediant en de Universiteit Twente onderzoek ik (Esther Exterkate: master-studente psychologie Universiteit Twente) concepten die een rol spelen bij hulpzoekgedrag van mensen ouder dan 50 jaar met geestelijke gezondheidsklachten.

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar mensen die willen meewerken aan een interview.

Inclusiecriteria: Het gaat om mensen ouder dan 50 jaar, die in de afgelopen 2 jaar een keer ten minste een van de volgende klachten hebben gehad: eenzaamheid/ niet lekker in de vel zitten/ gespannenheid/ neerslachtig zijn. Deze klachten mogen niet direct veroorzaakt zijn door lichamelijke klachten en ziekte. Het interview zal ongeveer drie kwartier duren.

Voor meer informatie en deelname kunt u contact op nemen met:

Esther Exterkate, tel... e-mail:...

Ik hoop op uw medewerking.

## **BERICHTEN VANUIT WELZIJN OUDEREN BORNE**

**Oproep:** Esther Exterkate, master-studente psychologie aan de Universiteit Twente, komt graag met mensen in contact die hun medewerking willen geven aan een onderzoek. Met dit onderzoek wil zij, in opdracht van Mediant en de UT, antwoord geven op de vraag: "Hoe en waar mensen naar toe gaan voor hulp als ze last hebben van klachten, zoals eenzaamheid of spanningen." Bent u 50 jaar of ouder en bereidt een bijdrage te leveren aan dit onderzoek middels een interview (van ongeveer drie kwartier) dan kunt u contact opnemen met Esther door haar te mailen naar:... of te bellen:...Ook kunt u uw deelname doorgeven aan Welzijn Ouderen Borne, 074 – 267 4099. Uiteraard worden u gegevens vertrouwelijk behandeld.



## PRIVACY RESPONDENTEN EN MOGELIJKE DEELNAME

Beste meneer/ mevrouw,

Uit verschillende reacties op mijn verzoek om toestemming om mensen te benaderen die willen deelnemen aan een interview voor een onderzoek naar hulpzoekgedrag merk ik dat privacy een reden is, waardoor de reacties op mijn verzoek wat voorzichtig zijn. Dit is uiteraard zeer terecht. Bij deze wil ik benadrukken dat privacy uiteraard ook bij de uitvoering van onderzoeken van belang is, dus daar wordt absoluut rekening mee gehouden tijdens de uitvoering van dit onderzoek.

Voor het onderzoek worden de namen gecodeerd en vanwege privacyredenen komen namen dan ook absoluut niet in het onderzoek terecht! Deze privacy zaken worden nageleefd. Als reactie hierop wil ik u een aantal verschillende concrete mogelijkheden wil voorstellen die te maken hebben met de werving, waarbij gelet wordt op de privacy van de eventuele deelnemers. Ik hoop dat u een mogelijkheid ziet die bij uw organisatie past. Het gaat om de volgende mogelijkheden:

1 Ziet u mogelijkheid om brieven voor aanmelding van deelname voor cliënten, (zoals in de bijlage) bijvoorbeeld aan uw medewerkers mee te geven, zodat ze een keuze kunnen maken of ze mee willen doen, zonder dat ik direct met ze in contact kom, zodat hun privacy gewaarborgd blijft. Cliënten die mee willen doen, kunnen dan hun naam, adres en telefoonnummer opschrijven. Als u hier mee in zou stemmen, dan zou ik deze aanmeldbrieven naar u kunnen brengen en een tijdje later weer kunnen ophalen. Op deze manier hebben alleen degenen die toestemming geven hun namen en adressen doorgegeven (namen worden vervolgens gecodeerd en komen niet in het onderzoek terug. Adressen en/of telefoonnummers worden enkel gebruikt om bij de mensen te komen voor het interview). Als de organisatie zelf een ruimte ter beschikking zou hebben, of als de deelnemer bereid is om naar de universiteit te komen, dan komen adresgegevens totaal niet aan bod.

2 Een andere mogelijkheid die ik wil voorstellen is dat ik bijvoorbeeld tijdens een gezamenlijke bijeenkomst zelf een werving zou kunnen doen. Ter plekke zou ik dan de brieven kunnen uitdelen, waarop ik tijdens een volgend gezamenlijk moment weer de brieven op haal. Degenen die mee willen doen hebben dan hun naam, adres en telefoonnummer in kunnen vullen en ook hierbij geldt dat namen niet in het onderzoek zullen worden genoemd.

3 Een derde mogelijkheid ( deze mogelijkheid geldt alleen voor instellingen die wel de mogelijkheid hebben om adressen te verstrekken en voor verzorgingsinstellingen):

Als ik van u toestemming zou kunnen krijgen om zelf bij de mensen brieven in de brievenbus te doen en vervolgens na een aantal dagen bij hen aan bel om te vragen of ze willen deelnemen? Op deze manier heb ik van u geen namen en adressen en hebben de cliënten zelf de keus of ze willen reageren.

Van belang is hierbij dat u er van op de hoogte bent dat de ingevulde namen en adressen die de deelnemers invullen als ze mee willen werken, direct worden gecodeerd, dus verder niet bij het onderzoek betrokken worden en dat adressen enkel gebruik worden om bezoeken af te leggen (indien adressen nodig zijn).

Ik hoop dat u bereid bent / en de mogelijkheid ziet, om met één van de bovenstaande mogelijkheden in te stemmen. Nogmaals: privacy is uiteraard ook bij de uitvoering van onderzoeken van belang, dus daar wordt absoluut rekening mee gehouden tijdens de uitvoering van dit onderzoek. Deze privacyzaken worden nageleefd.

In afwachting van uw reactie,

Met vriendelijke groet, Esther Exterkate (master-studente psychologie Universiteit Twente).

## **TELEFONISCH BENADEREN INSTELLINGEN**

Goede...

u spreekt met ...master-studente Universiteit Twente.

### Schikt het u?

Nee: Kan ik vandaag op een ander tijdstip terug bellen?

Ja: Ik doe in samenwerking met Mediant en de Universiteit Twente een onderzoek naar hulpzoekgedrag van ouderen. Ik heb u middels een brief/ e-mail benaderd.

### Mijn vraag is: hebt u deze informatie inmiddels gelezen/ontvangen?

Nee:

Het betreft een onderzoek naar de perceptie/intentie van hulpzoekgedrag bij mensen ouder dan 50 jaar die in de afgelopen twee jaar lichte geestelijke gezondheidsklachten hebben ervaren, zoals gespannen/eenzaamheid.

- Via u hoop ik in contact te komen mensen die zouden kunnen meewerken aan een interview.
- Ik wil graag met u de mogelijkheden hierover bespreken, indien u instemt.
- Ik kan u eerst meer informatie hierover sturen dat u erover nadenkt en ik u ander tijdstip terugbellen/ mailen.

Wanneer?

### Instemmen?

Ja:

- Wanneer zou ik mogen langskomen om te werven?
- Zijn de cliënten in groepsverband te benaderen?
- Hoe? (zal ik deelname formulieren afleveren en ophalen, zodat u respondenten nadenk tijd hebben? Of zal ik langskomen, direct formulieren laten invullen meenemen)
- Hebt u afzonderlijke adressen/namen voor mij, waar ik zou kunnen werven?
- Bestaat er de mogelijkheid om een advertentie in een blad te plaatsen via uw instelling?

Bedankt voor uw tijd/ medewerking.

Prettige dag, tot ziens.

## **TELEFONISCH BENADEREN RESPONDENT**

Goede..., U spreekt met ...

Ik doe een onderzoek naar hulpzoekgedrag. U bent door (instelling) benaderd om mee te doen aan een interview. Ik bel u om een afspraak te maken. Schikt het (datum) om (tijd)? Bedankt alvast, tot dan.

## Bijlage E: berekening en overzicht ziekteperceptie: controle

65+	Overzicht Ziekte perceptie: controle										
	m = maladaptief: W =weg vluchten a = adaptief : A =aanpakken S = sociale steun/overleg										
Respondenten											
Aanpak Aantal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal Keer toegepast/ aantal resp
a A	-	3	-	4	1	2	7	1	1	3	22/8
a S	1	2	1	1	1	-	1	2	1	1	11/ 9
a totaal	1	5	1	5	2	2	8	3	2	4	33/10
m totaal	3	2	1	-	-	1	-	-	1	1	9/6

50-65	Overzicht Ziekte perceptie: controle										
	m = maladaptief: W =weg vluchten a = adaptief : A =aanpakken S = sociale steun/overleg										
Respondenten											
Aanpak Aantal	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Totaal Keer toegepast/ aantal resp
a A	2	2	1	2	4	6	4	2	9	8	40/10
a S	1	1	-	2	2	1	-	1	1	-	9/7
a totaal	3	3	1	4	6	7	4	3	10	8	49/10
m totaal	1	1	1	1	1	1	4	6	-	2	18/9

Overzicht Ziekte perceptie: controle			
Respondenten			
Aanpak Aantal	65+	50-65	Totaal
a A	22/8	40/10	62/18
a S	11/ 9	9/7	120/16
a totaal	33/10	49/10	82/20
m totaal	9/6	18/9	27/15
Totaal aantal keer vaardigheden Toegepast	42 /16	67/19	109/ 35

Overzicht Ziekte perceptie: controle		
Vergelijking		
gemiddeld keer per respondent toegepast		
Aanpak Aantal	65+	50-65
a A	2,75	4
a S	1,22	1,29
a totaal	3,3	4,9
m totaal	1,5	2
Totaal aantal keer vaardigheden Toegepast	2,63	3,53

## Bijlage F: berekening en overzicht q-sort

Gemiddelde score : 50-65	Gemiddelde score: 65+	Gemiddelde score: totaal	Concepten
34:10 = 3,4	22:10 = 2,2	56:20 = 2,8	Demografische factoren
40:9 = 4,44	30:10 = 3	70:19 = 3,68	Persoonlijkheidsfactoren
35:10 = 3,5	24:9 = 2,67	59:19 = 3,11	Levensstressoren
24:10 = 2,4	28:10 = 2,8	52:20 = 2,6	Omgevingsinvloeden (bereikbaarheid v zorg)
38:10 = 3,8	30:10 = 3	68:20 = 3,4	Intern pbc (Controlegevoel over klachten)
38;10 = 3,8	31:10 = 3,1	69:20 = 3,45	Extern pbc (Evaluatie)
27:10 = 2,7	30:10 = 3	57:20 = 2,85	Subjectieve norm
39:10 = 3,9	36:10 = 3,6	75:20 = 3,75	Outcome value (Conclusie)
36;10 = 3,6	23:9 = 2,56	59:19 = 3,11	Coping strategie (Aanpak van klachten)
35:10 = 3,5	27:10 = 2,7	62:20 = 3,1	Intentie (Wil/ besluit)
31;9 = 3,44	27:10 = 2,7	58:19 = 3,05	Cues to action (Nadenken over hulp zoeken)

Gemiddelde score : 50-65	Gemiddelde score 65+:	Gemiddelde score: totaal	Volgorde belangrijkheid
Persoonlijkheidsfactoren 4,44	Outcome value 3,6	Outcome value 3,75	1
Outcome value 3,9	Extern pbc 3,1	Persoonlijkheidsfactoren 3,68	2
Extern pbc 3,8	Persoonlijkheidsfactoren 3	Extern pbc 3,45	3
Intern pbc 3,8	Intern pbc 3	Intern pbc 3,4	4
Coping strategie 3,6	Subjectieve norm 3	Coping strategie 3,11	5
Levensstressoren 3,5	Omgevingsinvloeden 2,8	Levensstressoren 3,11	6
Intentie 3,5	Intentie 2,7	Intentie 3,1	7
Cues to action 3,44	Cues to action 2,7	Cues to action 3,05	8
Demografische factoren 3,4	Levensstressoren 2,67	Subjectieve norm 2,85	9
Subjectieve norm 2,7	Coping strategie 2,56	Demografische factoren 2,8	10
Omgevingsinvloeden 2,4	Demografische factoren 2,2	Omgevingsinvloeden 2,6	11

## Bijlage G: Q-sort

Links: uitleg en definities van de concepten. Rechts: concept.

<b>Leefsituatie:</b> Uw algemene gegevens, zoals: geslacht, leeftijd, inkomen, geloof en opleiding.	<b>Demografische factoren</b>
<b>Wie en hoe u bent.</b> Of u bijvoorbeeld zelfverzekerd, of juist onzeker, verlegen bent.	<b>Persoonlijkheidsfactoren</b>
<b>Stressvolle gebeurtenissen:</b> Stressvolle gebeurtenissen die u hebt meegemaakt, zoals meerdere overleden dierbaren, echtscheiding.	<b>Levensstressoren</b>
<b>(Beschikbaarheid) gezondheidszorg:</b> Hoe bereikbaar de huisarts, Mediant, maatschappelijk werk is. Ook de kosten/wachlijsten.	<b>Omgevingsinvloeden</b>
<b>Controlegevoel over klachten:</b> Of u denkt dat u uw klachten zelf kunt oplossen/bestrijden. Dat u weet wat u moet doen om van de klacht af te komen en waar u naar toe moet.	<b>Intern pbc</b>
<b>Evaluatie/ perceptie:</b> De evaluatie over uw klacht, dus alles samen wat u over uw klachten denkt bijvoorbeeld: waaronder hoe ernstig u denkt dat uw klachten zijn, hoe groot de kans is dat uw klacht terug komt. Hoeveel last u van de klachten heeft. De voordelen voor u om hulp te zoeken.	<b>Extern pbc</b>
<b>Mening van anderen:</b> Of anderen vinden dat u hulp moet zoeken en hoe belangrijk u de mening van anderen vindt.	<b>Subjectieve norm</b>
<b>Conclusie:</b> Het cijfer dat u zou geven als u zou moeten bepalen of u het nodig vindt om hulp te zoeken. Dus de conclusie over of u het erg genoeg vindt om hulp te zoeken.	<b>Outcome value</b>
<b>Aanpak van klachten:</b> Hoe u ermee omgaat bv oplossingen zoeken, of afleiding zoeken.	<b>Coping strategie</b>
<b>Wil/ besluit:</b> Of u hulp wil zoeken. Besluit of u van plan bent om hulp te zoeken.	<b>Intentie</b>
<b>Nadenken over hulp zoeken:</b> Nadenken, of uitzoeken waar/wanneer/hoe u hulp wilt gaan zoeken.	<b>Cues to action</b>

## Q-sort procedure:

1 U krijgt een voor een kaarten aangereikt met daarop begrippen.

U mag aangeven welke van de volgende kaarten volgens u te maken hebben met de beslissing om naar de dokter/ maatschappelijk werk te gaan (Welke concepten hebben volgens u invloed op hulpzoekgedrag?). Er is geen goed/fout antwoord. Het gaat erom wat u denkt, het is uw mening.

Kaartje pakken: Bij elk kaartje vraag ik u: speelt (kaartje) mee in uw besluit om naar de dokter/ maatschappelijk werk te gaan voor hulp tegen uw (klacht)?

2 - Zo ja, dan heeft dit kaartje invloed op het besluit om hulp te zoeken voor uw klacht (bij de huisarts/maatschappelijk werk. Hoeveel speelt dit mee? Veel/ gemiddeld/ weinig?

- Zo nee, dan heeft dit concept geen invloed.

3 Concept indelen in 1 van de vier categorieën (op mate van invloed). Hoeveel invloed heeft (concept) volgens u?

(Bakje met naamsticker en categorienummer voor elke categorie).

Categorie: 1 = veel invloed  
2 = gemiddelde invloed  
3 = weinig invloed  
4 = geen invloed

Interviewer noteert het gekozen categorienummer (de mate van invloed) achter de concepten op een apart formulier.

4 Indien respondent het niet weet: definitie van concept geven, voorbeeld geven. Weet respondent nogmaals geen keuze te maken, concept apart houden en dit concept op het eind opnieuw behandelen.

Vervolgens geen keuze, dan is het concept bij deze respondent een: missing value (deze respondent niet mee berekenen bij de score berekening van het desbetreffende concept).

### Bijvoorbeeld: leeftijd

U bent .... Jaar. Maakt leeftijd wat uit bij uw besluit om naar de huisarts/ maatschappelijk werk te gaan voor uw (klacht)? Als u een andere leeftijd had zou u dan ook niet/ juist wel naar de huisarts/maatschappelijk werk zijn gegaan voor uw ...(klacht)? Zorgt uw leeftijd voor een andere beslissing? Kortom: heeft leeftijd invloed op uw besluit om hulp te zoeken?

ja, = wel invloed: hoeveel: weinig, gemiddeld, veel

nee, = geen invloed

## **Bijlage H: overzicht invloed concepten interview**

### Veel invloed:

- Persoonlijkheidsfactoren: instabiel/ niet-open/ (introvert)
- Extern pbc: ziekteperceptie ernst (cijfer), ziekteperceptie controle (mate uitvoeren dagelijks leven)
- Interne pbc: Kennis (routegegedachten) ,Vaardigheden (benaderend door andere instanties)
- Subjectieve norm: motivation to comply

### Geen invloed:

- Intern PBC Emoties (inclusief schaamte)
- Omgevingsinvloeden (inclusief levensstressoren)
- Subjectieve norm
- Demografische factor (leeftijd)

### Weinig invloed:

- Intentie (of via anderen)
- Motivatie gedachten
- Extern pbc: gedragsevaluatie: verwachte voordelen
- Extern pbc: gedragsevaluatie: interne barrières
- Implementatieplan=cues to action

### Invloed onbekend:

- Demografische factoren (geslacht, SES)
- Hoop (Snyder)

## **Bijlage I: matrix interviewvragen**

Op de volgende bladzijden staan de vragen uit het interview beschreven.



Eerst wil ik u enkele algemene vragen stellen:	Demografische factoren
1 Wat is uw geslacht?	Geslacht
2 Wat is uw leeftijd? <input type="checkbox"/> 50-65 <input type="checkbox"/> 65+	Leeftijd
3 Wat is uw burgerlijke staat? <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe	Burgerlijke staat
4 Wat is uw religieuze overtuiging? Beschouwt u zichzelf als behorend tot een levensbeschouwelijke groepering? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <input type="checkbox"/> Katholiek <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Boeddhisme <input type="checkbox"/> Hindoeïsme <input type="checkbox"/> Jodendom <input type="checkbox"/> Anders:...	Religie
5 Wat is uw hoogst genoten opleiding? <input type="checkbox"/> Lagere school <input type="checkbox"/> Voortgezet onderwijs, namelijk: <input type="checkbox"/> Vmbo (Its/lbo/huishoudschool/mulo) <input type="checkbox"/> Havo (hbs, mms), <input type="checkbox"/> Vwo (atheneum/gymnasium) <input type="checkbox"/> Mbo (mts, bve) <input type="checkbox"/> Hbo (hts, heao) <input type="checkbox"/> Universiteit	Opleiding
6 Het modale inkomen bedraagt momenteel circa € 2.200 bruto per maand. Als u naar uw eigen huishouden kijkt, is het totale bruto gezinsinkomen per maand dan? <input type="checkbox"/> Beneden modaal <input type="checkbox"/> Boven modaal <input type="checkbox"/> Modaal <input type="checkbox"/> Geen opgave	SES
<b>Nu wil ik u een aantal vragen stellen over uw persoonlijkheid/ wat uw aard is.  Kunt u van de volgende stellingen aangeven in welke mate ze op u van toepassing zijn?</b> 1:helemaal mee eens 2:mee eens 3:niet mee eens 4:helemaal niet mee eens	<b>Persoonlijkheidsfactoren</b>
7 A Ik vind het niet erg midden in de belangstelling te staan. (E) Ik spreek op feestjes veel verschillende mensen. (E)	1 / 2 / 3 / 4 Extravert

Ik ben stil wanneer er vreemden zijn. (I) Ik hou er niet van aandacht te trekken. (I)		Introvert
7 B Ik raak gauw geïrriteerd (tegen anderen). (O) Ik mopper over dingen (tegen anderen). (O) Ik laat mensen zich op hun gemak voelen. (V) Ik denk eerst aan anderen.(V)	1 / 2 / 3 / 4	Onvriendelijk Vriendelijk
7 C Ik vergeet vaak dingen terug te leggen. (NC) Ik laat mijn kamer rommelig achter. (NC) Ik stel hoge eisen aan mezelf. (C) Ik ben in het algemeen altijd voorbereid. (C)	1 / 2 / 3 / 4	Niet Consciëntieus Consciëntieus
7 D Mijn humeur wisselt regelmatig. (I) Ik ben gauw uit mijn doen/ afgeleid. (I)  Ik ben meestal ontspannen. (S) Ik raak niet gauw in paniek. (S)	1 / 2 / 3 / 4	Instabiel Stabiel
7 E Ik heb een levendige fantasie. (O) Ik probeer graag iets nieuws uit.(O) Ik heb moeite me iets voor te stellen wat ik niet heb meegemaakt. (NO) Ik houd niet van nieuwe ervaringen. (NO)	1 / 2 / 3 / 4	Open Niet open
<b>U bent benaderd omdat u in de afgelopen twee jaar geestelijke gezondheidsklachten hebt gehad. Ik wil u nu een aantal vragen stellen over uw beleving van deze geestelijke gezondheidsklachten.</b> - Hierna het woord klachten niet meer benoemen. - Het gaat om de periode v klachten voordat er hulp werd gezocht, dus toen men nog klachten had.		<b>Ziekteperceptie</b>
8 Over welke geestelijke gezondheidsklachten gaat het? Wat zijn uw geestelijke gezondheidsklachten?		Kennis
9 A Heeft u op dit moment last van .....(klacht)? <input type="checkbox"/> Ja (vragen in tt stellen)		Ziekte perceptie: Ernst

<input type="checkbox"/> Nee (vragen in vt stellen)	
9 B Hoe vaak heeft u ...(klacht)? <input type="checkbox"/> Minder dan eens per jaar <input type="checkbox"/> Jaarlijks <input type="checkbox"/> Elk half jaar <input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Elke paar maand <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks	Ziekte perceptie: Ernst
9 C Hoe lang duren de ...(klacht) achtereenvolgens? <input type="checkbox"/> Minder dan een dag <input type="checkbox"/> Een dag <input type="checkbox"/> Een week <input type="checkbox"/> Een paar weken <input type="checkbox"/> Maand <input type="checkbox"/> Langer dan een maand	Ziekte perceptie: Ernst
9 D Hoe (klacht, bv moe) voelt u zich/ Hoeveel last heeft u van ...klacht, op een schaal van 0 tot 10? 0: geen last, 5: gemiddelde last/redelijk last, 10: het kan niet erger	Ziekte perceptie: Ernst
10 A Hoe groot schat u de kans dat uw ...(klacht) verergeren/terugkomen?	Ziekteperceptie: Kans
10 B Kunt u dit verder uitleggen? Wat speelt daarbij een rol? (U beoordeelde de kans dat uw eenzaamheid terugkeert als zeer klein. Wat maakt dat deze kans zeer klein is? U hebt nu bijvoorbeeld meer sociale contacten).	Ziekteperceptie: Kans
11 A In welke mate kunt (kon let op wanneer vt) u ondanks de ...(klacht), uw dagelijks leven uitvoeren?	Ziekteperceptie: Controle
11 B Kunt u dit toelichten?	Ziekteperceptie: Controle
11 C Heeft u het idee dat u er zelf wat aan kan doen om te voorkomen dat de ...(klacht) terugkomen/verergeren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ga naar vraag 13.	Ziekteperceptie: Controle
11 D Wat doet u eraan om te voorkomen dat de ...(klachten) terugkomen/ verergeren?	Ziekteperceptie: Controle
12 Welke emotie(s) voelt u , op het moment dat u ...(klacht) verneemt? (Bijvoorbeeld schaamte, verdriet, boosheid, angst, afschuw, verbazing)	Emoties/ Stemming

<p><b>Nu wil ik het met u hebben over de manier waarop u met uw klachten om gaat. Wat u met uw klachten doet.</b>          Let op na vraag 15: vt vragen als: hulpzoekgedrag is uitgevoerd + geen klachten          tt vragen als: hulpzoekgedrag niet uitgevoerd + nu klachten</p>	<p><b>Hulp zoekgedrag= doen</b>  <b>Intentie= willen doen</b></p>
<p>13 Noemt u zoveel mogelijk manieren waarop u uw ...(klacht) zou kunnen oplossen of verminderen.          Waar zou u naar toe kunnen gaan voor uw ... (klacht)?</p> <p><input type="checkbox"/> Noemt instanties (= adaptief), namelijk: <input type="checkbox"/> Huisarts  <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk  <input type="checkbox"/> Andere ggz instanties...</p> <p><input type="checkbox"/> Noemt manieren om zelf op te lossen: namelijk:  <input type="checkbox"/> Wegvluchten/ ontkennen (= maladaptief)  <input type="checkbox"/> Aanpakken/ bestrijden (= adaptief)  <input type="checkbox"/> Sociale steun/overleg (= adaptief)</p> <p>Alleen manieren zelf oplossen: Kent u ook instanties waar u terecht kunt? Zoals?</p>	<p><b><i>Kennis/</i></b> Route gedachten  <i>(zegt niets over intentie, of hulpzoekgedrag) = kennis meten</i></p> <p>Adaptief</p> <p>Maladaptief</p> <p><i>(Maladaptief en adaptief zijn beide routegedachten)</i></p>
<p>14 Wat hebt u gedaan/ waar bent u naar toe gegaan om van uw ...(klacht) af te komen?</p> <p>Welk van de zojuist genoemde manieren hebt u in de afgelopen twee jaar toegepast, om uw ...(klacht) op te lossen/ te verminderen?</p> <p><input type="checkbox"/> Noemt instanties (= adaptief + feitelijk hulpzoekgedrag), namelijk:  <input type="checkbox"/> Huisarts  <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk  <input type="checkbox"/> Andere ggz instanties...</p> <p><input type="checkbox"/> Noemt manieren om zelf op te lossen: namelijk:  <input type="checkbox"/> Wegvluchten/ afleiding/ontkennen (= maladaptief)  <input type="checkbox"/> Aanpakken/ bestrijden (= adaptief)  <input type="checkbox"/> Sociale steun /overleg (= adaptief)</p> <p>Noemt instanties: ga naar vraag 16          Noemt alleen manieren: conclusie trekken uit vraag 13 of hij/zij wel hulp zou kunnen zoeken. Als diegene daar geen instanties weet te noemen, dan kan diegene het niet.</p>	<p><b><i>Vaardigheden</i></b>  <i>(= kunnen uitvoeren van adaptieve routegedachte)</i></p> <p><b>Hulpzoekgedrag (= doen)</b>          Adaptief</p> <p>Maladaptief</p> <p><i>(vaardigheden= de uitvoering van adaptieve antwoorden. maladaptief= het ontbreken van vaardigheden. route gedachten is voorwaarde om vaardigheid uit te voeren)</i></p>
<p>15 A Wilde/wilt u hulp hebben ergens naar toe gaan voor uw ...(klacht)?          Bent u van plan hulp zoeken voor uw ...(klacht)?  <input type="checkbox"/> Ja, ga naar vraag 16</p>	<p><b>Intentie( =willen doen</b>  <b>= globaal, dat hulp wil zoeken)</b>  <i>(geen intentie meten als</i></p>

<input type="checkbox"/> Nee	hulpzoekgedrag al heeft plaatsgevonden. de intentie moet er dan al zijn geweest)
15 B Hoezo/ waarom wilde u geen hulp voor uw ...(klacht)? Wat stond er in de weg, waardoor u besloot geen hulp te willen zoeken? Ga naar vraag 19.	Perceived barriers
16 Hoezo wilde u wel hulp voor uw ...(klacht)? Wat motiveert u om hulp te (willen)zoeken voor uw ...(klacht)? Wat zijn redenen dat u hulp zoekt (wilt gaan zoeken) voor uw ...(klacht)? U mag meerdere motivaties noemen.	Motivatie gedachten
17 A Wat zijn voor u voordelen om hulp te (willen) zoeken voor uw ...(klacht)?	Perceived benefits
17 B Wat zijn voor u nadelen om hulp te (willen) zoeken voor uw klachten? Welke barriers zouden u tegen kunnen houden om hulp te (willen) zoeken voor uw klachten.	Perceived barriers
18 A Dacht u na over waar u heen kon voor uw (klacht) en wanneer u een afspraak wilde maken voor uw (klacht)? Toen u besloot dat u hulp wilde zoeken voor uw klachten, dacht u daarna na over waar, wanneer en hoe u hulp zou gaan zoeken. <input type="checkbox"/> Nee, ga door naar vraag 20. <input type="checkbox"/> Ja	<b>Cues to action</b> (zegt <i>wel</i> iets over intentie in tegenstelling tot routegedachten= specifieke plannen= niet alleen kennis, maar ook <i>specifiek</i> willen)
18 B Waar (naar wie) bent u van plan naar toe te gaan voor hulp?	Cues: Waar
18 C Wanneer (datum, tijdstip) bent u van plan er naar toe te gaan?	Cues: Wanneer
18 D Hoe bent u van plan het hulp zoeken aan te pakken? Welke stap(pen) neemt u om hulp te zoeken voor uw... (klacht)?	Cues: Hoe
<b>Nu wil ik u enkele vragen stellen over invloed van belangrijke gebeurtenissen in uw leven.</b>	<b>Levensstressoren</b>
19 A Hebt u de afgelopen twee jaar te maken gehad met gebeurtenissen die bij u voor zoveel spanning zorgde, dat u uw dagelijkse werkzaamheden op een minder goed niveau kon uitvoeren, dan dat u van uzelf gewend was? <input type="checkbox"/> Nee, ga naar vraag 20. <input type="checkbox"/> Ja	Levensstressoren
19 B Welke gebeurtenis(sen) zorgden voor deze spanning?	Levensstressoren
19 C Hoe vaak zijn dit soort gebeurtenissen de afgelopen twee jaar voorgekomen? <input type="checkbox"/> Minder dan eens per jaar <input type="checkbox"/> Jaarlijks <input type="checkbox"/> Elk half jaar <input type="checkbox"/> Elke paar maand <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Vaker dan 1x per maand	Levensstressoren

<b>Net hebben we het gehad over gebeurtenissen, nu wil ik u enkele vragen stellen over de invloed van gezondheidszorg.</b> V= verwachting/ perceptie                      E= ervaring/ heeft al hulpgezocht zie vragen 21 en 22.	<b>Omgevingsinvloeden</b>
20 A Zijn er in uw woonplaats instellingen voor geestelijke gezondheidszorg? Zoals huisarts, maatschappelijk werk, Mediant. <input type="checkbox"/> Zo ja, welke? <input type="checkbox"/> Zo nee, hoe ver moet u reizen om bij een instelling voor gezondheidszorg te komen?	Bereikbaarheid gezondheidszorg
20 B Weet u deze instellingen te vinden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bereikbaarheid
20 C Hoe bereikt u deze instellingen? (Denk aan vervoer/of doorverwijzingen bv huisarts)	Bereikbaarheid (Verskil met cues= bereikbaarheid heeft te maken met feiten, cues met van plan zijn)
20 D Wat vindt u van de bereikbaarheid van deze instellingen? Kunt u dat toelichten?	Bereikbaarheid
21 A V: Wat denkt u dat geestelijke gezondheidszorginstellingen (zoals huisarts, maatschappelijk werk) voor u kunnen doen om u van uw ...(klacht) af te helpen? (bijvoorbeeld door therapie) E: Wat hebben gezondheidszorginstellingen voor u gedaan om u van uw ...(klacht) af te helpen?	Beschikbaarheid
21 B V: Denkt u dat u wel/niet direct geholpen wordt als u voor uw (klacht) naar de huisarts/maatschappelijk werk (een gezondheidszorginstelling) gaat? E: Bent u destijds wel/niet direct geholpen toen u bij de geestelijke gezondheidsinstelling, zoals huisarts kwam voor uw ...(klacht)?	Beschikbaarheid
22 V: Denkt u dat uw verzekeraar uw bezoek aan de gezondheidsinstellingen vergoedt? E: Vergoedde uw verzekeraar uw bezoek aan de geestelijke gezondheidsinstelling?	Kosten gezondheidszorg

Nu wil ik u graag een aantal vragen stellen over hoe anderen reageren op uw ...klachten	Subjectieve norm/normatief geloof
23 A Hoe reageerden vrienden/familie/partner (voor u belangrijke anderen) op uw ...(klacht)?	Subjectieve norm
23 B Denkt u daar hetzelfde over? <input type="checkbox"/> Ja, ga naar vraag 24. <input type="checkbox"/> Nee	Subjectieve norm
23 C Heeft de reactie van anderen, uw gedachte over uw ...(klacht) veranderd? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Zo ja, op welke manier? (=mc)	Motivation to comply (=mc)
24 A Geven anderen u advies om ergens naar toe te gaan (bv zeggen u moet naar huisarts/ maatschappelijk werk) voor uw ...(klacht)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, einde.	Subjectieve norm ten opzichte van hulp zoeken
24 B Komt dit advies van anderen overeen met uw besluit om wel/niet naar huisarts/maatschappelijk werk toe te gaan voor uw ... (klacht)? <input type="checkbox"/> Ja, einde. <input type="checkbox"/> Nee, kunt u dit uitleggen?...	Subjectieve norm ten opzichte van hulp zoeken
24 C Heeft de mening van anderen, uw gedachte om wel/ niet naar naar huisarts/maatschappelijk werk te gaan veranderd? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Zo ja, op welke manier? (=mc)	Motivation to comply

Bestandsnaam: scriptie hulpzoekgedrag  
Map: C:\Documents and Settings\Gebruiker\Mijn  
documenten\esther\afstuderen mediant\paper  
Sjabloon: C:\Documents and Settings\Gebruiker\Application  
Data\Microsoft\Sjablonen\Normal.dot  
Titel: “Hulpzoekgedrag van ouderen met geestelijke gezondheidsklachten”  
Onderwerp:  
Auteur: Gebruiker  
Trefwoorden:  
Opmerkingen:  
Aanmaakdatum: 2-9-2008 16:11:00  
Wijzigingsnummer: 2  
Laatst opgeslagen op: 2-9-2008 16:11:00  
Laatst opgeslagen door: Gebruiker  
Totale bewerkingstijd: 2 minuten  
Laatst afgedrukt op: 2-9-2008 17:12:00  
Vanaf laatste volledige afdruk  
Aantal pagina's: 79  
Aantal woorden: 35.397 (ong.)  
Aantal tekens: 194.688 (ong.)