

# Psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen

Sevim Kaya (s0129569)

Begeleiders:

Dr. C. Bode

Dr. C. H. C. Drossaert

Externe begeleiders:

J. Visser

O. Haitsma

Enschede, augustus 2009

Universiteit Twente  
Faculteit Gedragwetenschappen  
Master Psychologie

GGD Regio Twente

## **Samenvatting**

In dit onderzoek is het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen onderzocht. Er is gekeken naar hun beleving van het ouder worden en hun geluksbeleving. Tevens is onderzocht in hoeverre gevoelens van eenzaamheid bij deze ouderen voorkomen en hoe het is gesteld met hun psychische ongezondheid.

Bij 118 Suryoye ouderen in Twente zijn verschillende vragenlijsten afgenomen. De meeste ouderen werden persoonlijk benaderd, omdat zij niet of nauwelijks Nederlands spreken. De ouderen die de Nederlandse taal goed beheersten en konden lezen en schrijven kregen de vragenlijsten mee. De leeftijdsgrens van 50 jaar is gehanteerd, om een vergelijking te kunnen maken tussen de 50-plussers en de 65-plussers. Daarnaast is voor deze leeftijdsgroep gekozen, omdat uit verschillende onderzoeken blijkt dat gezondheidsproblematiek bij allochtone ouderen eerder begint.

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat Suryoye ouderen het ouder negatiever beleven dan autochtone ouderen. Zij beleven het ouder worden meer in termen van fysiek verlies, terwijl autochtonen het ouder worden meer ervaren als voortgezette groei. Daarnaast tonen de resultaten dat ongeveer een kwart van deze ouderen eenzaam is; 10% voelt zich zelfs ernstig tot zeer ernstig eenzaam. Wat de psychische gezondheid betreft geeft ongeveer de helft van de Suryoye ouderen aan psychisch gezond te zijn. Dit betekent dat de psychische gezondheid van de andere helft van de Suryoye ouderen licht tot matig is. Opmerkelijk is echter dat, ondanks de matige psychische gezondheid van deze ouderen, zij toch regelmatig gevoelens van "geluk" ervaren.

Integratie, terugkeerwens (nu), contact met vrienden, kinderen die in de buurt wonen, kerkbezoek en proactieve copingvaardigheden blijken goede voorspellers te zijn van geluksbeleving. Leeftijd, integratie en proactieve copingvaardigheden zijn goede voorspellers van ouderdomsbeleving. Eenzaamheid wordt het beste voorspeld door kinderen die in de buurt wonen, kerkbezoek en proactieve coping. Opmerkelijk is echter dat geen significante voorspellers worden gevonden voor psychische ongezondheid, terwijl de determinanten gezamenlijk voor 53% de variantie verklaren voor psychische ongezondheid. Waarschijnlijk zorgt een hoge covariatie tussen de voorspellers voor een lage unieke bijdrage van de individuele voorspellers.

De resultaten laten zien dat integratie en proactieve coping vaardigheden sterke voorspellers zijn van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Interventies zouden hierop ingezet moeten worden om zo het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen te kunnen bevorderen.

## Summary

In this study the psycho social wellbeing of Syrian Orthodox elderly has been investigated. Their perception of aging is examined as well as their feelings of happiness. Moreover it has been examined to what extent feelings of loneliness occur among these elderly, and to which degree they are mentally healthy.

Hundredandeighteen Suryoye elderly who live in Twente filled in questionnaires. Most of these elderly were approached personally, because they don't speak Dutch very well. The Suryoye elderly who were fluent in Dutch language and could read and write, filled in the questionnaires by themselves.

The criterion of 50 years of age was used, to make a comparison between the age category 50-65 and 65+. Moreover there has been chosen for this age group because several researches show that health problems occur at an earlier age among foreign elderly.

The results of this study showed that Suryoye elderly experience aging more negative than autochthonous elderly. Suryoye experience aging more in terms of physical loss, while autochthons experience aging rather as growing in progress. Moreover, the results show that about a quarter of these elderly are lonely; 10% feels themselves even seriously to very seriously lonely. Regarding mental health, about half of the Suryoye elderly indicated that they are mentally healthy. This means that the mental health of the other half of the Suryoye elderly is slight to moderate. However, it is remarkable that, in spite of the moderate mental health of these elderly, they experienced regularly feelings of happiness.

Integration, the wish to return (now), contact with friends, children who live in the neighbourhood, church visit and proactive coping prove to be good predictors of feelings of happiness. Age, integration and proactive coping competencies are good predictors of perception of age. Loneliness is predicted the bests by children who live in the neighbourhood, church visit and proactive coping. However, it is remarkable that no significant predictors are found for mental health, whereas the determinants jointly explain variance for 53% for mental health. Probably high covariation between the predictors counted for a low unique contribution of the individual predictors.

The results showed that integration and proactive coping competencies are strong predictors of the psychosocial well-being of Suryoye elderly. Interventions to improve these aspects should be implemented to support the psychosocial well-being of Suryoye elderly.

## **Inhoud**

Samenvatting	2
Summary	3
Voorwoord	6
1. Inleiding	7
2. Gezondheid van allochtone ouderen	9
2.1 Omvang van de allochtone ouderenbevolking in Nederland	9
2.2 Gezondheid van allochtone ouderen	12
2.3 Ouderdomsbeleving	17
2.4 Determinanten	18
2.5 Interventies	22
2.6 Onderzoeksvragen	23
3. Onderzoeksmethode	25
3.1 Respondenten	25
3.2 Procedure	25
3.3 Meetinstrumenten	25
3.4 Analyse	31
4. Onderzoeksresultaten	32
4.1. Achtergrondvariabelen	32
4.1.1 Mate van integratie	34
4.1.2 Mate van sociale participatie	34
4.1.3 Opvattingen over ziekte en gezondheid en locus of control	35
4.1.4 Proactieve copingvaardigheden	37
4.1.5 Body Mass Index	38
4.1.6 Samenvatting onderzoeksgroep	39
4.2 Psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen	39
4.2.1 Ouderdomsbeleving	40
4.2.2 Negatieve aspecten van het ouder worden	41
4.2.3 Positieve aspecten van het ouder worden	42
4.2.4 Eenzaamheid	43
4.2.5 Psychische ongezondheid	44
4.2.6 Geluksbeleving	44
4.2.7 Samenvatting psychosociaal welbevinden	45
4.3 Samenhang tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen	46

4.3.1 Samenhang afhankelijke variabelen	46
4.3.2 Voorspellers van geluksbeleving	47
4.3.3 Voorspellers van ouderdomsbeleving	49
4.3.4 Voorspellers van eenzaamheid	50
4.3.5 Voorspellers van psychische ongezondheid	51
4.3.6 Samenvatting determinanten	52
4.4 Wensen en behoeften van Suryoye ouderen	53
4.4.1 Tevredenheid met zorginstellingen	53
4.4.2 Wensen en behoeften m.b.t. psychische, sociale en Lichamelijke problemen	53
4.4.3 Wensen en behoeften m.b.t. psychische en sociale problemen	54
5. Conclusie en discussie	55
5.1 Doel en onderzoeksvragen	55
5.1.1 Beleving van het ouder worden	55
5.1.2 Eenzaamheid	55
5.1.3 Psychische ongezondheid	56
5.1.4 Geluksbeleving	57
5.2 Factoren die een rol spelen bij het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen	57
5.3 Interventies	60
5.4 Beperkingen onderzoek	61
5.5 Aanbevelingen	62
6. Literatuurlijst	65
7. Bijlagen	75

## **Voorwoord**

Het is alweer een jaar geleden dat ik aan dit onderzoek heb gewerkt. Dit onderzoek vormt voor mij mijn afstudeeronderzoek. Met de afronding van dit onderzoek rond ik tevens mijn studie Master Psychologie aan de Universiteit Twente af.

Met veel plezier denk ik terug aan de vele uren die ik heb besteed aan dit onderzoek: het bestuderen van de literatuur, de gesprekken met mijn begeleiders, maar ook het afnemen van de interviews. De interviews waren niet alleen erg leuk om te doen, maar ook heel leerzaam.

Bij deze wil ik een ieder bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoek. In het bijzonder wil ik Christina Bode en Stans Drossaert bedanken. Met hen heb ik regelmatig contact gehad. Bedankt voor de constructieve feedback en het enthousiasme waarmee jullie beiden mij hebben begeleid.

Ook wil ik mijn begeleiders bedanken van de GGD, Onne Haitsma en Jannet Visser. Van Jannet heb ik vooral geleerd om meer structuur aan te brengen in dit onderzoek.

Tot slot wil ik graag mijn vader pastor Gabriël Kaya en mijn broer Resit Kaya bedanken. Mijn vader wil ik vooral bedanken voor het bereiken van deze groep ouderen en Resit voor het helpen vertalen van de vragenlijsten. Dat was een enorme klus. Ontzettend bedankt!

Enschede, 21 augustus 2009

## 1. Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt aanzienlijk toe en zal de komende decennia sterk blijven toenemen. Dit geldt voor zowel autochtone als allochtone ouderen. Naarmate de leeftijd van deze ouderen toeneemt en zij meer beperkingen krijgen, zal een groot deel van hen een beroep (moeten) doen op woon, zorg- en welzijnsvoorzieningen. Allochtone ouderen zijn vaak niet of onvoldoende vertrouwd met voorzieningen die inspelen op de noden van ouderen (zoals thuiszorg en verzorgingshuizen). Omgekeerd zijn deze voorzieningen nog te weinig bewust van de specifieke vragen en behoeften van deze doelgroep (Muller, 2008). Om deze ouderen zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn is het van belang meer inzicht te krijgen hun wensen en behoeften met betrekking tot ouderenvoorzieningen.

In dit onderzoek staat het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen in Twente centraal. Psychosociaal welbevinden wordt beschreven aan de hand van vier indicatoren: ouderdomsbeleving, eenzaamheidsgevoelens, psychische ongezondheid en geluksbeleving. Dit onderzoek heeft tot doel meer inzicht te krijgen in de manier waarop Suryoye ouderen het ouder worden beleven. Daarnaast wordt getracht meer inzicht te krijgen in de geestelijke (on)gezondheid van deze ouderen. Er wordt gekeken in welke mate ernstige eenzaamheid en gevoelens van depressie voorkomt bij Suryoye ouderen. Daarnaast wordt gekeken hoe het is gesteld met de geluksbeleving van Suryoye ouderen.

Suryoye zijn christenen die hoofdzakelijk naar Nederland zijn gekomen als vluchtelingen. Tot de eerste wereldoorlog was het Syrische volk gevestigd in Mesopotamië, ook wel het tweerivierenland (Tigris en Eufraat) genoemd (Sumer, 1982). Eind jaren 70 zijn zij gevlucht vanuit hun oorspronkelijke woongebieden, nu gelegen in Turkije, Irak, Iran en Libanon. Vanwege hun religieuze achtergrond voelden zij zich niet veilig in deze landen en vonden in Nederland een veilig heenkomen (Schukking, 1996). Naar schatting wonen zo'n 10.000-15.000 Suryoye in Nederland. Het merendeel heeft zich gevestigd in Twente, waaronder Enschede en Hengelo (Dahy & Hoebink, 2007). In Twente wonen momenteel zo'n 1.450 Suryoye vanaf 50 jaar en ouder. Velen van hen spreken de Nederlandse taal niet of nauwelijks. Dit geldt met name voor de oudere ouderen (65-plussers). Door de taalachterstand, is hun kennis over de voorzieningen voor ouderen vaak beperkt (Carint, z.d.). Zij stellen zich zeer afhankelijk op van hun kinderen en andere familieleden in de wijk, die echter steeds minder vanzelfsprekend beschikbaar zijn. Deze vanzelfsprekendheid zou een mogelijke oorzaak kunnen zijn voor de beperkte taalvaardigheid van deze ouderen. Daarnaast zou de wens om terug te keren naar het land van herkomst mogelijk een rol kunnen spelen.

Verwacht wordt namelijk dat wanneer het verlangen om terug te keren naar het land van herkomst groot is, men minder moeite zal doen om zich aan te passen aan de ontvangende samenleving.

Over het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen is echter weinig bekend. Wel bestaan er aanwijzingen dat het psychosociaal welbevinden van allochtone ouderen slechter is dan dat van autochtone ouderen. Zo bleek uit het onderzoek van Schellingerhout (2004) dat Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen minder vaak gevoelens van rust en tevredenheid ervaren en vaker sombere en neerslachtige gevoelens hebben dan autochtonen. Verschillende factoren zoals beheersing van de Nederlandse taal, de mate van integratie, de wens om terug te keren naar het land van herkomst, en een slechtere fysieke gezondheid, blijken samen te hangen met verminderd welbevinden bij allochtone ouderen (Schellingerhout, 2004).

Om te kijken of deze factoren ook van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen is dit onderzoek van belang. Daarnaast is het belangrijk meer inzicht te krijgen in hun gezondheidssituatie en hun behoeften en wensen met betrekking tot ouderenvoorzieningen.

### **Inhoud van het onderzoek**

In hoofdstuk 2 wordt allereerst een overzicht gegeven van de omvang van de allochtone en autochtone ouderenbevolking in Nederland en in Twente. Vervolgens wordt ingegaan op de gezondheid van deze ouderen. Er wordt ingegaan op de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van zowel allochtone als autochtone ouderen. Ook komen verschillende voorlichtingscursussen voor ouderen aan bod. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode besproken en in hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de onderzoeksresultaten. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 enkele conclusies en aanbevelingen gedaan.



## **2. Gezondheid van allochtone ouderen**

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gezondheid van allochtone ouderen, waarbij voornamelijk gekeken wordt naar de vier etnische minderheden, namelijk Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. In §2.1 wordt eerst een algemene schets gegeven van de allochtone en autochtone ouderenbevolking. Vervolgens wordt in §2.2 ingegaan op de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van deze ouderen. Tevens wordt in §2.3 gekeken naar de manier waarop deze ouderen het ouder worden beleven. In §2.4 wordt ingegaan op de mogelijke factoren die van invloed kunnen zijn op het psychosociaal welbevinden van deze ouderen. In §2.5 komen verschillende voorlichtingscursussen voor ouderen aan bod om het psychosociaal welbevinden van (allochtone) ouderen te verbeteren. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de onderzoeksvragen (§2.6).

### **2.1 Omvang van de allochtone ouderenbevolking in Nederland**

De bevolking in Nederland is geleidelijk aan het vergrijzen. Vanaf 1900 tot en met 2007 is het aantal 65- plussers toegenomen van 0,3 naar 2,4 miljoen (RIVM, 2008). Naar verwachting zal het aantal ouderen de komende decennia sterk blijven toenemen. Dit geldt ook voor allochtone ouderen. Onder ‘allochtonen’ worden personen verstaan van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren (RIVM, 2008). Het Centraal Bureau voor de Statistiek onderscheidt westerse en niet-westerse allochtonen. Westerse allochtonen komen naar Nederland vanuit Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Japan, Oceanië en Indonesië. Niet-westerse allochtonen komen naar Nederland vanuit Afrika, Azië (exclusief Japan en Indonesië), Zuid- en Midden Amerika en Turkije. Daarnaast maakt het Centraal Bureau voor de Statistiek een onderscheid tussen eerste- en tweede generatie allochtonen. Onder eerste generatie allochtonen worden verstaan alle personen die in Nederland woonachtig zijn, maar hier niet zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren. De tweede generatie allochtonen vormen alle in Nederland woonachtige personen die hier zijn geboren, en die tenminste één ouder hebben die buiten Nederland is geboren (Schellingerhout, 2004).

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de autochtone en allochtone ouderen (50-plussers) in Nederland in 2008.

Tabel 1 Aantal autochtone en allochtone 50-plussers in Nederland op 1 januari 2008

	Totale bevolking		1 <sup>ste</sup> generatie		2 <sup>de</sup> generatie	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Autochtoon	2.289.530	2.569.389				
Allochtoon	372.298	410.752				
Niet-westerse						
allochtoon	120.784	120.039	117.713	116.799	3.071	3.240
Westerse						
allochtoon	251.514	290.713	110.001	139.080	141.513	151.633
Turkije	22.941	21.445	22.902	21.403	39	42
Marokko	22.904	17.114	22.900	17.112	4	2
Suriname	30.571	37.146	29.258	35.761	1.313	1.385
Nederlandse						
Antillen						
en Aruba	8.826	10.870	8.524	10.528	302	342

Bron: CBS (2008)

De groep niet-westerse allochtone ouderen in Nederland telt 240.823 personen van 50 jaar en ouder en de groep westerse allochtone ouderen 542.227. De grootste groep bestaat uit Surinaamse ouderen (67.717), gevolgd door de Turkse (44.386), Marokkaanse (40.018) en Antilliaanse ouderen (19.696) (CBS, 2008). Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen behoren tot de vier traditionele grote doelgroepen van het minderhedenbeleid en vormen samen bijna 80 % van de niet-westerse allochtone ouderen die in Nederland wonen (Schellingerhout, 2004). De meeste allochtone ouderen wonen in de vier grote steden, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Tabel 2 geeft een overzicht van de autochtone en allochtonen ouderen in Twente. Uit de tabel blijkt dat op 1 januari 2008 ruim 29.000 allochtone ouderen in Twente woonden. De Turkse ouderen (3.574) vormen hier de grootste groep binnen de niet westerse allochtone ouderen, gevolgd door Surinaamse (566), Marokkaanse (455) en Antilliaanse ouderen (254). Precieze cijfers over Suryoye ouderen ontbreken, omdat de bevolkingsadministratie van gemeentelijke overheden in Nederland naar nationaliteit registreert en niet naar religieuze identiteit. Suryoye zijn dus vertegenwoordigd in de kaartenbakken van het Turkse, Syrische, Irakese, Iranese en

Libanese volksdeel (Schukking, 1996). Naar schatting wonen ongeveer 4 miljoen Suryoye over de hele wereld, waarvan zo'n 10.000- 15.000 in Nederland (Dahy & Hoebink, 2007). Om een schatting te kunnen maken van de Suryoye ouderen in Twente is persoonlijk contact opgenomen met de Syrisch- orthodoxe predikanten in Twente. Volgens pastor Hanna Bassut wonen 78 Suryoye ouderen in Oldenzaal. De Syrisch-orthodoxe pastoor in Rijssen, pastor Elyas Basmaci, telde 70 Suryoye ouderen. Pastor Samuel Esen en pastor Faulus Akman telden ongeveer 876 Suryoye ouderen in Enschede. Ten slotte telden pastor Barsaum Dogan en pastor Gabriël Kaya zo'n 430 Suryoye ouderen in Hengelo en de overige steden in Twente. Uitgaande van het bovenstaande kan vastgesteld worden dat in totaal 1.454 Suryoye vanaf 50 jaar en ouder in Twente wonen, waarvan het merendeel zich heeft gevestigd in Enschede. Dit heeft vermoedelijk te maken met het Syrisch-orthodoxe klooster, Mor Afrem, dat gevestigd is in Glanebrug.

Tabel 2 Aantal autochtone en allochtone 50-plussers in Twente op 1 januari 2008

	Totale bevolking		1 <sup>ste</sup> generatie		2 <sup>de</sup> generatie	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Autochtoon	86.994	97.264				
Allochtoon	13.931	15.840	7.092	8.368	6.839	7.472
Niet-westerse						
allochtoon	3.364	3.435	3.327	3.371	37	64
Westerse						
allochtoon	10.567	12.405	3.765	4.997	6.802	7.408
Turkije	1.747	1.827	1.747	1.826	-	1
Marokko	253	202	253	202	-	-
Suriname	245	321	229	295	16	26
Nederlandse						
Antillen						
en Aruba	142	112	138	103	4	9

Bron: CBS (2008).

Momenteel zijn de meeste allochtone ouderen nog tussen de 55 en 65 jaar, maar in de toekomst zal het aantal 65-plussers en 75-plussers toenemen en hierdoor ook het beroep op (gezondheids)zorgvoorzieningen (Schellingerhout, 2004). Om een slechte gezondheid te

voorkomen is het van belang inzicht te krijgen in de factoren die samenhangen met een slechtere gezondheid bij allochtone ouderen.

## **2.2 Gezondheid van allochtone ouderen.**

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (WHO, 2001).

### *Lichamelijke gezondheid*

Uit het ouderenonderzoek van Haitisma & Visser (2006) komt naar voren dat 69% van de 65-plussers in Twente zijn gezondheid als goed tot uitstekend beoordeelt. Hoewel veel ouderen gezondheidsproblemen hebben oordelen zij hun eigen situatie niet als ongezond. Verschillende factoren als geslacht, leeftijd en opleiding blijken samen te hangen met de ervaren gezondheid. Zo blijkt dat mannen positiever oordelen over hun gezondheid dan vrouwen en dat hoger opgeleiden (81%) meer tevreden zijn over hun gezondheid, dan lager opgeleiden (66%). Aangezien veel allochtone ouderen laag opgeleid zijn, kan worden aangenomen dat de ervaren gezondheid van de allochtone ouderen over het algemeen minder goed is dan die van de autochtone ouderen. In verschillende onderzoeken wordt deze aanname bevestigd (Van Lindert, Droomers & Westert, 2004; Van Oers, 2002; Schellingerhout, 2004). Vaak vindt men bij allochtone ouderen een accumulatie van factoren die samenhangen met een slechtere gezondheid. Hierbij valt te denken aan een minder goede opleiding en een minder hoog inkomen. Een lagere sociaal-economische status is niet alleen verbonden met een slechtere gezondheid, maar ook met een lagere gezonde levensverwachting (Van Oers, 2002).

Ook uit het rapport van Schellingerhout (2004) komt naar voren dat allochtone ouderen, met name Turkse en Marokkaanse ouderen, een slechtere gezondheid hebben dan autochtone ouderen. Bij alle etnische groepen (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen) werd suikerziekte vaker gerapporteerd dan bij autochtonen. Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen sterven vaker aan de gevolgen van endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten (waarvan 80% suikerziekte) dan autochtonen. Ook een hoge bloeddruk werd vaker gerapporteerd bij allochtonen dan bij autochtonen. Enkele factoren die het voorkomen van chronische aandoeningen bepalen zijn: geslacht, leeftijd, opleiding en sociaal-culturele integratie (d.w.z. in hoeverre minderheden onderdeel zijn van de ontvangende

samenleving of dat ze zich daar juist van (blijven) onderscheiden (Dagevos & Schellingerhout, 2003).

#### *Geestelijke gezondheid (psychische ongezondheid)*

Personen die psychisch gezond zijn hebben een subjectieve beleving van welzijn, autonomie en competentie en voelen zich in staat de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. Psychisch ongezonde personen daarentegen kunnen psychische klachten ervaren of zelfs psychische stoornissen (WHO, 2001; RIVM, 2008).

Depressie is een psychische stoornis die wordt gekenmerkt door een periode van ernstige somberheid en/of verlies van plezier. Naast de somberheid of lusteloosheid komen enkele van de volgende symptomen voor: vermindering of juist toename van het gewicht, een verstoring van het slaappatroon, veranderingen in de psychomotoriek (remming of agitatie), vermoeidheid of verlies van energie, zelfverwijt en schuldgevoelens, een verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid en gedachten aan dood en suïcide. Om van een depressieve episode te kunnen spreken dienen diverse van deze symptomen ten minste twee weken te bestaan. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004).

In Nederland heeft ongeveer 3% van de ouderen een klinische depressie en 10 tot 15% heeft last van klinisch relevante klachten (Cole & Yaffe, 1996; Beekman, 1995). In het onderzoek van Haitsma & Visser (2006) rapporteerde 9% van de Twentse ouderen (65+) depressiviteit of neerslachtigheid. Dit komt ongeveer overeen met het onderzoek van Mediant onder Twentse ouderen, waarbij 8% van de 65-plussers aangaf last te hebben van depressieve klachten (Gezondheidsatlastwente, 2007).

Uit de literatuur blijkt dat depressieve klachten vaker voorkomen bij allochtone ouderen dan bij autochtonen ouderen (Schellingerhout, 2004; Van der Wurff et al., 2004; Poort, Spijker, Dijkshoorn & Verhoeff, 2001). Zo kwam uit het onderzoek van Schellingerhout (2004) naar voren dat Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen minder vaak gevoelens van rust en tevredenheid ervaren en vaker sombere en neerslachtige gevoelens hebben dan autochtone ouderen. Dat allochtone ouderen meer depressieve symptomen ondervinden dan autochtone ouderen, is ook gebleken uit het onderzoek van Van der Wurff et al. (2004) dat werd gehouden onder 330 Turkse, 299 Marokkaanse en 304 autochtone ouderen tussen de 55 en 74 jaar. De prevalentie van depressieve symptomen was duidelijk hoger onder de oudere migranten. 61,5 procent van de Turkse, 37,6% van Marokkaanse en 14,5% van de autochtone ouderen ondervonden symptomen van depressie. Enkele risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve symptomen zijn: geslacht, chronische fysieke ziektes en fysieke beperkingen.

Ondanks de psychische problematiek komen nauwelijks allochtone ouderen bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) terecht. Dit komt enerzijds doordat ze weinig worden doorverwezen door de huisarts en anderzijds door de beeldvorming bij ouderen en hun omgeving over de GGZ. Veel allochtone ouderen doen geen beroep op de geestelijke gezondheidszorg, omdat ze niet het stempel “gek” opgedrukt willen krijgen (Overbeek van, 2006).

Veel allochtone ouderen zijn laag opgeleid en hebben weinig kennis over psychische stoornissen. Dit geldt waarschijnlijk ook voor Suryoye ouderen. Aangezien veel van hen de Nederlandse taal niet of nauwelijks spreken kan worden aangenomen dat de kennis over psychische stoornissen, zoals een depressie, ook bij deze ouderen zeer beperkt is en dat ook zij weinig gebruik maken van de diensten van de GGZ. Om de drempel bij deze ouderen te verlagen is het van belang deze ouderen zo goed mogelijk in te lichten over psychische stoornissen en de mogelijke oorzaken hiervan. Het tijdig opsporen van depressies bij ouderen is van belang om ernstigere en chronische klachten te kunnen voorkomen (De Beer & De Lange, 1993).

#### *Geluk en welbevinden (positieve geestelijke gezondheid)*

De laatste jaren vindt steeds vaker een verschuiving plaats naar de positieve psychologie waarbij de nadruk ligt op het versterken van de positieve kanten van mensen. In dit onderzoek wordt de positieve geestelijke gezondheid omschreven als “geluksbeleving”. Geluk is een positieve emotie en kan op verschillende manieren worden gedefinieerd (Larsen & Buss, 2005).

Costa & McCrae (1980) definiëren geluk als: “The presence of relatively high levels of positive affect, and relatively low levels of negative affect, in a person’s life over time”.

Volgens Costa & McCrae (1980) wordt geluk voor slechts 10 à 15% bepaald door demografische variabelen, zoals geslacht, leeftijd, etniciteit en inkomen en spelen persoonlijkheidsfactoren een veel belangrijkere rol. Volgens hen hangt de mate van positieve gevoelens samen met de persoonlijkheidseigenschap extraversie, terwijl de mate van negatieve gevoelens samenhangt met de persoonlijkheidseigenschap neuroticisme (emotionele instabiliteit). Dat deze persoonlijkheden sterk samenhangen met geluk wordt in verschillende studies bevestigd (Larsen & Ketelaar, 1989, 1991; Zelinski & Larsen, 1999).

Myers & Diener (1995) stellen dat ongelukkige mensen situaties en gebeurtenissen als onwenselijk inschatten en daardoor onaangename emoties ervaren zoals woede, angst en depressie. Gelukkige mensen daarentegen ervaren aangename emoties, omdat zij situaties en gebeurtenissen positief inschatten. Zo bleek uit het onderzoek van Westerhof (2003) naar

ouderdomsbeleving dat “geluksbeleving” niet alleen geoptimaliseerd wordt door de ontkenning van verliezen, maar ook door de instemming met positieve aspecten van het ouder worden.

Seidlitz & Diener (1993) voerden een experiment uit waarbij personen 5 minuten de tijd kregen om zoveel mogelijk aangename gebeurtenissen op te halen en 5 minuten voor het ophalen van onaangename gebeurtenissen. Uit hun experiment bleek dat de gelukkige personen zich meer aangename momenten en minder onaangename momenten konden herinneren, dan de ongelukkige personen. Gelukkige personen rapporteren meer plezierige ervaringen dan ongelukkige personen (Larsen & Diener, 1985). Vergeleken met ongelukkige personen zijn gelukkige personen minder gewelddadig en agressief, minder gefixeerd op zichzelf en minder kwetsbaar voor ziektes. Daarnaast zijn ze socialer, behulpzamer, creatiever en energiever, meer vergevingsgezind en trouw (Myers, 1993, 2000; Myers & Diener, 1995; Veenhoven, 1988).

Voor ouderen is gezondheid een van de grootste voorpellers van geluk (Kenis, 2005). Bij een optimale psychische gezondheid is er sprake van een succesvol functioneren dat kan resulteren in bevredigende relaties met anderen, in productieve activiteiten en de mogelijkheid om zich aan te passen en beter om te kunnen gaan met tegenslagen (Surgeon General, 1999; RIVM, 2008). Onderzoek naar effecten van geluk op herstel van ziekte tonen negatieve effecten van depressie, angst en boosheid en positieve effecten van hoop en optimisme (Zautra, 2003). Ook toont onderzoek aan dat mensen die sporten gemiddeld iets gelukkiger zijn dan mensen die dat niet doen (Schulz, & Decker, 1985; Biddle, 2000). De positieve effecten van voldoende beweging beperken zich niet alleen tot aanzienlijke gezondheidswinst, zoals een verminderde kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie, maar beweging blijkt ook een gunstig effect te hebben op de ontwikkeling en herstel van ziekten, aandoeningen en beperkingen (Vilans, 2007).

Naast lichamelijke activiteit blijkt ook een goed sociaal netwerk bevorderlijk te zijn voor de “geluksbeleving”. Dit blijkt o.a. uit het feit dat alleenstaanden vaker ziek zijn en korter leven. Gelukkige mensen kunnen gemakkelijker contacten leggen en behouden en hebben meer succes op de huwelijksmarkt (Veenhoven, 1987). Een grote sociale netwerk en de tevredenheid met de geboden steun kunnen het gevoel van “geluk” stimuleren.

### *Sociale gezondheid*

Het sociale netwerk is om verschillende redenen erg belangrijk. Zo toont onderzoek aan dat mensen met een groot en hecht sociaal netwerk gezonder zijn en langer leven dan mensen die

geïsoleerd leven (Morisson & Bennet, 2006). De steun van het sociale netwerk, zoals familie en vrienden, is extra noodzakelijk als men de Nederlandse taal niet spreekt. (Schellingerhout, 2004). Wanneer het aantal contacten geringer is dan gewenst kan men gevoelens van eenzaamheid ervaren. Eenzaamheid kan vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. De Jong Gierveld (1999) definieert eenzaamheid als het negatief ervaren verschil tussen de kwaliteit van de relaties die men onderhoudt en de relaties zoals men die voor zichzelf zou wensen.

Weis (1973) onderscheidt twee vormen van eenzaamheid, namelijk: eenzaamheid in de vorm van sociaal isolement en eenzaamheid in de vorm van emotioneel isolement. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan een tekort aan sociale integratie, het ontbreken van contacten met mensen waarmee men bijvoorbeeld gemeenschappelijke kenmerken mee deelt zoals vrienden en vriendinnen. Emotionele eenzaamheid treedt op als iemand een hechte, intieme band mist met één ander persoon, in de meeste gevallen een levenspartner.

Naar schatting is ruim een derde van de Nederlandse bevolking boven de 55 jaar eenzaam (De Jong Gierveld, 1999), hetgeen neerkomt op 1,3 miljoen eenzame ouderen. Binnen deze categorie wordt 28% beschouwd als matig eenzaam, 3% als ernstig eenzaam en 1% als uiterst eenzaam. Enkele risicofactoren zijn: het verlies van de partner, achteruitgang in geestelijke en/of lichamelijke gezondheid, en een sterke inkomensdaling (Fokkema & Knipscheer, 2006).

Uit het ouderenonderzoek van Haitsma & Visser (2006) dat gehouden werd onder 65-plussers in Twente is gebleken dat 32% van de ouderen matig eenzaam is en 6% zich ernstig tot zeer ernstig eenzaam voelt. Dit is ruim een derde van de ouderen. Gevoelens van eenzaamheid kunnen op elke leeftijd voorkomen, maar ouderen die een dierbare verloren hebben, ouderen die alleenstaand zijn, problemen met hun gezondheid ervaren en ouderen boven de 80 jaar lopen extra risico eenzaam te worden (Vanden Boer & Pauwels, 2005).

Onder allochtone ouderen kan de slechte Nederlandse taalvaardigheid een belangrijke rol spelen bij het ervaren van eenzaamheidsgevoelens (Schellingerhout, 2004). Suryoye ouderen die de Nederlandse taal niet goed beheersen kunnen moeilijker in contact komen met autochtonen. Ook is het voor hen moeilijker om professionele hulp in te schakelen en om de hulp te vragen die zij wensen en nodig hebben. Zorginstellingen kunnen hun aanbod niet aansluiten op de behoeften van allochtonen ouderen, als zij te weinig bewust zijn van de specifieke vragen en behoeften van deze doelgroep (Muller, 2008). Wellicht ervaren allochtone ouderen het ouder worden op een andere manier dan autochtone ouderen en kunnen zorginstellingen beter inspelen op de behoeften en wensen van deze ouderen, wanneer zij meer inzicht krijgen in de manier waarop zij het ouder worden beleven.



### 2.3 Ouderdomsbeleving

Uit het onderzoek van Westerhof (2003) is gebleken dat de beleving van het ouder worden over het algemeen sterk samenhangt met “geluksbeleving”. Uit zijn onderzoek naar ouderdomsbeleving bij autochtone ouderen is gebleken dat zij fysiek verlies als de belangrijkste negatieve dimensie van het ouder worden zien, gevolgd door sociaal verlies. Bij fysiek verlies werden algemene en specifieke aspecten van het lichamelijk functioneren (bijv. lichamelijke gebreken en lichamelijke achteruitgang) genoemd en verandering van het uiterlijk. Bij sociaal verlies ging het vooral om het verlies van persoonlijke relaties en het verlies van zelfstandigheid. Sociale winst en psychologische groei waren de belangrijkste positieve dimensies van de beleving van het eigen ouder worden. Bij de sociale categorie werden vrijheid, het wegvallen van verplichtingen en maatschappelijke relaties genoemd, maar ook persoonlijke relaties, met name die met kleinkinderen. Bij de psychologische categorie ging het vooral om levenservaring, wijsheid en rust.

Allochtone ouderen beleven het ouder worden anders dan autochtone ouderen. Zo bleek uit het afstudeeronderzoek van Clappers en Woortmeijer (2004) dat Turkse en Marokkaanse ouderen het ouder worden vooral op een negatieve manier ervaren. ( $\chi^2=10.17$ ,  $p<0.05$ ) Uit het afstudeeronderzoek van Dijkstra (2006) blijkt dat een deel van de Turkse ouderen zelfs niets positiefs wist te noemen aan het ouder worden. Dat Turkse ouderen het ouder worden vrij negatief ervaren werd ook bevestigd in het onderzoek van Meyboom en Van Eekelen (1999). In een serie gesprekken en groepsdiscussies hebben zij getracht meer inzicht te krijgen in de ouderdomsbeleving van oudere Turkse gastarbeiders in Nederland. Uit hun onderzoek is gebleken dat Turkse ouderen het ouder worden beleven in termen van *Yipratmak*, een werkwoord dat wijst op een actief proces van uitputten, verslijten, kapot maken en vroeg oud worden.

Aangezien een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen afkomstig is uit de plattelandsgebieden van Turkije, kan worden aangenomen dat ook deze ouderen het ouder worden op een negatieve manier beleven.

Om het ouder worden zo succesvol mogelijk te laten verlopen is het van belang te weten welke factoren van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van ouderen.

## **2.4 Determinanten van (lager) welbevinden bij allochtone ouderen**

Naast de eerder genoemde risicofactoren (zoals achteruitgang in geestelijke en/of lichamelijke gezondheid, een sterke inkomensdaling, etc.), kunnen mogelijk ook andere factoren van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van allochtone ouderen.

### ***Demografische kenmerken***

De meeste Turkse en Marokkaanse 55-plussers in Nederland zijn afkomstig uit plattelandsgebieden in Turkije en Marokko. Hun opleidingsniveau is laag tot zeer laag (Dagevos, 2001; Tesser, van Dugteren & Merens, 1998). Meer dan 80% van de Marokkaanse mannen en meer dan 90% van de Marokkaanse vrouwen heeft geen enkele opleiding voltooid, zelfs geen lagere school. Het aantal ouderen met een laag inkomen is dan ook zeer hoog onder de Turken en Marokkanen. Slechts 33% van de Turkse ouderen en 14% van de Marokkaanse ouderen heeft geen laag inkomen (Schellingerhout, 2004). Veel allochtone ouderen hebben overwegend lage inkomens en wonen in kwalitatief mindere woningen (Tesser et al., 1998). Zij wonen vaak in een woning die niet geschikt is voor mensen met beperkingen, terwijl zij wel beperkingen ervaren (Schellingerhout, 2004). Daarnaast maken zij weinig gebruik van professionele zorg, met name Turken en Marokkanen beschikken nauwelijks over hulp van de thuiszorg. Dit heeft voornamelijk te maken met de grotere beschikbaarheid van mantelzorg, onbekendheid met voorzieningen, zoals de thuiszorg en verzorgingshuizen, de hoge eigen bijdrage en de geringe mate waarin het aanbod spoort met de zorgvraag (Graaff & Francke, 2002; De Veer & Francke, 2003).

Aangezien veel Suryoye ouderen afkomstig zijn uit plattelandsgebieden van Turkije, kan worden aangenomen dat de sociaal-economische positie van deze ouderen ook laag is. Een lagere sociaal-economische status is vaak verbonden met een slechtere gezondheid, omdat onder andere de leefstijl van personen met een lagere sociaal economische positie minder gunstig is (Mackenbach en Verkley, 1997; Van Oers, 2002). Een lage opleiding betekent vaak (zwaar) lichamelijk werk, waar ook gezondheidsklachten uit voort kunnen komen.

Uitgaande van het hierboven genoemde wordt een negatieve relatie verwacht tussen leeftijd en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

### ***De beheersing van de Nederlandse taal***

De vaardigheid om zich in het Nederlands uit te drukken is een belangrijke hulpbron die bepaalt in hoeverre iemand het zelfstandig in de Nederlandse samenleving kan redden. Het is niet alleen een belangrijke voorwaarde voor informele contacten met autochtone

Nederlanders, maar is ook belangrijk bij contacten met (autochtone) hulpverleners in de zorg (Schellingerhout, 2004).

Veel Suryoye ouderen beheersen de Nederlandse taal niet of nauwelijks en zijn bovendien veelal analfabeet. Zij stellen zich zeer afhankelijk op van hun kinderen en andere familieleden in de wijk, die echter steeds minder vanzelfsprekend beschikbaar zijn. Door de taalbarrière zijn zij vaak niet bekend met bepaalde voorzieningen en kunnen zij niet om professionele hulp vragen en de hulp die zij wensen en nodig hebben.

Verwacht wordt dat het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen die de Nederlandse taal beheersen beter is dan die van Suryoye ouderen die de Nederlandse taal niet of nauwelijks spreken.

### ***De mate van integratie en de wens om terug te keren naar het land van herkomst***

Tevredenheid met het bestaan in Nederland en de neiging om niet terug te keren naar het land van herkomst kunnen met elkaar samenhangen. Men zal weinig moeite doen om zich aan te passen aan de ontvangende samenleving, als het verlangen om terug te keren naar het land van herkomst groot is. Uit het onderzoek van Schellingerhout (2004) is gebleken dat veel allochtone ouderen voorgoed in Nederland willen blijven, met name Turkse vrouwen. Voor deze vrouwen is het waarschijnlijk minder aantrekkelijk om te remigreren, omdat zij in het land van herkomst veel minder vrijheid hebben dan ze in Nederland gewend zijn (Moerbeek en Biidu, 2001). Over de terugkeerwens van Suryoye ouderen is weinig bekend. Johnny Messo (2004), vermoedt dat de wil en het verlangen om terug te keren naar het land van herkomst in toenemende mate aanwezig zijn. Volgens hem uit zich dat in o.a. benefietfeesten waarvan de opbrengsten besteed worden aan restauraties van oude kerkgebouwen in Aramese gebieden. Zo hebben Suryoye in Nederland geholpen om de kerk in hun oude dorp Arnas te restaureren en beginnen steeds meer families aan bouwprojecten.

Uitgaande van het hierboven genoemde wordt verwacht dat het psychosociaal welbevinden van de Suryoye ouderen met een terugkeerwens slechter is dan die van de Suryoye ouderen die voorgoed in Nederland willen blijven.

### ***Contact met familie en vrienden; het hebben van kinderen en intergenerationele steun***

Er bestaat een duidelijk verband tussen sociale relaties en gezondheid: mensen die geïsoleerd leven en sociaal niet goed geïntegreerd zijn, blijken lichamelijk en psychisch minder gezond te zijn en over het algemeen vroeger te sterven (House, Landis & Umberson, 1988).

De netwerken van Turken en Marokkanen zijn vooral gericht op familie. Zij hebben vaak inwonende kinderen en verwachten van hen dat zij altijd voor hen klaar staan en de hulp zullen bieden die zij nodig hebben (Van Es 2000; Yerden 2000). Zij hebben graag hun kinderen in de buurt wonen vanwege de zorg die zij verwachten te krijgen (Moerbeek en Biidu, 2001). Uit een kwalitatief onderzoek onder 15 Suryoye mantelzorgers is gebleken dat Suryoye mantelzorgers zowel positieve als negatieve kanten ervaren aan de zorg. Zo voelen de mantelzorgers zich beloond door dankbetuigingen en doet het hen goed dat zij in de gebeden van de verzorgde worden genoemd. Bovendien zien zij de zorg relatie als vanzelfsprekend en hopen ze later zelf ook verzorgd te worden door hun kinderen. Naast deze positieve aspecten werden ook negatieve aspecten beschreven, zoals de belasting en wrijving met de verzorgde en met familieleden (Smits, 2008). Vanzelfsprekendheid wordt onder Suryoye mantelzorgers aan de ene kant als positief en aan de andere kant als negatief ervaren. Veel ouderen zien de zorgplicht van jongeren voor ouderen nog steeds als iets vanzelfsprekends. In dit onderzoek wordt er van uitgegaan dat er een positieve samenhang bestaat tussen het contact dat Suryoye ouderen hebben met hun kinderen en familieleden en hun psychosociaal welbevinden.

### ***Religie en de mate waarin men controle over gezondheid bij God legt***

Uit het onderzoek van Braam, Beekman & van Tilburg (1999) is gebleken dat ouderen die zelden of nooit de kerk bezoeken, een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een depressie dan regelmatige kerkbezoekers. Zo kwam depressie minder vaak voor bij katholieken en protestanten dan bij niet-kerkbezoekers en in het bijzonder kerkverlaters. Echter onder streng gereformeerden, zoals, ‘de zwarte kousenkerken’, kwam depressie juist vaker voor dan bij “niet-kerkbezoekers”. Het beschermend effect tegen depressie van het kerkbezoek was vooral voor ouderen met een klein sociaal netwerk groot (Braam, Beekman, van Tilburg, Deeg & van Tilburg, 1997).

Bij veel allochtone ouderen is religie van grote betekenis (Van Es, 2000). Veel Turkse ouderen geloven dat hun gezondheidstoestand door God wordt bepaald. Zo bleek uit het afstudeeronderzoek van Dijkstra (2006) dat de mate waarin men controle over gezondheid bij God neerlegt negatief samenhangt met ouderdomsbeleving en eenzaamheidsgevoelens bij Turkse ouderen. Hoe meer Turkse ouderen vinden dat God controle heeft over hun gezondheid, hoe negatiever zij het ouder worden beleven en hoe eenzamer zij zich voelen. Dit is aan de ene kant wel opmerkelijk, omdat het in eerste instantie in tegenstrijd lijkt met de bevindingen van Braam e. a. (1999), maar aan de andere kant ook weer niet, aangezien zij

meer uitgaan van de sociale component (het sociale netwerk), en Dijkstra (2006) van de cognitieve component, namelijk de mate van controle (de mate waarin een persoon denkt dat gezondheid afhankelijk is God).

Uitgaande van het hierboven genoemde wordt verwacht dat het aantal kerkbezoeken positief samenhangt met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen (vanwege het sociale netwerk), maar dat het negatief samen hangt met ouderdomsbeleving (vanwege de cognitieve component).

### ***Vaardigheden op het gebied van proactieve coping***

De manier waarop mensen omgaan met moeilijkheden en stress is van invloed op hun gezondheid en welbevinden (Maes, Leventhal, De Ridder, 1997).

Om gezondheidsproblemen en/of ouderdomsproblemen te voorkomen, is het van belang dat mensen mogelijke dreigingen vroegtijdig herkennen, voorzorgsmaatregelen nemen en/of hun leefwijze veranderen (Bode & De Ridder, 2007; Bode & De Ridder, Kuijer & Bensing, 2007). Dit wordt ook wel proactieve coping genoemd. Proactieve coping is een strategie die mensen kunnen toepassen om het ouder worden succesvol te laten verlopen.

Bode, De Ridder, Kuijer & Bensing (2006) onderzochten de effectiviteit van een kort educatief programma dat gebaseerd was op proactieve coping. Nadat de deelnemers hadden deelgenomen aan het programma bleken hun proactieve copingvaardigheden significant te zijn verbeterd. Een proactieve houding helpt niet alleen om vroegtijdig problemen te herkennen en te voorkomen, maar het ondersteunt ook het tijdig formuleren van positieve doelen die het leven zin en kwaliteit geven ondanks mogelijke achteruitgang (Bode et al, 2007).

Aangezien proactieve coping een positief effect heeft op welbevinden en gezondheid (Aspinwall, 2005), wordt verwacht dat er ook een positieve samenhang bestaat tussen het hebben van proactieve copingvaardigheden en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

### ***Leefstijl***

Gedrag speelt een belangrijke rol bij het ontstaan, de behandeling en het verloop van lichamelijke klachten en ziekten. Voldoende beweging en een gezond voedingspatroon dragen bij aan een gezonde leefstijl. Zo kunnen een gezonde leefstijl en een gezond voedingspatroon bescherming bieden tegen vroege sterfte, zelfs op oudere leeftijd (Kromhout & Knoop, 2004). Voldoende lichamelijke activiteit verkleint de kans op vroegtijdig overlijden en

verlaagt het risico op het ontstaan van ziekten, zoals diabetes, coronaire hartziekten en depressie (RIVM, 2008).

Wat sommige leefstijlfactoren betreft gedragen allochtonen zich gezonder dan autochtonen, maar voor andere leefstijlfactoren juist weer ongezonder (Van Oers, 2002). Dijkshoorn (2002) noemt een aantal specifieke leefpatronen van Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. Zo blijkt uit het onderzoek dat Turkse en Marokkaanse mannen minder drinken, minder bewegen en sneller overgewicht hebben dan autochtone ouderen. Turkse en Marokkaanse vrouwen roken en drinken bijna niet. Zij doen bijna niet aan lichaamsbeweging en hebben ook snel overgewicht. Het overgewicht is bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen groter dan bij de Turkse en Marokkaanse mannen. Te veel eten in combinatie met te weinig lichamelijke activiteit is een belangrijke oorzaak van overgewicht (Leent-Loenen, Visscher & Gommer, 2008). Volgens Spee (2006) kan de slechte gezondheidstoestand van allochtone ouderen onder andere veroorzaakt worden door ongezonde leefgewoonten, slechte woon- en werkomstandigheden of door de minder (goede) zorg die zij ontvangen.

In dit onderzoek wordt niet gekeken naar de leefgewoonten van Suryoye ouderen. Er wordt alleen gekeken naar het verband tussen overgewicht en psychosociaal welbevinden. Verwacht wordt dat er een negatieve samenhang bestaat tussen overgewicht en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

## **2.5 Interventies**

Er bestaan verschillende voorlichtingscursussen voor allochtonen om beter om te kunnen gaan met gevoelens van eenzaamheid en depressie, zoals de cursus ‘Gezond Oud Worden’ van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering. Dit is een cursus voor allochtone ouderen in de eigen taal. Voorbeelden van thema’s zijn: beweging, huisartsbezoek en psychosomatische klachten (NIGZ, 2002).

De cursus ‘Gezond en Vitaal’ is een bewegingscursus gecombineerd met voorlichting voor ouderen aangepast aan Turkse ouderen (Reijneveld, Westhoff & Hopmann-Rock, 2003).

Om beter om te kunnen gaan met depressieve klachten is de cursus ‘Lichte dagen, donkere dagen’ ontwikkeld door het Trimbos Instituut. De cursus ‘lichte dagen, donkere dagen’ is een cursus in de eigen taal voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Het doel van deze cursus is inzicht te verschaffen in de relatie tussen psychische en lichamelijke klachten en de mogelijke (migratiegebonden) oorzaken daarvan (NIGZ, 2003). Dit om allochtonen zelf te helpen hun depressiviteit te overwinnen. Dit gebeurt door het aanleren van vaardigheden

om de negatieve spiraal van depressieve klachten te doorbreken en daarmee verergering van de klachten te voorkomen (Trimbos Instituut, 2003).

Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van deze interventies. Als interventies met onderzoek worden begeleid, richten de uitkomstmaten zich meestal op verandering in kennis en opvattingen en in mindere mate op gedrag of de gezondheid van de interventiegroep (Van Haastrecht & Verweij, 2005).

Om aanknopingspunten te vinden voor interventies gericht op het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen, is het van belang meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van het probleem, en de factoren die hierop (zowel positief als negatief) van invloed zijn.

## **2.6 Onderzoeksvragen**

Uit de literatuur blijkt dat verschillende factoren, zoals taalvaardigheid, de mate van integratie, sociale contacten/steun, etc. van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van ouderen. In dit onderzoek staan de Suryoye ouderen in Twente centraal. Aangezien er weinig bekend is over deze groep ouderen is de Universiteit Twente samen met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Regio Twente een onderzoek gestart naar het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen in Twente.

Dit onderzoek heeft tot doel meer inzicht te krijgen in het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen en de mogelijke factoren die hierop van invloed zijn. Daarnaast wordt getracht meer inzicht te krijgen in de behoeften en wensen van deze ouderen met betrekking tot ouderenvoorzieningen. De eerste onderzoeksvraag die centraal staat in dit onderzoek luidt:

*“Hoe is het gesteld met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen?”*

Deze vraag bestaat uit een aantal subvragen, namelijk:

- a. Hoe beleven Suryoye ouderen het ouder worden en waar wijken ze daarin af van autochtone ouderen?
- b. In welke mate komen ernstige eenzaamheid en gevoelens van depressie bij Suryoye ouderen voor?
- c. Hoe is de ‘geluksbeleving’ van Suryoye ouderen?

De tweede onderzoeksvraag luidt:

*“In hoeverre spelen de onderstaande factoren een rol bij het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen?”*

- a. demografische gegevens
- b. de beheersing van de Nederlandse taal;
- c. de mate van intergratie en de wens om terug te keren naar het land van herkomst;
- d. contact met familie en vrienden; het hebben van kinderen en intergenerationele steun;
- e. religie en de mate waarin men controle over gezondheid bij God legt;
- f. vaardigheden op het gebied van proactieve coping;
- g. leefstijl

De laatste onderzoeksvraag luidt:

*“Aan welke interventies bestaat behoefte teneinde het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen te verbeteren?”*



### **3. Onderzoeksmethode**

#### **3.1 Respondenten**

Aan 122 Suryoye ouderen in Hengelo en omgeving is gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Van de 122 ondervraagden hebben 118 deelgenomen aan dit onderzoek, hetgeen neerkomt op een responsrate van 96.7%. Twee mensen wilden de vragenlijsten wel invullen, maar hadden het heel erg druk. De andere twee personen wilden liever niet deelnemen aan dit onderzoek. In totaal hebben 61 (51.7%) vrouwen en 57 (48.3%) mannen deelgenomen aan dit onderzoek. De gemiddelde respondent was 61.9 jaar oud (range = 50-86jaar).

#### **3.2 Procedure**

Gedurende 3 maanden (december, januari en februari) zijn vragenlijsten afgenomen bij 118 zelfstandig wonende Suryoye ouderen (50+) in Twente. De meeste respondenten zijn persoonlijk benaderd via kerken, bijeenkomsten en de Syrisch-orthodoxe telefoongids. Dit omdat de meeste Suryoye ouderen analfabeet zijn en/of de Nederlandse taal niet goed beheersen. Naast deze aanpak is ook gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode. Op deze manier is getracht ook in contact te komen met minder makkelijk bereikbare respondenten. Bij ouderen die niet mobiel waren is een afspraak thuis gemaakt. De vragenlijsten zijn persoonlijk afgenomen bij analfabete ouderen. De afname vond bij de mensen thuis plaats, waarbij zoveel mogelijk gebruik werd gemaakt van rustige ruimtes, zodat de respondenten niet (of nauwelijks) konden worden afgeleid. Suryoye ouderen die geen moeite hadden met de Nederlandse taal en goed konden lezen en schrijven kregen de vragenlijsten mee. Bij het inleveren van de vragenlijsten werd aan de respondenten gevraagd of ze moeite hadden met het invullen van de vragenlijsten en of ze de vragen goed hadden begrepen. Dit omdat de meeste Suryoye ouderen nog nooit eerder een vragenlijst hadden ingevuld. Alle respondenten kregen van te voren een korte uitleg over het onderzoek, de verwerking van de verzamelde data en de waarborging van de anonimiteit.

#### **3.3 Meetinstrumenten**

Voorafgaand aan het huidige onderzoek werd een pretest gehouden onder twee Suryoye ouderen (1 man en 1 vrouw). De uiteindelijke vragenlijst bevat vragen over de volgende onderwerpen:

*Afhankelijke variabele: ouderdomsbeleving (BOWS) en SELE*

De beleving van het ouder worden is gemeten met de Beleving van het Ouder Worden Schaal (Steверink, Bode, Westerhof, Dittmann-Kohli, 1999). Deze vragenlijst bestaat uit 12 items verdeeld over 3 subschalen, namelijk: fysiek verlies, sociaal verlies en voortgezette groei. Zowel de totale schaal ( $\alpha = 0.75$ ) als de subschalen fysiek verlies ( $\alpha = 0.67$ ), sociaal verlies ( $\alpha = 0.71$ ) en voortgezette groei ( $\alpha = 0.71$ ) bleken voldoende intern consistent te zijn.

De BOWS bestaat uit een 4-punts antwoordformaat: “Helemaal niet waar”, “Grotendeels niet waar”, “Grotendeels waar” en “Helemaal waar”. De scores voor de items van de subschalen zijn zo gecodeerd dat de antwoordcategorie “helemaal niet waar” een 0 krijgt en “helemaal waar” een 3. De subschaalscore wordt berekend door de afzonderlijke scores bij elkaar op te tellen, waarbij de respondent voor elke subschaal maximaal 12 punten kan krijgen (0-12). Voor het berekenen van de gehele schaalscore worden eerst de scores van de subschalen “fysiek verlies” en “sociaal verlies” gehercodeerd, waarbij de antwoordcategorie “helemaal waar” een 3 krijgt en de categorie “helemaal niet waar” een 0. Vervolgens worden de scores van alle items (0-36) bij elkaar opgeteld, waarbij de laagste score duidt op een zeer negatieve beleving van het ouder worden en de hoogste score op een zeer positieve beleving van het ouder worden (Steверink et al., 1999). Enkele voorbeelden van items uit de BOWS zijn: “Ouder worden betekent voor mij: dat mijn gezondheidstoestand slechter wordt” (fysiek verlies), “...dat ik niet meer zo nodig ben voor anderen” (sociaal verlies) of “...dat ik veel ideeën kan blijven realiseren (voortgezette groei).

Naast de BOWS zijn twee vragen meegenomen uit het SELE (Selbst und Leben) –instrument: “Wat me aan het ouder worden bevalt...” en “Wat me aan het ouder worden niet bevalt...”. Het SELE-instrument is een zinaanvultest die mensen antwoorden ontlokt over zichzelf (Westerhof, 2003). Bij beide vragen zijn alleen de eerste antwoorden meegenomen. Deze zijn onderverdeeld in 6 categorieën: fysiek, sociaal, psychologisch, algemeen, ontkenning en weet niet. Eén extra categorie is toegevoegd, namelijk drukte en veel huishoudelijk werk.

*Afhankelijke variabele: eenzaamheidsgevoelens*

Gevoelens van eenzaamheid zijn gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong- Gierveld (De Jong- Gierveld & Kamphuis, 1985). Deze eenzaamheidsschaal ( $\alpha = 0.86$ ) bestaat uit 11 items die verdeeld worden over twee subschalen, namelijk een emotionele eenzaamheidsschaal ( $\alpha = 0.81$ ) en een sociale eenzaamheidsschaal ( $\alpha = 0.74$ ). Deze vragenlijst bevat 3 antwoordmogelijkheden: ‘Ja’, ‘Min of meer’ en ‘Nee’. Voorbeelden van items zijn: “

Ik mis mensen om mij heen” of “ Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht”. De emotionele eenzaamheidsscore is berekend door het aantal neutrale en positieve antwoorden (“ min of meer” en “ja”) op de items bij elkaar op te tellen (scores lopen van 0-10). De sociale eenzaamheidsscore is berekend door het aantal neutrale en negatieve antwoorden (“ min of meer “ en “ nee” ) bij elkaar op te tellen (score range 0-10). Ten slotte is de totale eenzaamheidsscore berekend als de optelling van de emotionele eenzaamheidsscore en de sociale eenzaamheidsscore, waarbij een score van 0 duidt op geen eenzaamheid en een score van 11 op zeer sterke eenzaamheid. Voor de totale eenzaamheidschaal is een betrouwbaarheidscoëfficiënt gevonden van 0.86. De totale eenzaamheidsscore is ingedeeld naar 4 niveaus, namelijk: niet eenzaam (score 0-2), matige eenzaamheid (score 3-8), sterke eenzaamheid (score 9-10) en zeer sterke eenzaamheid (score 11).

*Afhankelijke variabele: psychische ongezondheid*

Psychische (on)gezondheid is gemeten met de Mental Health Inventory (Ware & Sherbourne, 1992). De MHI-5 is onderdeel van de SF-36 die de algemene kwaliteit van leven meet. Deze vragenlijst bestaat uit 5 items die beantwoord kunnen worden met: “Altijd”, “Meestal”, “Vaak”, “Soms”, “Zelden”, of “Nooit”. De scores voor de items zijn zo gecodeerd dat de antwoordcategorie “Altijd” een 6 krijgt en “Nooit” een 1. Voorbeelden van items zijn: “Hoe vaak in de afgelopen vier weken voelde u zich somber en neerslachtig?” of “Hoe vaak in de afgelopen vier weken was u een gelukkig mens?”. Vóór het berekenen van de schaalscores zijn item 3 en item 5 gehercodeerd. Vervolgens zijn de scores op de items gesommeerd en getransformeerd naar een schaal van 0 (zeer ongezond) tot 100 (perfect gezond). Voor de transformatie van de ruwe schaalscores naar een 100-puntsschaal is de volgende formule gehanteerd:  $(\text{ruwe schaalscore} - \text{minimum ruwe schaalscores} / \text{scorerange}) * 100$ . Bij een score van meer dan 60 wordt de respondent gekwalificeerd als “gezond”, en bij een score van 60 of minder als “ongezond” (Perenboom, Oudshoorn, Van Herten, Hoeymans, & Bijl, 2000). Deze vragenlijst blijkt zeer betrouwbaar ( $\alpha=0.83$ ) en is ook gebruikt in het ouderenonderzoek van de GGD (Haitsma & Visser, 2006).

*Afhankelijke variabele: geluksbeleving*

Geluksbeleving is gemeten met de Mental Health Continuüm- Short Form (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger & van Rooy, 2008). De MHC-SF is een maat voor de positieve geestelijke gezondheid en meet 3 dimensies, namelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Zowel de totale schaal ( $\alpha=0.86$ ) als de subschalen emotioneel welbevinden ( $\alpha=$

0.87), sociaal welbevinden ( $\alpha=0.70$ ) en psychologisch welbevinden ( $\alpha=0.77$ ) blijken voldoende intern consistent. De MHC-SF bestaat uit 14 items en een 6-punts antwoordformaat. De oorspronkelijke antwoordcategorieën ("Nooit", "Eén of twee keer per maand", "Ongeveer één keer per week", "Eén tot twee keer per week", "Bijna elke dag", en "Elke dag") zijn vervangen door "Nooit", "1 of 2 keer", "Soms", "Regelmatig", "Bijna elke dag" en "Elke dag". Voorbeelden van items uit de MHC-SF zijn: "In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?", ".....dat mensen in principe goed zijn?" of ".....dat uw leven een richting of zin heeft?" Het instrument levert een score voor elke subschaal en een score voor geestelijke gezondheid op de totale score. De totaalscores kunnen ook ingedeeld worden in slechte geestelijke gezondheid (languishing), matige (moderate mental health) en goede geestelijke gezondheid (flourishing). In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar de scores op de drie subschalen.

#### *Onafhankelijke variabelen: taalvaardigheid*

De beheersing van de Nederlandse taal is gemeten met 3 vragen die ook gebruikt zijn in het van Schellingerhout (2004) De eerste vraag luidt: "Als iemand in het Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?" De respondent kan antwoorden met "ja, vaak/altijd; ja, soms; nee, nooit". Op de tweede vraag "Hebt u wel eens moeite om Nederlands te spreken" kunnen respondenten antwoorden met "ja, vaak moeite/sprekt geen Nederlands; ja, soms; nee, nooit moeite". Op de derde vraag "Hebt u bij het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?" kunnen respondenten antwoorden met "ja, vaak moeite; ja, soms; nee, nooit moeite". Voor het berekenen van de totale score is de eerste item omgeschaald. De schaal loopt van 1-3, waarbij 1 staat voor een slechte beheersing van de Nederlandse taal en 3 voor een goede beheersing van de Nederlandse taal.

#### *Mate van integratie*

De mate van integratie is gemeten met de acculturatieschaal van Serrano en Anderson (2003). Deze vragenlijst bestaat oorspronkelijk uit 12 vragen, maar voor dit onderzoek zijn alleen die vragen meegenomen die relevant zijn voor dit onderzoek. De respondenten kunnen antwoorden met "Alleen Suryoyo; Meer Suryoyo dan Nederlands; Net zoveel Suryoyo als Nederlands; Meer Nederlands dan Suryoyo; Alleen Nederlands". Aan elke vraag is een score toegekend van 1-5. De totale score wordt berekend door alle scores bij elkaar op te tellen,

waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van integratie. Voor deze schaal is een betrouwbaarheidscoëfficiënt gevonden van 0.88.

### *Terugkeerwens*

Om de terugkeerwens naar land van herkomst te meten zijn twee single items gebruikt uit het afstudeeronderzoek van Dijkstra (2006): “Toen ik naar Nederland kwam was ik van plan ooit terug te keren naar ( land van herkomst)” en “Ik ben nog steeds van plan om te gaan wonen in (land van herkomst)”. De respondenten kunnen antwoorden met “ja” of “nee”.

### *Contact met familie en vrienden*

Om vast te kunnen stellen hoeveel contact de respondenten hebben met hun familie en vrienden is een combinatie van verschillende vragen uit verschillende onderzoeken gebruikt (Dijkstra, 2006; Haitsma & Visser, 2006; Cohen & Wills, 1985). Enkele voorbeeldvragen zijn “Hoe vaak heeft u contact met uitwonende kinderen of andere familieleden?” of “Hoe vaak heeft u contact met vrienden en kennissen”. Voor het vaststellen van intergenerationele steun ( $\alpha = 0.77$ ) zijn vragen gesteld als “Mijn kinderen geven mij goede adviezen, wanneer dat nodig is”, “Mijn kinderen helpen mij met praktische zaken als dat nodig is”, “Mijn kinderen laten mij merken, dat ze van mij houden”, “Mijn kinderen zijn er voor me, als ik troost of medeleven nodig heb” en “Mijn kinderen gehoorzamen mij”. De respondenten kunnen antwoorden met “nooit”; “soms”; “meestal”; en “altijd”. De scores voor de items zijn zo gecodeerd dat de antwoordcategorie “nooit” een 0 krijgt en “altijd” een 3. Deze vragen meten verschillende soorten steun: informele steun, emotionele steun, instrumentele steun en appraisal (Cohen & Wills, 1985). De scores zijn zo gecodeerd dat een hoge score duidt op meer steun en meer contact met familie en vrienden.

### *Religie*

Aan de respondenten is gevraagd of ze een geloofsovertuiging hebben, of ze de kerk bezoeken en hoe vaak ze de kerk bezoeken. Het aantal kerkbezoeken is zo gecodeerd dat een hoge score duidt op meer kerkbezoeken. Twee open vragen zijn toegevoegd om de interne en externe locus of control te meten. Uit de pretest bleek de God Locus of Health Control (Wallston, 1999) geen geschikt instrument te zijn voor dit onderzoek. De GLHC is ontwikkelt om vast te kunnen stellen in welke mate een individu ervan overtuigd is dat zijn gezondheidstoestand wordt gecontroleerd door God. Volgens de twee respondenten uit de pretest waren de vragen zo geformuleerd dat God op een zeer negatieve manier werd neergezet. Aangezien religie een

belangrijke rol speelt bij Suryoye ouderen is de GHLC vervangen door twee open vragen, namelijk: “Wanneer je ziek wordt, wie of wat heeft invloed op je gezondheid?” en “Wie of wat heeft invloed op of je wel of niet ziek wordt?” Respondenten kunnen meerdere antwoorden geven, alleen zal het eerste antwoord meegenomen in dit onderzoek.

### *Leefstijl*

In dit onderzoek is niet gekeken naar de leefgewoonten van Suryoye ouderen, maar naar hun Body Mass Index. Dit om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen overgewicht en psychosociaal welbevinden. Elke respondent is gevraagd naar zijn lengte en gewicht. Met de Body Mass Index (BMI) is vervolgens berekend of het gewicht in balans was met de lengte. Deze is berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in het kwadraat. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht (Voedingscentrum, 2009).

De indeling van de BMI bij volwassenen ziet er als volgt uit:

<u>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</u>	<u>Classificatie</u>
<18,5	Ondergewicht
18,5-24,9	Normaal gewicht
25-29,9	Overgewicht
<u>30 en hoger</u>	<u>Obesitas</u>

Boven de 70 jaar is de relatie tussen de BMI en de gezondheid minder duidelijk. Voor sommige groepen, zoals Aziaten en Hindoestanen, gelden andere grenswaarden, i.v.m. een andere lichaamsbouw. Over deze grenswaarden is nog discussie, omdat er nog te weinig gegevens zijn om bij ouderen precies vast te kunnen stellen wanneer de gezondheidsrisico's beduidend toenemen. Duidelijk is wel dat bij deze bevolkingsgroepen al bij lagere waarden sprake is van een verhoogd risico (Voedingscentrum, 2009).

### *Interventie*

Tot slot is aan respondenten gevraagd of ze tevreden zijn met de zorg die hen aangeboden wordt. De respondent kan antwoorden met “ja”; “nee” en “niet van toepassing”. Daarnaast zijn twee open vragen gesteld: “Op welke manieren denkt u dat zorginstellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. psychische en sociale problemen?” en “Op welke

manier denkt u dat zorginstellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen?”

### **3.4 Analyse**

Om de verzamelde data te analyseren is gebruik gemaakt van het statistische programma SPSS 16. Voor het berekenen van de demografische gegevens, de eerste en derde onderzoeksvraag, zijn kruistabellen en frequentieanalyses uitgevoerd om o.a. de percentages, de gemiddelden en standaarddeviaties te kunnen berekenen.

De onderzoeksresultaten van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen zijn vergeleken met de resultaten van andere ouderenonderzoeken, zoals de “Dutch Aging Survey” van Westerhof (2003), het onderzoek van Bode et al., (2007), het Twentse ouderenonderzoek van de GGD (Haitsma & Visser, 2006) en het onderzoek van Westerhof en Keyes (2008). Aangezien in deze onderzoeken dezelfde vragenlijsten zijn gebruikt kan een vergelijking worden gemaakt tussen de groepen. Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de chi-kwadraat toets en de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven.

Voor het berekenen van de tweede onderzoeksvraag is een normale verdelingstoets uitgevoerd om een keuze te kunnen maken uit de Pearson- of de Spearman Correlatie- analyse. De Spearman Correlatie-analyse is gebruikt om de samenhang te berekenen tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen. Tenslotte is een lineaire regressie analyse uitgevoerd om na te gaan in hoeverre deze onafhankelijke variabelen gezamenlijk de afhankelijke variabelen kunnen verklaren.

## 4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven. Allereerst wordt in paragraaf 4.1 een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen behandeld, waarbij de onderzoeksresultaten worden vergeleken met andere ouderenonderzoeken. In paragraaf 4.3 wordt de samenhang berekend tussen de afhankelijke variabelen (ouderdomsbeleving, eenzaamheid, psychische ongezondheid en geluksbeleving) en de onafhankelijke variabelen (leeftijd, taalvaardigheid, integratie, terugkeerwens (toen en nu), contact met familie/ vrienden en intergenerationele steun, kerkbezoek, proactieve copingvaardigheden en BMI). Met regressieanalyses wordt gekeken in hoeverre de afhankelijke variabelen gezamenlijk het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen kunnen voorspellen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met wensen en behoeften van Suryoye ouderen op het gebied van psychische, sociale en lichamelijke problemen.

### 4.1 Achtergrondvariabelen

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de achtergrondvariabelen van de respondenten. Uit de tabel valt af te lezen dat de meeste Suryoye ouderen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek afkomstig zijn uit Turkije ( $\chi^2=1.29$ ,  $p>0.05$ ). De ruime meerderheid is getrouwd ( $\chi^2=12.48$ ,  $p<0.01$ ) en heeft kinderen ( $\chi^2= 0.94$ ,  $p>0.05$ ). Ongeveer driekwart (73%) van de Suryoye ouderen heeft kinderen thuis en/of in Twente wonen en 27% heeft kinderen elders in Nederland en/of in het buitenland wonen ( $\chi^2=7.48$ ,  $p>0.05$ ).

Het opleidingsniveau van deze ouderen is erg laag. Zo heeft 81% van de Suryoye ouderen geen enkele opleiding gevolgd en heeft slechts 7% de lagere school afgerond. Wat opleiding betreft zien we duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. 80% van de Suryoye mannen t.o.v. 92% van de Suryoye vrouwen heeft geen opleiding genoten ( $\chi^2=12.05$ ,  $p<0.05$ ).

Ook de arbeidsdeelname van Suryoye ouderen is laag. Slechts 22% van de Suryoye ouderen geeft aan een betaalde baan te hebben ( $\chi^2=61.98$ ,  $p<0.01$ ); 40% van de mannen t.o.v. 5% van de vrouwen. Van de 50-64 jarigen heeft slechts 33% een betaalde baan, 15% is werkloos en 40% is huisvrouw/man ( $\chi^2=58.90$ ,  $p\leq 0.01$ ).

Een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen heeft een laag netto maandinkomen; 39% geeft aan op de uitgaven te moeten letten en 32% heeft moeite om rond te komen met het inkomen ( $\chi^2=0.09$ ,  $p>0.05$ ).

Over het algemeen kan gesteld worden dat de sociaal-economische positie van de Suryoye ouderen vrij laag is.



Tabel 3 Overzicht van de achtergrondvariabelen van Suryoye ouderen.

		Man (n=57)	Vrouw (n=61)	Totaal (n=118)
<i>Leeftijd</i>	Minimum	50	50	50
	Maximum	86	83	86
	Gemiddeld	61.5	62.2	61.9
	50-64	49.3%	50.7%	100%
	65+	46.5%	53.5%	100%
<i>Aantal jaren in Nederland</i>	Minimum	3.0	39.0	39.0
	Maximum	0.5	35.0	0.5
	Gemiddeld	25.2	25.3	25.3
<i>Kinderen</i>	Hebben van kinderen	100%	98.4%	99.2%
	Gem. aantal meisjes	3.1	2.3	3.0
	Gem. aantal jongens	3.0	3.2	3.1
<i>Waar wonen de kinderen</i>	Thuis en/of Twente	70.2%	75.0%	72.7%
	NL en/of Buitenland	25.0%	25.0%	27.4%
<i>Steun</i>	Gem. verkregen steun (0-3)	2.2	2.3	2.3
<i>Geloofsovertuiging</i>	Syrisch-orthodox	100.0%	100.0%	100.0%
<i>Geboorteland</i>	Turkije	77.2%	82.0%	79.7%
	Syrië	21.1%	18.0%	19.5%
	Libanon	1.8%	0.0%	0.8%
<i>Burgerlijke staat</i>	Gehuwd	100.0%	80.3%	89.8%
	Gescheiden	0.0%	3.3%	1.7%
	Weduwe/weduwenaar	0.0%	16.4%	8.5%
<i>Opleiding</i>	Geen opleiding	70.2%	91.8%	81.4%
	Basisschool	8.3%	4.9%	6.8 %
	Mavo	5.3%	1.6%	3.4%
	MBO	7.0%	0.0%	3.4%
	HBO	1.8%	1.6%	1.7%
	Onbekend:opleiding(en)	7.0%	0.0%	3.4 %
<i>Huidige situatie</i>	Betaald werk	40.4%	4.9%	22.0%
	Ziektewet/WAO	10.5%	3.3%	6.8%
	Gepensioneerd	26.3%	19.7%	22.9 %
	Werkloos	19.3%	3.3%	11.0%
	Huisvrouw/man	1.8%	67.2%	35.6 %
	In opleiding/bijtscholing	1.8%	1.6%	1.7%
<i>Moeite inkomen</i>	Geen moeite	19.3%	19.7%	19.5%
	Geen moeite, opletten	38.6%	39.3%	39.0%
	Enige moeite	33.3%	31.1%	32.2%
	Grote moeite	8.8%	9.8%	9.3%
<i>Netto maandinkomen</i>	< 850	10.5%	18.0%	14.4%
	851-1.150	38.6%	34.4%	36.4%
	1.151-1.750	35.1%	26.2%	30.5 %
	1.751-3.050	1.8%	3.3%	2.5%
	3.051-3.500	0.0%	0.0%	0.0%
	3.501 of meer	1.8%	0.0%	0.8%
	Wil niet zeggen	12.3%	18.0%	15.3%

### 4.1.1 Mate van integratie

Tabel 4 geeft een overzicht van de mate van integratie van Suryoye ouderen in Twente. Uit de tabel blijkt dat op een schaal van 1 tot 5 het gemiddelde voor de mate van integratie 1.8 is (1=lage mate van integratie, 5=hoge mate van integratie). Suryoye ouderen zijn dus slecht geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. De mate van integratie is veel slechter onder de 65-plussers, dan onder de 50-65 jarigen. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

De gemiddelde score op de Nederlandse taalvaardigheid is 2.0. Suryoye ouderen kunnen zich ‘middelmatig’ redden in het Nederlands. De beheersing van het Nederlands is duidelijk slechter onder de Suryoye vrouwen en de 65-plussers. De 65-plussers zitten zelfs onder de aanduiding van een ‘matige’ beheersing van het Nederlands aan. Wat wil zeggen dat de Suryoye 65-plussers zich niet kunnen redden in het Nederlands en dat ze in dit opzicht afhankelijk zijn van anderen.

Wat de terugkeerwens betreft is te zien dat slechts een minderheid van de Suryoye ouderen terug wilt naar het land van herkomst. De meeste Suryoye ouderen willen het liefst voorgoed in Nederland blijven. Er zijn geen significante verschillen in terugkeerwens tussen de twee leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen.

Tabel 4 Mate van integratie.

	Mannen (56)		Vrouwen (61)		Totaal (n=116)
	50-65 jr (n=36) gem.	≥65 jr (n=20) gem.	50-65 jr (n=38) gem.	≥65 jr (n=23) gem.	
Integratie ((Serrano & Davidson, 2003) 1-5) <sup>a</sup>	2.0	1.4	2.0	1.5	1.8
Taalvaardigheid (1-3) <sup>1</sup>	2.4	1.6	2.1	1.5	2.0
Terugkeerwens toen (1-2) <sup>2</sup>	1.2	1.2	1.3	1.1	1.2
Terugkeerwens nu (1-2) <sup>3</sup>	1.1	1.3	1.2	1.1	1.1

<sup>a</sup> GLM Geslacht  $F(1,112)=0.15$ ,  $p=n.s.$ ; Leeftijd  $F(1,112)=23.39$ ,  $p\leq 0.01$ ; Geen interactie effect  $F(1,112)=0.20$ ,  $p=n.s.$

<sup>1</sup> GLM Geslacht  $F(1,111)=4.08$ ,  $p\leq 0.05$ ; Leeftijd  $F(1,111)=49.87$ ,  $p\leq 0.01$ ; Geen interactie effect  $F(1,111)=1.49$ ,  $p=n.s.$

<sup>2</sup> GLM Geslacht  $F(1,113)=0.03$ ,  $p=n.s.$ ; Leeftijd  $F(1,113)=0.42$ ,  $p=n.s.$ ; Geen interactie effect  $F(1,113)=1.16$ ,  $p=n.s.$

<sup>3</sup> GLM Geslacht  $F(1,113)=0.39$ ,  $p=n.s.$ ; Leeftijd  $F(1,113)=0.50$ ,  $p=n.s.$ ; Geen interactie effect  $F(1,113)=3.42$ ,  $p=n.s.$

### 4.1.2 Mate van sociale participatie

Onder de mate van sociale participatie vallen de sociale contacten, zoals contact met uitwonende kinderen en familieleden, en contact met vrienden en kennissen. Daarnaast wordt ook het aantal bezoeken dat Suryoye ouderen aan de kerk brengen gerekend tot de mate van participatie. Tabel 5 geeft een overzicht van de contacten die Suryoye ouderen hebben met hun familie en vrienden.

Tabel 5 Sociale contacten.

	Mannen (55)		Vrouwen (60)		Totaal (n=115) gem.
	50-65jr (n=36) gem.	≥65 jr (n=19) gem.	50-65 jr (n=37) gem.	≥65 jr (n=23) gem.	
Contact met uitwonende kinderen en familie (0-5) <sup>1</sup>	4.5	4.4	4.6	4.6	4.5
Contact met vrienden en kennissen (0-5) <sup>2</sup>	4.4	4.3	4.3	4.5	4.4

<sup>1</sup> GLM Geslacht  $F(1,111)=1.23$ ,  $p=n.s.$ ; Leeftijd  $F(1,113)=0.48$ ,  $p=n.s.$ ; Geen interactie effect  $F(1,111)=0.02$ ,  $p=n.s.$

<sup>2</sup> GLM Geslacht  $F(1,111)=0.00$ ,  $p=n.s.$ ; Leeftijd  $F(1,113)=0.06$ ,  $p=n.s.$ ; Geen interactie effect  $F(1,111)=1,10$ ,  $p=n.s.$

Wat de sociale contacten betreft is te zien dat op een schaal van 0 tot 5 het gemiddelde 4.5 is. Suryoye ouderen hebben vrijwel dagelijks tot wekelijks contact met hun uitwonende kinderen en andere familieleden. Dit geldt ook voor de contacten die zij hebben met hun vrienden en kennissen. Er worden geen significante verschillen gevonden in sociale contacten tussen mannen en vrouwen en tussen de twee leeftijdsgroepen.

Tabel 6 Overzicht van het aantal kerkbezoeken.

	Leeftijd		Geslacht		Totaal (n=116) %
	50-65 jr (n=73) %	≥65 jr (n=43) %	Man (n=57) %	Vrouw (n=59) %	
Nee	2.7	0.0	1.8	1.7	1.7
Alleen voor hostie	0.0	2.3	0.0	1.6	0.8
1-2 keer per maand	5.5	0.0	3.5	3.4	3.4
1 keer per week	42.5	18.6	26.3	40.7	33.1
1-2 keer per week	37.0	37.2	36.8	37.3	36.4
3-4 keer per week	6.8	7.0	8.8	5.1	6.8
5-6 keer per week	1.4	9.3	7.0	1.7	4.2
Dagelijks	4.1	25.6	15.8	8.5	11.9

<sup>1</sup> Leeftijd  $\chi^2=24.10$ ,  $df=7$ ,  $p<0.01$ ; Geslacht  $\chi^2=6.51$ ,  $df=7$ ,  $p=n.s.$

Uit tabel 6 blijkt dat driekwart van de Suryoye ouderen 1 tot 2 maal per week de kerk bezoekt. Bij het aantal dagelijkse kerkbezoeken zijn duidelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Het percentage dagelijkse kerkbezoeken is vele malen hoger onder de 65-plussers. Dit zou kunnen betekenen dat de kerk bij de 65-plussers een erg belangrijke plaats inneemt. Geen significante verschillen zijn gevonden tussen mannen en vrouwen.

#### 4.1.3 Opvattingen over ziekte en gezondheid en locus of control

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de opvattingen die Suryoye ouderen hebben m.b.t. ziekte en gezondheid. Daarnaast wordt gekeken naar de locus of control. Met dit concept wordt de mate bedoeld waarin iemand de oorzaken van wat hem/haar overkomt bij zichzelf of juist buiten zichzelf zoekt. Iemand met een *interne locus of control* gelooft dat

hij/zij zelf zijn eigen leven bepaalt. Iemand met een *externe locus of control* gelooft dat zijn leven bepaald wordt door zijn omgeving, andere mensen of een hogere macht (Rotter, 1966).

Tabel 7a Opvattingen over ziekte en gezondheid.

	Leeftijd		Geslacht		Totaal (n=118) %
	50-65 jr (n=75) %	≥65 jr (n=43) %	Man (n=57) %	Vrouw (n=61) %	
<sup>a</sup> <i>Als je ziek bent...</i>					
Niemand	2.7	0.0	1.8	1.6	1.7
Ikzelf	6.7	4.7	7.0	4.9	5.9
Arts (medicijnen)	16.0	7.0	12.3	13.1	12.7
Omgeving (partner, kinderen, kennissen)	44.0	48.8	42.1	49.2	45.8
Het weer	5.3	2.3	3.5	4.9	4.2
God	5.3	4.7	1.8	8.2	5.1
Werk	1.3	0.0	1.8	0.0	0.8
Lichamelijke klachten (hart, knie, suiker)	1.3	7.0	5.3	1.6	3.4
Geen idee	0.0	2.3	1.8	0.0	0.8
NVT/leeg	17.3	23.3	22.8	16.4	19.5

<sup>a</sup> Als je ziek bent wie of wat heeft dan veel invloed op je gezondheid?

<sup>1</sup> Leeftijd  $\chi^2=9.21$ ,  $df=9$ ,  $p=n.s.$ ; Geslacht  $\chi^2=7.01$ ,  $df=9$ ,  $p=n.s.$

<sup>a</sup> <i>Wie of wat...</i>					
Niemand	4.0	4.7	7.0	1.6	4.2
Ouderdom	1.3	4.7	1.8	3.3	2.5
Ikzelf	10.7	18.6	14.0	13.1	13.6
Arts (medicijnen)	1.3	0.0	0.0	1.6	0.8
Erfelijkheid	2.7	0.0	1.8	1.6	1.7
Omgeving	14.7	16.3	15.8	14.8	15.3
Stress	18.7	4.7	15.8	11.5	13.6
Zware lichamelijke werkzaamheden	2.7	0.0	1.8	1.6	1.7
Het weer	12.0	7.0	10.5	9.8	10.2
God (religie)	6.7	9.3	1.8	13.1	7.6
Geestelijke en lichamelijke klachten	4.0	2.3	3.5	3.3	3.4
Zwakke lichaam	1.3	0.0	0.0	1.6	0.8
Type eten	2.7	0.0	1.8	1.6	1.7
Eenzaamheid	0.0	2.3	0.0	1.6	0.8
Weet niet	0.0	7.0	3.5	1.6	2.5
NVT/leeg	17.3	23.3	21.1	18.0	19.5

<sup>a</sup> Wie of wat heeft veel invloed op of je wel of niet ziek wordt?

<sup>1</sup> Leeftijd  $\chi^2=19.70$ ,  $df=15$ ,  $p=n.s.$ ; Geslacht  $\chi^2=11.08$ ,  $df=15$ ,  $p=n.s.$

Bijna de helft (46%) van de Suryoye ouderen denkt dat wanneer ze ziek zijn hun omgeving invloed heeft op hun gezondheid. 13% verwacht dat de arts invloed heeft op hun gezondheid, 5% antwoordt God en slechts 6% van deze ouderen zegt zelf invloed te hebben op hun gezondheid.

Op de vraag “Wie of wat heeft veel invloed op of je wel of niet ziek wordt” antwoordt 15% de omgeving, 14% stress, 8% van de Suryoye ouderen zegt dat God invloed heeft op hun gezondheidstoestand en 14% zegt zelf invloed te hebben op hun gezondheidstoestand.

Opmerkelijk is dat 20% van deze Suryoye ouderen deze vraag niet heeft ingevuld.

Er worden geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen en tussen de twee leeftijdsgroepen.

Tabel 7b Interne-en externe locus of control.

	Leeftijd		Geslacht		Totaal (n=85) %
	50-65 jr (n=58) %	≥65 jr (n=27) %	Man (n=37) %	Vrouw (n=48) %	
<sup>a</sup> Als je ziek bent...					
Intern	13.8	11.1	10.8	14.6	12.9
Extern	86.2	88.9	89.2	85.4	87.1
<sup>a</sup> Als je ziek bent wie of wat heeft dan veel invloed op je gezondheid?					
<sup>1</sup> Leeftijd $\chi^2=0.12$ ; df=1; p=n.s.; Geslacht $\chi^2=0.26$ ; df=1; p=n.s.					
<sup>a</sup> Wie of wat...					
Intern	19.0	37.0	24.3	25.0	24.7
Extern	81.0	63.0	75.7	75.0	75.3

<sup>a</sup> Wie of wat heeft veel invloed op of je wel of niet ziek wordt?

<sup>1</sup> Leeftijd  $\chi^2=3.23$ ; df=1; p=n.s.; Geslacht  $\chi^2=0.00$ ; df=1; p=n.s.

In tabel 7b zijn de antwoordcategorieën ingedeeld in interne- en externe locus of control. Uit de tabel valt af te lezen dat een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen verwacht zelf absoluut geen invloed te hebben op hun gezondheidstoestand. Zij geloven dat hun gezondheidstoestand wordt bepaald door externen (omgeving, hogere macht of andere personen)

Er zijn geen significante verschillen gevonden in locus of control tussen de twee leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen.

#### 4.1.4 Proactieve coping vaardigheden

Tabel 8 geeft een overzicht van de schaalgemiddelden en standaarddeviaties van Suryoye ouderen op het gebied van proactieve coping. De 50-65 jarigen (Suryoye) blijken gemiddeld over meer proactieve copingvaardigheden te beschikken dan de Suryoye 65-plussers ( $t=2.85$ ,  $<0.01$ ). Zij zijn beter dan de 65-plussers in staat om realistische plannen te maken en hun eigen kansen en mogelijkheden in te zien ( $t=2.62$ ,  $p\leq 0.01$ ). Ook blijken de 50-65 jarigen beter in staat om toekomstige ontwikkelingen in te schatten of bijv. de eerste tekenen te herkennen wanneer iets fout dreigt te gaan ( $t=3.81$ ,  $p<0.01$ ). Er worden geen significante verschillen

gevonden tussen mannen en vrouwen ( $t=0.36$ ,  $p>0.05$ ) en tussen Suryoye en autochtonen ( $t=0$ ,  $p>0.05$ ). Zowel Suryoye als autochtonen scoren gemiddeld 2.8 op een schaal van 1 tot 4. Wat wil zeggen dat beide groepen ouderen (redelijk) vaardig zijn op het gebied van proactieve coping.

Tabel 8 Schaalgemiddelden en standaarddeviaties van de proactieve copingvaardigheden voor Suryoye ouderen in Twente.

	Leeftijd		Geslacht		Suryoye (n=112) gem. (sd)	Autochtonen <sup>a</sup> (n=158) gem. (sd)
	50-65 jr (n=72)	≥65 jr (n=40)	Man (n=53)	Vrouw (n=59)		
	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)		
Realistische doelen <sup>1</sup>	2.9 (0.5)	2.7 (0.6)**	2.9 (0.5)	2.8 (0.5)	2.8 (0.5)	2.9 (0.4)
Gebruik van feedback	2.9 (0.5)	2.8 (0.6)	2.8 (0.6)	2.9 (0.5)	2.9 (0.5)	2.8 (0.5)
Inschatten toekomst	2.9 (0.6)	2.5 (0.6)**	2.8 (0.7)	2.6 (0.5)	2.7 (0.6)	2.8 (0.5)
Raadplegen bronnen	2.9 (0.5)	2.8 (0.5)	2.8 (0.5)	3.0 (0.4)	2.9 (0.5)	2.8 (0.5)
Gehele schaal	2.9 (0.4)	2.7 (0.5)**	2.9 (0.5)	2.8 (0.4)	2.8 (0.5)	2.8 (0.5)

<sup>a</sup> Gegevens zijn afkomstig van het onderzoek van Bode et al., (2007).

<sup>1</sup> Hoe hoger de score, hoe meer vaardigheden op het gebied van proactieve coping.

<sup>2</sup> Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de t-test (\*  $p<0.05$ ; \*\*  $p<0.01$ ).

#### 4.1.5 Body Mass Index

Om te bepalen of het gewicht van de Suryoye ouderen in balans is met hun lengte, is gebruik gemaakt van de Body Mass Index (gewicht/lengte<sup>2</sup>). Tabel 9 geeft een overzicht van de indeling van de BMI van Suryoye ouderen in Twente.

Tabel 9 Indeling van de Body Mass Index van Suryoye ouderen in Twente.

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Leeftijd		Geslacht (*)		Suryoye (n=117) %	Twente <sup>1</sup> (n=5.301) %
	50-65 jr (n=74)	≥65 jr (n=43)	Man (n=56)	Vrouw (n=61)		
	%	%	%	%		
Ondergewicht (BMI <25)	0.0	2.3	1.8	0.0	0.9	1
Normaal gewicht (BMI 18.5-24.9)	21.6	30.2	30.4	19.7	24.8	37
Overgewicht (BMI 25-29.9)	58.1	58.1	60.7	55.7	58.1	48
Obesitas (BMI ≥30)	20.3	9.3	7.1	24.6	16.2	15

<sup>1</sup> Gegevens zijn afkomstig van het ouderenonderzoek van GGD (Haitsma & Visser, 2006).

<sup>2</sup> Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de chi-square (\*  $p<0.05$ ; \*\*  $p<0.01$ ).

<sup>3</sup> Leeftijd  $\chi^2=4.55$ ,  $df=3$ ,  $p=n.s.$ ; Geslacht  $\chi^2=8.03$ ,  $df=3$ ,  $p<0.05$ ; Suryoye/Twente  $\chi^2=7.44$ ,  $df=3$ ,  $p=n.s.$

Uit tabel 9 blijkt dat bijna 75% van de Suryoye ouderen overgewicht heeft; 58% heeft matig overgewicht en 16% heeft zelfs ernstig overgewicht. Wat geslacht betreft zijn er duidelijke verschillen te zien tussen mannen en vrouwen ( $\chi^2=8.03$ ,  $p<0.05$ ). Zo hebben Suryoye mannen significant vaker overgewicht dan Suryoye vrouwen. Bij ernstig overgewicht is het omgekeerde te zien. Suryoye vrouwen hebben significant vaker ernstig overgewicht (obesitas) dan Suryoye mannen

Als we de Body Mass Index van de Suryoye ouderen vergelijken met die van de Twentse ouderen, dan zien we dat overgewicht onder Suryoye ouderen meer voorkomt, dan onder Twentse ouderen, maar dat deze verschillen niet significant zijn ( $\chi^2=7.44$ ,  $p>0.05$ ).

#### **4.1.6 Samenvatting onderzoeksgroep**

Samenvattend kan gesteld worden dat de sociaal-economische positie van Suryoye ouderen vrij laag is. Zij zijn laag opgeleid en hebben een laag inkomen. Ook zijn Suryoye ouderen over het algemeen slecht geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. De Nederlandse taalvaardigheid van deze ouderen is ‘middelmatic’. Wat wil zeggen dat zij zich net kunnen redden in het Nederlands. De beheersing van het Nederlands is echter slechter onder de 65-plussers. Zij kunnen zich niet redden in het Nederlands en zijn in dit opzicht afhankelijk van anderen.

De sociale contacten worden echter wel goed onderhouden. Zo hebben de meeste Suryoye ouderen bijna dagelijks tot wekelijks contact met hun familie en vrienden.

Ook de kerk lijkt een belangrijke plaats in te nemen bij de Suryoye ouderen. Dit geldt voornamelijk voor de 65-plussers; bijna driekwart van de Suryoye ouderen bezoekt de kerk 1 tot 2 keer in de week en een kwart van de 65-plussers bezoekt de kerk zelfs dagelijks.

Wat de gezondheidstoestand van deze ouderen betreft vermoedt een ruime meerderheid dat de omgeving invloed heeft op hun gezondheidstoestand. Opmerkelijk is dat slechts een minderheid van de Suryoye ouderen vermoedt dat hun gezondheidstoestand bepaald wordt door God.

Op het gebied van proactieve coping lijken Suryoye ouderen redelijk vaardig. De 50-65-jarigen lijken over het algemeen over meer proactieve copingvaardigheden te beschikken dan de Suryoye 65-plussers. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen Suryoye ouderen en autochtone ouderen.

Met behulp van lengte en gewicht is tenslotte de BMI van deze ouderen bepaald. De resultaten laten zien dat een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen overgewicht heeft. Slechts een kwart van de Suryoye ouderen heeft een gezond gewicht. Ook hier worden geen significante verschillen gevonden tussen Suryoye ouderen en Twentse ouderen.

#### **4.2 Het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe Suryoye ouderen het ouder worden beleven en of ze daarin afwijken van autochtone ouderen. Daarnaast zal gekeken worden in hoeverre ernstige eenzaamheid voorkomt bij deze ouderen. Aangezien mensen met een goede gezondheid zich

over het algemeen gelukkiger voelen en beter om kunnen gaan met problemen en/of ziekten zal ook gekeken worden hoe het is gesteld met de psychische gezondheid van Suryoye ouderen en hun geluksbeleving.

#### 4.2.1 Ouderdomsbeleving

Tabel 10 geeft een overzicht weer van de beleving van het ouder worden voor Suryoye en autochtone ouderen. De resultaten van de autochtone ouderen zijn afkomstig van de “Dutch Aging Survey” (Westerhof, 2003).

Tabel 10 Gemiddelde scores op de (subschalen van de) beleving van het ouder worden voor Suryoye ouderen in Twente.

	Leeftijd		Geslacht		Suryoye (n=111) gem. (sd)	Autochtonen (n=975) gem. (sd)
	50-65 jr (n=72) gem. (sd)	≥65 jr (n=40) gem. (sd)	Man (n=53) gem. (sd)	Vrouw (n=59) gem. (sd)		
Fysiek verlies (0-12) <sup>1</sup>	7.0 (2.3)	7.9 (1.6)*	6.9 (2.2)	7.8 (2.0)*	7.3 (2.1)	6.5 (2.5)**
Sociaal verlies (0-12)	3.6 (2.7)	4.2 (2.2)	3.2 (2.4)	4.3 (2.6)*	3.8 (2.5)	2.9 (2.3)**
Voortgezette groei (0-12)	6.3 (2.1)	4.7 (2.5)**	5.7 (2.2)	5.8 (2.6)	5.8 (2.4)	7.4 (2.3)**
Gehele schaal (0-36) <sup>2</sup>	19.8 (5.2)	16.5 (3.9)**	19.5 (4.8)	17.9 (5.1)	18.7 (5.0)	22

<sup>1</sup> Een hogere score betekent meer instemming met de schaal (m.a.w. meer fysiek verlies, meer sociaal verlies, en meer voortgezette groei).

<sup>2</sup> Hoe hoger de score hoe positiever de beleving van het ouder worden.

<sup>3</sup> Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de t-test (\*p<0.05; \*\*p<0.01).

In bovenstaande tabel worden de gemiddelde scores van de Suryoye- en autochtone ouderen op de BOWS weergegeven. Uit de tabel valt af te lezen dat de Suryoye 65-plussers het ouder worden negatiever beleven dan de 50-65 jarigen ( $t=3.41$ ,  $p\leq 0.01$ ). Zij beleven het ouder worden meer als fysiek verlies ( $t=-2.32$ ,  $p<0.05$ ). Ook scoren zij op de subschaal voortgezette groei gemiddeld lager. Wat wil zeggen dat de 65-plussers het ouder worden minder zien als een mogelijkheid om bijv. nieuwe ervaringen op te doen ( $t=3.62$ ,  $p\leq 0.01$ ).

Significante verschillen worden ook gevonden tussen mannen en vrouwen. Suryoye vrouwen beleven het ouder worden meer in termen van lichamelijke achteruitgang of lichamelijke gebreken, dan Suryoye mannen ( $t= -2.31$ ,  $p<0.05$ ). Ook beleven Suryoye vrouwen het ouder worden meer als sociaal verlies, dan Suryoye mannen ( $t= -2.20$ ,  $p<0.05$ ).

Wat de Suryoye- en de autochtone ouderen betreft valt te zien dat Suryoye ouderen op de negatieve subschalen (fysiek en sociaal verlies) gemiddeld hoger scoren dan autochtone ouderen. Dit betekent dat zij het ouder worden meer beleven in termen van lichamelijke achteruitgang of lichamelijke gebreken ( $t=3.24$ ,  $p<0.01$ ). Ook ervaren zij het ouder worden meer als gevoelens van eenzaamheid en verveling ( $t=3.87$ ,  $p<0.01$ ).



Op de positieve subschaal voortgezette groei hebben Suryoye ouderen een significant lagere gemiddelde. Zij zien het ouder worden minder als een mogelijkheid om bijv. nieuwe ervaringen op te doen ( $t=6.91$ ,  $p<0.01$ ).

#### 4.2.2 Negatieve aspecten van het ouder worden

In de vorige paragraaf is de beleving van het ouder worden onderzocht met de Beleving van het Ouder Worden Schaal (BOWS). In deze paragraaf wordt de beleving van het ouder worden onderzocht aan de hand van twee kwalitatieve vragen (“Wat me aan het ouder worden niet bevalt...” en “Wat me aan het ouder worden bevalt...”) afkomstig uit het SELE-instrument. De verschillende antwoorden zijn onderverdeeld in 6 categorieën: fysiek, sociaal, psychologisch, algemeen, ontkenning en weet niet. Eén extra categorie is toegevoegd, namelijk drukte en veel huishoudelijk werk, omdat deze niet onderverdeeld kan worden in één van de 6 antwoordcategorieën.

Tabel 11a Overzicht van de negatieve aspecten van het ouder worden voor Suryoye en autochtonen.

	Suryoye (n=118) %	Autochtonen <sup>a</sup> (n=975) %
<sup>1</sup> Wat me aan het ouder worden niet bevalt...		
Fysiek	68.6	55.6
Sociaal	5.1	16.9
Psychologisch	4.2	4.9
Algemeen	0.0	6.8
Ontkenning	3.4	7.9
Weet niet	2.5	7.8
Drukke en veel huishoudelijk werk	0.8	Geen code
Leeg/nvt	15.3	Geen Code

<sup>a</sup> Resultaten van autochtone ouderen zijn afkomstig van de ‘Dutch Aging Survey’ (Westerhof, 2003).

<sup>1</sup>  $\chi^2=28.5$ ;  $df=5$ ;  $p\leq 0.01$ .

In tabel 11a wordt een overzicht gegeven van de frequentieverdeling voor de negatieve zinstam (SELE). Bij de negatieve zinstam komen *fysieke aspecten* duidelijk het meest naar voren. Meer dan de helft van de Suryoye ouderen verwijst hiernaar. In het onderzoek van Westerhof (2003) verwijst ook meer dan de helft van de autochtone ouderen naar het fysieke aspect. Suryoye ouderen lijken hier alleen wat negatiever. Zij rapporteren hier vooral algemene aspecten van het lichamenlijk functioneren, zoals “*lichamelijke beperkingen*” en “*gezondheidsverslechtering*”.

Bij het *sociale aspect* gaat het voornamelijk om het verlies van zelfstandigheid, zoals “*het afhankelijk worden van anderen*”. Bij autochtone ouderen is het percentage dat naar het sociale aspect verwijst bijna drie keer zo groot. Ongeveer één op de zes autochtonen noemt de

sociale categorie. Hierbij gaat het deels om de positie van zichzelf als oudere in de maatschappij, het verlies van persoonlijke relaties en het verlies van zelfstandigheid.

De *psychologische categorie* wordt door beide groepen ongeveer even vaak genoemd. Zowel Suryoye als autochtonen beleven negatieve aspecten van het ouder worden op het gebied van cognitief functioneren en negatieve veranderingen van de eigen persoonlijkheid. Suryoye ouderen noemden hierbij aspecten als “minder zelfvertrouwen” of “sneller irriteren”.

Bij de autochtone ouderen komen de drie andere categorieën *algemeen*, *ontkenning* en *weet niet* ongeveer even vaak voor. Bij de Suryoye ouderen wordt de categorie algemeen helemaal niet genoemd en komen de andere twee categorieën ongeveer even vaak voor. Ook bij deze drie categorieën zijn de percentages bij de autochtone ouderen hoger dan bij de Suryoye ouderen.

Opmerkelijk is dat 15% van de Suryoye ouderen deze vraag niet heeft (kunnen) beantwoorden. Dit zou kunnen betekenen dat 15% van de Suryoye ouderen niets positiefs over het ouder worden kan bedenken. Aan de andere kant zou dit ook te maken kunnen hebben met het feit dat de ruime meerderheid van de Suryoye ouderen nog nooit eerder een vragenlijst heeft ingevuld. Tijdens het afnemen van de vragenlijsten viel op dat de meeste ouderen moeite hadden met het beantwoorden van vragen en vaak extra uitleg nodig hadden.

#### 4.2.3 Positieve aspecten van het ouder worden

In tabel 11b wordt een overzicht gegeven van de positieve aspecten van het ouder worden voor zowel Suryoye als autochtonen.

Tabel 11b Overzicht van de positieve aspecten van het ouder worden voor Suryoye en autochtonen.

	Suryoye (n=118)	Autochtonen <sup>a</sup> (n=975)
	%	%
<sup>1</sup> <i>Wat me aan het ouder worden bevalt...</i>		
Fysiek	0.0	1.9
Sociaal	61.0	48.9
Psychologisch	11.9	28.6
Algemeen	3.4	7.4
Ontkenning	4.2	7.5
Weet niet	0.8	5.6
Leeg/nvt	18.6	Geen code

<sup>a</sup> Resultaten van autochtone ouderen zijn afkomstig van de ‘Dutch Aging Survey’ (Westerhof, 2003).

<sup>1</sup>  $\chi^2=25.2$ ;  $df=5$ ;  $p\leq 0.01$ .

Bij de positieve zinstam komt het *fysieke aspect* helemaal niet voor bij de Suryoye ouderen en bij de autochtone ouderen nauwelijks.

De *sociale categorie* komt in beide groepen het meest voor. Meer dan de helft van de Suryoye ouderen en bijna de helft van de autochtone ouderen verwijst hiernaar. Suryoye ouderen noemden vooral “*de persoonlijke relaties met hun (klein)kinderen*”, “*meer vrije tijd en genieten*”, “*minder verplichtingen*” en “*respect*”. Deze aspecten werden ook genoemd door de autochtone ouderen.

Het *psychologische aspect* komt ongeveer twee keer zo vaak voor bij de autochtone ouderen dan bij de Suryoye ouderen; wat wil zeggen dat autochtone ouderen hierin positiever lijken. Bij beide groepen gaat het vooral om “*levenservaring*” en “*wijsheid*”.

Bij de autochtone ouderen komen de drie categorieën *algemeen*, *ontkenning* en *weet niet* in ongeveer evenveel gevallen voor als bij de negatieve zinstam. Ook hier zijn de percentages op de categorieën ontkenning en weet niet hoger dan bij de Suryoye ouderen.

Wat de positieve zinstam betreft lijken Suryoye ouderen positiever op het sociale vlak, terwijl autochtonen positiever zijn op het psychische vlak. Wat de inhoud van de categorieën betreft (SELE-instrument) zijn er nauwelijks verschillen waar te nemen tussen Suryoye en autochtone ouderen.

#### 4.2.4 Eenzaamheid

Om te bepalen in hoeverre ernstige eenzaamheid voorkomt bij Suryoye ouderen, is gebruik gemaakt van de eenzaamheidsschaal van De Jong- Gierveld (De Jong- Gierveld & Kamphuis, 1985). In onderstaande tabel is te zien dat de eenzaamheidsscores zijn onderverdeeld naar 4 niveaus: niet eenzaam, matig eenzaam, ernstig eenzaam en zeer ernstig eenzaam.

Tabel 12 Overzicht van de mate van eenzaamheid bij (Suryoye) ouderen in Twente.

	Leeftijd		Geslacht		Suryoye (n=118) %	Twente <sup>1</sup> (*) (n=5.301) %
	50-65 jr (n=75) %	≥65 jr (n=43) %	Man (n=57) %	Vrouw (n=61) %		
	Niet eenzaam	50.7	58.1	54.4		
Matig eenzaam	36.0	37.2	36.8	36.1	36.4	32
Ernstig eenzaam	8.0	2.3	5.3	6.6	5.9	4
<b>Zeer ernstig eenzaam</b>	<b>5.3</b>	<b>2.3</b>	<b>3.5</b>	<b>4.9</b>	<b>4.2</b>	<b>2</b>

<sup>1</sup> Gegevens zijn afkomstig van het ouderenonderzoek van GGD (Haitsma & Visser, 2006).

<sup>2</sup> Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de chi square (\*p<0.05, \*\*p<0.01).

<sup>3</sup> Leeftijd  $\chi^2=2.36$ , df=3, p=n.s.; Geslacht  $\chi^2=0.25$ , df=3, p=n.s.; Suryoye/Twente  $\chi^2=10.17$ , df=3, p<0.05.

Wat Suryoye ouderen betreft worden geen significante verschillen gevonden in eenzaamheid tussen de leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen. Wel worden significante verschillen gevonden tussen Suryoye- en Twentse ouderen. Uit de tabel blijkt dat eenzaamheid meer voorkomt onder Suryoye ouderen dan onder Twentse ouderen ( $\chi^2=10.17$ , p<0.05); 10% van

de Suryoye ouderen tegen 6% van de Twentse ouderen voelt zich ernstig tot zeer ernstig eenzaamheid. Het percentage dat zeer ernstig eenzaam is, is zelfs twee keer zo groot onder de Suryoye ouderen.

#### 4.2.5 Psychische ongezondheid

De geestelijke gezondheid is bepaald met de Mental Health Inventory. De MHI-5 is een onderdeel van een algemene maat voor kwaliteit van leven (de SF-36) en meet de algemene psychische gezondheid. De vijf vragen hebben betrekking op angst, neerslachtigheid, somberheid en gevoelens van geluk. In tabel 13 wordt een overzicht gegeven van de psychische ongezondheid van Suryoye en Twentse ouderen.

Tabel 13 Overzicht van de psychische ongezondheid van de (Suryoye) ouderen in Twente.

	Leeftijd		Geslacht		Suryoye (n=116) %	Twente <sup>1</sup> (**) (n=5.301) %
	50-65 jr (n=74) %	≥65 jr (n=42) %	Man (n=55) %	Vrouw (n=61) %		
Gezond	52.7	52.4	61.8	44.3	52.6	83
Licht ongezond	32.4	33.3	25.5	39.3	32.8	12
Matig ongezond	13.5	9.5	10.9	13.1	12.1	3
Ernstig ongezond	1.4	4.8	1.8	3.3	2.6	2

<sup>1</sup> Gegevens zijn afkomstig van het ouderenonderzoek van GGD (Haitsma & Visser, 2006).

<sup>2</sup> Verschillen tussen de groepen werden getoetst met de chi square (\*p<0.05, \*\*p<0.01).

<sup>3</sup> Leeftijd  $\chi^2=1.57$ , df=3, p=n.s.; Geslacht  $\chi^2=3.75$ , df=3, p=n.s.; Suryoye/Twente  $\chi^2=81.33$ , df=3, p<0.01).

Wat psychische (on)gezondheid betreft worden geen significante verschillen gevonden tussen de leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen. Wel worden significante verschillen gevonden tussen Suryoye- en Twentse ouderen ( $\chi^2=81.33$ , p<0.01); 53% van de Suryoye ouderen tegen ruim 80% van de Twentse ouderen voelt zich psychisch gezond. Dit verschil is erg groot. Het percentage ouderen dat licht tot matig psychisch ongezond is, is drie keer zo groot onder de Suryoye ouderen. Wat wil zeggen dat de psychische gezondheid van Suryoye ouderen slechter is dan die van de Twentse ouderen.

#### 4.2.6 Geluksbeleving

In de vorige paragraaf is de geestelijke (psychische) ongezondheid van Suryoye ouderen behandeld. In deze paragraaf wordt met de Mental Health Continuüm- Short Form gekeken naar de “geluksbeleving” van Suryoye ouderen. Dit meetinstrument omvat 3 dimensies, namelijk het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden.

Tabel 14 Schaalgemiddelden en standaarddeviaties van de geestelijke gezondheid van Suryoye ouderen en de Nederlandse bevolking.

	Leeftijd		Geslacht		Suryoye (n=111)	Nederlandse bevolking <sup>a</sup> (n=1663)
	50-65 jr (n=72)	≥65 jr (n=40)	Man (n=53)	Vrouw (n=59)		
	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)
Emotioneel welbevinden <sup>1</sup>	4.4 (0.8)	4.3 (1.1)	4.4 (1.0)	4.4 (1.0)	4.4 (1.0)	4.7 (0.9)**
Sociaal welbevinden	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)	3.8 (0.9)	3.3 (1.0)**
Psychologisch welbevinden	4.5 (0.9)	4.1 (1.0)*	4.3 (1.0)	4.4 (0.9)	4.4 (0.9)	4.2 (1.0)*
Totaalscore	4.3 (0.7)	4.0 (0.8)	4.1 (0.8)	4.2 (0.7)	4.2 (0.8)	4.2

<sup>a</sup> Gegevens zijn afkomstig van het onderzoek van Westerhof & Keyes (2008).

<sup>1</sup> Hoe hoger de score, hoe beter het welbevinden.

<sup>2</sup> Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven (\*p<0.05; \*\*p<0.01).

Uit tabel 14 blijkt dat het psychologisch welbevinden van de 50-65 jarigen over het algemeen beter is dan die van de 65-plussers ( $t=1.44$ ,  $p<0.05$ ). Dit betekent dat zij meer open staan voor nieuwe ervaringen of dat zij meer doelen en een gevoel voor richting in het leven hebben.

Er zijn geen significante verschillen in geluksbeleving tussen Suryoye mannen en Suryoye vrouwen ( $t= -0.06$ ,  $p>0.05$ ). Wel worden significante verschillen gevonden in geluksbeleving tussen Suryoye ouderen en de Nederlandse bevolking. De Nederlandse bevolking ervaart over het algemeen meer gevoelens van emotioneel welbevinden, dan Suryoye ouderen ( $t=3.38$ ,  $p<0.01$ ). Dit betekent dat zij meer gevoelens hebben van geluk, interesse en plezier in het leven.

Suryoye daarentegen ervaren meer gevoelens van sociaal welbevinden ( $t=5.13$ ,  $p<0.01$ ), zoals het erkennen van anderen en in het algemeen accepteren van mensen, ondanks het soms moeilijke en lastige gedrag van anderen. Ook ervaren Suryoye ouderen meer gevoelens van psychologisch welbevinden ( $t=2.05$ ,  $p<0.05$ ), zoals warme, bevredigende en vertrouwelijke relaties en interesse in het welzijn van anderen.

Op een schaal van 1 tot 6 blijkt de gemiddelde totaalscore voor zowel Suryoye ouderen als de Nederlandse bevolking 4.2 te zijn. Dit wil zeggen dat in beide groepen gevoelens van welbevinden één tot meerdere keren per week ervaren worden.

#### 4.2.7 Samenvatting psychosociaal welbevinden

Samenvattend kan gesteld worden dat Suryoye ouderen over het algemeen het ouder worden negatiever beleven dan autochtone ouderen. Zij beleven het ouder worden meer in termen van fysiek verlies, terwijl autochtonen het ouder worden meer ervaren als voortgezette groei.

Het sociale aspect wordt echter wel positief ervaren door Suryoye ouderen. Op de positieve zinstam van het SELE-insrument verwijst ruim de helft (61%) van de Suryoye ouderen hiernaar.

Ondanks het feit dat Suryoye ouderen over een groot en breed sociaal netwerk beschikken komt eenzaamheid meer voor onder Suryoye ouderen dan onder Twentse ouderen.

Ook voelen Suryoye ouderen zich over het algemeen psychisch ongezonder dan de Twentse ouderen. Ongeveer de helft van de Suryoye ouderen geeft aan psychisch gezond te zijn. Dit betekent dat de andere helft van de Suryoye ouderen zich licht tot matig psychisch ongezond voelt. Opmerkelijk is echter dat Suryoye ouderen, ondanks hun matige psychische gezondheid, toch regelmatig gevoelens van geluk ervaren. Suryoye ouderen ervaren meer gevoelens van psychologisch en sociaal welbevinden, terwijl autochtonen meer gevoelens ervaren van emotioneel welbevinden.

### 4.3 Samenhang tussen de afhankelijke variabelen (geluksbeleving, ouderdomsbeleving, eenzaamheidsgevoelens en psychische ongezondheid) en de onafhankelijke variabelen

In deze paragraaf wordt gekeken in hoeverre factoren als integratie, taalvaardigheid, terugkeerwens, etc. samenhangen met geluksbeleving, ouderdomsbeleving, eenzaamheidsgevoelens en psychische ongezondheid. Tevens wordt gekeken in hoeverre deze determinanten gezamenlijk de afhankelijke variabelen kunnen verklaren.

#### 4.3.1 Samenhang afhankelijke variabelen

Alvorens gekeken wordt naar de voorspellers, zullen eerst de correlaties tussen de afhankelijke variabelen worden berekend. In onderstaande tabel (tabel 15) wordt een overzicht gegeven van de samenhang tussen de afhankelijke variabelen onderling.

Tabel 15 Samenhang tussen de afhankelijke variabelen.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.BOWS FV	1								
2.BOWS SV	.55**	1							
3.BOWS VG	-.18	-.04	1						
4.Lone Soc.	.16	.20*	-.07	1					
5.Lone Em.	.25**	.41**	-.07	.44**	1				
6.Psych. Welbevinden	-.17	-.14	.53**	-.26**	-.27**	1			
7.Soc. Welbevinden	-.07	-.17	.39**	-.25**	-.15	.53**	1		
8.Em. Welbevinden	-.21*	-.29**	.21*	-.38**	-.37**	.54**	.38**	1	
9.Psych. ongezondheid	-.25**	-.36**	.05	-.36**	-.45**	.32**	.28**	.69**	1

De samenhang is berekend met de Spearman Correlatie- analyse.

\*\*Correlatie is significant op het niveau 0.01 (tweezijdig); \*Correlatie is significant op het niveau 0.05 (tweezijdig).

Ut tabel 15 blijkt dat de subschalen fysiek verlies en sociaal verlies significant met elkaar correleren ( $r=.55$ ,  $p<0.01$ ). Hoe meer lichamelijke beperkingen Suryoye ouderen hebben, hoe minder de sociale contacten. Daarnaast correleert fysiek verlies met emotionele eenzaamheid

( $r=.25$ ,  $p<0.01$ ), emotioneel welbevinden ( $r=-.21$ ,  $p<0.05$ ) en psychische ongezondheid ( $r=-.25$ ,  $p<0.01$ ). Hoe meer men het ouder worden beleeft in termen van fysiek verlies, hoe slechter de psychische gezondheid en hoe minder het emotioneel welbevinden.

Sociaal verlies hangt samen met zowel sociale- als emotionele eenzaamheid, met emotioneel welbevinden en met psychische ongezondheid. Suryoye ouderen met weinig sociale contacten voelen zich meer sociaal- en emotioneel eenzaam ( $r=.20$ ,  $p<0.05$ ;  $r=.41$ ,  $p<0.01$ ) en hebben een slechtere psychische gezondheid ( $r=-.36$ ,  $p<0.01$ ).

Voortgezette groei hangt samen met alle drie de subschalen van welbevinden. De hoogste correlatie bestaat tussen psychologisch welbevinden en voortgezette groei ( $r=.53$ ,  $p<0.01$ ). Hoe beter het psychologisch welbevinden van Suryoye ouderen, hoe meer zij het ouder worden beleven als een mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen.

Sociale eenzaamheid correleert met alle andere schalen. De sterkste correlatie bestaat tussen sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid ( $r=.44$ ,  $p<0.01$ ) en tussen emotionele eenzaamheid en psychische ongezondheid ( $r=-.45$ ,  $p<0.01$ ). Hoe meer emotioneel eenzaam Suryoye ouderen zich voelen, hoe slechter hun psychische gezondheid is.

Wat geluksbeleving betreft is de correlatie tussen emotioneel- en sociaal welbevinden minder sterk dan de correlaties tussen de andere twee subschalen van welbevinden. Daarnaast is er een sterke samenhang tussen psychische ongezondheid en emotioneel welbevinden ( $r=.69$ ,  $p<0.01$ ). Hoe beter de psychische gezondheid van Suryoye ouderen is, hoe meer gevoelens van emotioneel welbevinden zij ervaren.

#### **4.3.2 Voorspellers van geluksbeleving**

In deze paragraaf wordt gekeken of de determinanten (taalvaardigheid, integratie, proactieve coping, etc.) samenhangen met de geluksbeleving van Suryoye ouderen. Daarnaast wordt gekeken in hoeverre deze determinanten gezamenlijk de geluksbeleving van Suryoye ouderen verklaren.

Tabel 16 Voorspellers van “geluksbeleving”

	Correlaties			Regressies		
	Psychologisch	Sociaal	Emotioneel	Psychologisch	Sociaal	Emotioneel
	r	r	r	Beta	Beta	Beta
Leeftijd	-.20*	-.07	-.10	-	-	-
Taalvaardigheid	.30**	.27**	.13	-	-	-
Integratie	.49**	.28**	.34**	.37**	-	-
Terugkeerwens (toen)	-.17	-.14	-.19*	-	-	-
Terugkeerwens (nu)	-.26**	-.26**	-.14	-	-.20*	-
Contact familie	.05	.17	.06	-	-	-
Contact vrienden	.22*	.28**	.02	.19*	-	-
Kinderen wonen in de buurt	-.05	-.19*	-.18	-	-.20*	-
Steun	.23*	.17	.32**	-	-	-
Kerkbezoek	-.06	.12	.04	-	.24*	-
UPCC Totaal	.59**	.39**	.36**			
Realistische doelen stellen	.53**	.35**	.28**	.27*	-	-
Gebruik van feedback	.45**	.30**	.37**	-	-	-
Inschatten toekomst	.42**	.34**	.20*	.27*	.35**	-
Raadplegen van bronnen	.53**	.36**	.43**	.29**	-	-
BMI	-.00	-.00	-.03	-	-	-
				R <sup>2</sup> =.55	R <sup>2</sup> =.42	R <sup>2</sup> =.32

De samenhang is berekend met de Spearman Correlatie- analyse.

\*\*Correlatie is significant op het niveau 0.01 (tweezijdig).

\*Correlatie is significant op het niveau 0.05 (tweezijdig).

Uit bovenstaande tabel blijkt dat vrijwel al deze determinanten samenhangen met geluksbeleving. Proactieve copingvaardigheden en integratie hangen het sterkst samen met alle drie de subschalen (psychologisch, sociaal en emotioneel welbevinden). Hoe meer Suryoye ouderen zeggen te beschikken over proactieve copingvaardigheden en hoe beter ze geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving, hoe gelukkiger zij zich voelen.

Uit de regressie analyse blijkt dat deze determinanten gezamenlijk voor 55% het psychologisch welbevinden verklaren ( $F(15,84)=6.76$ ,  $p<0.01$ ). Psychologisch welbevinden wordt het beste voorspeld door integratie, contact met vrienden en drie van de vier subschalen van proactieve coping, namelijk: realistische doelen stellen, inschatten van de toekomst en het raadplegen van bronnen.

De totaal verklaarde variantie voor sociaal welbevinden is 42% ( $F(15,85)=4.02$ ,  $p<0.01$ ). De belangrijkste voorspellers voor sociaal welbevinden zijn terugkeerwens (nu), kinderen wonen in de buurt en het inschatten van de toekomst.

Opmerkelijk is echter dat deze determinanten gezamenlijk voor 32% de variantie van het emotioneel welbevinden verklaren, terwijl er geen significante voorspellers zijn ( $F(15,85)=2.67$ ,  $p<0.01$ ). Wellicht zorgt een hoge covariatie tussen de voorspellers, voor een lage unieke bijdrage van de individuele voorspellers.



### 4.3.3 Voorspellers van ouderdomsbeleving

In tabel 17 is de samenhang tussen de verschillende subschalen van de Beleving van het Ouder Worden Schaal en de determinanten weergegeven. Bij de regressie analyses zijn fysiek verlies, sociaal verlies en voortgezette groei als afhankelijke variabelen gebruikt.

Tabel 17 Voorspellers van “ouderdomsbeleving”.

	Correlaties			Regressies		
	Fysiek Verlies	Sociaal Verlies	Voortgezette Groei	Fysiek Verlies	Sociaal Verlies	Voortgezette Groei
	r	r	r	Beta	Beta	Beta
Leeftijd	.30**	.22*	-.38**	-	.30*	-
Taalvaardigheid	-.33**	-.15	.46**	-	-	-
Integratie	-.39**	-.16	.61**	-.42**	-	.28*
Terugkerwens (toen)	.05	.11	-.18*	-	-	-
Terugkerwens (nu)	.04	.21**	-.27**	-	-	-
Contact familie	.16	.08	.08	-	-	-
Contact vrienden	.03	.05	.17	-	-	-
Kinderen wonen in de buurt	-.00	.11	.01	-	-	-
Steun	-.01	-.09	.07	-	-	-
Kerkbezoek	.17	-.06	-.35**	-	-	-
UPCC Totaal	-.27*	-.18	.50**	-	-	-
Realistische doelen stellen	-.30**	-.29**	.35**	-	-.54**	-
Gebruik van feedback	-.10	.03	.33**	-	.46**	-
Inschatten toekomst	-.23*	-.15	.41**	-	-	-
Raadplegen bronnen	-.08	-.10	.33**	-	-	-
BMI	-.07	-.02	.05	-	-	-
				R <sup>2</sup> =.31	R <sup>2</sup> =.29	R <sup>2</sup> =.49

De samenhang is berekend met de Spearman Correlatie- analyse.

\*\*Correlatie is significant op het niveau 0.01 (tweezijdig).

\*Correlatie is significant op het niveau 0.05 (tweezijdig).

Uit bovenstaande tabel valt af te lezen Suryoye ouderen het ouder worden meer beleven in termen van fysiek verlies en minder als voortgezette groei. Dit wil zeggen dat Suryoye ouderen het ouder worden minder beleven als een mogelijkheid om bijv. nieuwe ervaringen op te doen.

Daarnaast blijkt uit de tabel dat nagenoeg al deze determinanten significant samenhangen met de subschaal voortgezette groei. Taalvaardigheid, integratie en proactieve coping hangen het sterkst samen met de subschaal voortgezette groei. Hoe beter Suryoye ouderen geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving, hoe positiever zij het ouder worden beleven.

Uit de regressie analyse blijkt dat deze determinanten gezamenlijk voor 31% de variantie van fysiek verlies verklaren ( $F(15,86)=2.54$ ,  $p<0.01$ ). Integratie blijkt een goede voorspeller te zijn van fysiek verlies.

De proportie verklaarde variantie voor sociaal verlies is 29% ( $F(15,85)=2.27$ ,  $p\leq 0.01$ ). Sociaal verlies wordt het beste voorspeld door leeftijd, realistische doelen stellen en gebruik van feedback.

Voortgezette groei heeft de hoogste verklaarde variantie, namelijk 49% ( $F(15,82)=5.26$ ,  $p<0.01$ ). De beste voorspeller voor voortgezette groei is de mate van integratie.

#### **4.3.4 Voorspellers van eenzaamheid**

In onderstaande tabel (tabel 18) is te zien dat deze determinanten minder sterk samenhangen met emotionele en sociale eenzaamheid. Wat emotionele eenzaamheid betreft wordt alleen een significante samenhang gevonden tussen de proactieve copingvaardigheden en de subschaal van proactieve coping, namelijk realistische doelen stellen. Hoe meer Suryoye ouderen zeggen te beschikken over proactieve copingvaardigheden, hoe minder emotioneel eenzaam zij zich voelen. Steun en het raadplegen van bronnen hangen significant samen met sociale eenzaamheid. Hoe meer steun Suryoye ouderen krijgen van hun kinderen, hoe minder sociaal eenzaam zij zich voelen.

Deze determinanten voorspellen gezamenlijk voor 29% de variantie van emotionele eenzaamheid ( $F(15,85)=1.76$ ,  $p\leq 0.05$ ). Emotionele eenzaamheid wordt het beste voorspeld door kinderen die in de buurt wonen, het aantal kerkbezoeken en het stellen van realistische doelen.

De totale verklaarde variantie voor sociale eenzaamheid is 24% ( $F(15,86)=1.76$ ,  $p\leq 0.05$ ). Sociale eenzaamheid wordt het beste voorspeld door het raadplegen van bronnen. Dit wil zeggen dat hoe beter Suryoye ouderen in staat zijn om anderen om raad te vragen of steun te zoeken als het moeilijk wordt, hoe minder sociaal eenzaam zij zich voelen.

Tabel 18 Voorspellers van “eenzaamheid”

	Correlaties		Regressies	
	Emotional Loneliness	Social Loneliness	Emotional Loneliness	Social Loneliness
	r	r	Beta	Beta
Leeftijd	.11	-.06	-	-
Taalvaardigheid	-.12	-.01	-	-
Integratie	-.14	-.18	-	-
Terugkeerwens (toen)	.16	.05	-	-
Terugkeerwens (nu)	.07	.04	-	-
Contact familie	.14	-.05	-	-
Contact vrienden	.00	-.00	-	-
Kinderen wonen in de buurt	-.13	-.04	-.26*	-
Steun	-.08	-.25**	-	-
Kerkbezoek	-.15	-.05	-.28*	-
UPCC Totaal	-.24*	-.07	-	-
Realistische doelen stellen	-.32**	-.05	-.44**	-
Gebruik van feedback	-.11	-.09	-	-
Inschatten toekomst	-.12	.03	-	-
Raadplegen bronnen	-.14	-.32**	-	-.39**
BMI	.02	-.06	-	-
			R <sup>2</sup> = .24	R <sup>2</sup> = .29

De samenhang is berekend met de Spearman Correlatie- analyse.

\*\*Correlatie is significant op het niveau 0.01 (tweezijdig).

\*Correlatie is significant op het niveau 0.05 (tweezijdig).

#### 4.3.5 Voorspellers van psychische ongezondheid

In tabel 19 vindt men een overzicht van de determinanten die samenhangen met psychische ongezondheid. Daarnaast is een regressieanalyse uitgevoerd met psychische ongezondheid als afhankelijke variabele.

Tabel 19 Voorspellers van “psychische ongezondheid”.

	Correlaties	Regressie
	Psychische ongezondheid	Psychische ongezondheid
	r	Beta
Leeftijd	.04	-
Taalvaardigheid	-.01	-
Integratie	-.20*	-
Terugkeerwens (toen)	.18	-
Terugkeerwens (nu)	.28**	-
Contact familie	.04	-
Contact vrienden	-.03	-
Kinderen wonen in de buurt	-.07	-
Steun	-.34**	-
Kerkbezoek	-.10	-
UPCC Totaal	-.34**	-
Realistische doelen stellen	-.29**	-
Gebruik van feedback	-.34**	-
Inschatten toekomst	-.16	-
Raadplegen bronnen	-.40**	-
BMI	-.04	-
		R <sup>2</sup> = .53

De samenhang is berekend met de Spearman Correlatie- analyse.

\*\*Correlatie is significant op het niveau 0.01 (tweezijdig).

\*Correlatie is significant op het niveau 0.05 (tweezijdig).

Uit tabel 19 valt af te lezen dat de mate van integratie, terugkeerwens (nu), steun en proactieve copingvaardigheden (op inschatten van de toekomst na) significant samenhangen met psychische ongezondheid. Psychische ongezondheid hangt het sterkst samen met het raadplegen van bronnen ( $r=-.40$ ,  $p<0.01$ ). Hoe meer Suryoye ouderen in staat zijn om bijv. steun te zoeken als ze het moeilijk hebben, hoe beter hun psychische gezondheid.

Uit de regressieanalyse blijkt dat  $r^2=.53$  ( $F(15,85)=2.16$ ,  $p\leq 0.01$ ). Dit betekent dat deze determinanten gezamenlijk voor 53% de variantie verklaren van psychische ongezondheid. Opvallend is echter dat hier geen significante voorspellers zijn gevonden. Ook hier geldt dat een hoge covariantie tussen de voorspellers waarschijnlijk zorgt voor een lage unieke bijdrage van de individuele voorspellers.

#### **4.3.6 Samenvatting determinanten**

Allereerst is gekeken of er een verband bestaat tussen het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen en de verschillende determinanten. De resultaten laten zien dat bijna alle determinanten significant samenhangen met “geluksbeleving”. Geluksbeleving wordt het beste voorspeld door integratie en proactieve copingvaardigheden.

Wat de beleving van het ouder worden betreft worden geen verbanden gevonden tussen ouderdomsbeleving en contact met familie en vrienden, steun en BMI. Ook hier geldt dat integratie en proactieve copingvaardigheden goede voorspellers zijn voor de beleving van het ouder worden.

Wat de relatie tussen eenzaamheid en de verschillende determinanten betreft is alleen een verband gevonden tussen steun en proactieve vaardigheden. Kinderen die in de buurt wonen, kerkbezoek en proactieve copingvaardigheden blijken goede voorspellers te zijn voor eenzaamheid.

De mate van integratie, terugkeerwens (nu), steun en proactieve copingvaardigheden (op inschatten van de toekomst na) hangen significant samen met psychische ongezondheid. Opmerkelijk is dat er geen significante voorspellers zijn gevonden voor psychische ongezondheid. Een sterke covariantie tussen de voorspellers zorgt waarschijnlijk voor een lage unieke bijdrage van de individuele voorspellers.

Over het algemeen kan gesteld worden dat integratie en proactieve copingvaardigheden de beste voorspellers zijn van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen: hoe meer Suryoye ouderen zeggen te beschikken over proactieve copingvaardigheden en hoe beter ze geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving, hoe beter hun psychosociaal welbevinden.

#### 4.4 Wensen en behoeften van Suryoye ouderen

In deze paragraaf wordt gekeken in hoeverre Suryoye ouderen tevreden zijn met de hulp die instellingen hun aanbieden. Daarnaast wordt gekeken naar de wensen en behoeften van Suryoye ouderen op het gebied van psychische, sociale en lichamelijke problemen.

##### 4.4.1 Tevredenheid met zorginstellingen

Op de vraag: "Vindt u dat de hulp die instellingen aanbieden, aansluiten op uw wensen en behoeften?" antwoordt 48% "Ja". 17% van de Suryoye ouderen geeft aan niet tevreden te zijn met de geboden hulp en 36% geeft aan nog geen gebruik te maken van deze diensten.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de meerderheid van de Suryoye ouderen tevreden is met de hulp die zorginstellingen hun aanbieden.

##### 4.4.2 Wensen en behoeften met betrekking tot psychische en sociale problemen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de wensen en behoeften van Suryoye ouderen m.b.t. psychische en sociale problemen.

Tabel 20 Wensen en behoeften m.b.t. psychische en sociale problemen.

	Totaal	
	%	n
<sup>a</sup> <i>Op welke manier...</i>		
Taalhulp/brieven	2.5	3
Bezoekdiensten	4.2	5
Sociale activiteiten	19.5	23
Zorgverleners in eigen taal	7.6	9
Suryoye opvang	0.8	1
Informatieve bijeenkomsten	3.4	4
Meer richten op Suryoye i.p.v. allochtonen in het algemeen	1.7	2
Hulp m.b.t. psychische problemen	1.7	2
Vraag wel beantwoordt, maar niet begrepen	4.2	5
<b>NVT/Leeg</b>	<b>54.2</b>	<b>64</b>

<sup>a</sup> Op welke manier denkt u dat zorginstellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. psychische/sociale problemen?

Uit tabel 20 komt naar voren dat 20% van de Suryoye ouderen behoefte heeft aan sociale activiteiten, zoals uitstapjes en eetactiviteiten. 8% denkt dat instellingen beter kunnen inspelen op hun wensen en behoeften door meer Suryoye zorgverleners aan te nemen die Suryoyo spreken. Dit is voornamelijk van belang voor Suryoye ouderen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Zij kunnen zich in hun eigen taal beter uitdrukken en duidelijker aangeven waar zij problemen mee hebben en waar zij de meeste voorkeur aan geven. 2% van de

Suryoye ouderen geeft aan dat instellingen zich beter kunnen richten op Suryoye in plaats van allochtonen in het algemeen. Om meer te weten te komen over één specifieke groep, is het van belang zich te gaan specificeren op die ene groep, in dit geval Suryoye ouderen.

4% van de Suryoye ouderen heeft deze vraag wel beantwoordt, maar helaas niet goed begrepen (bijv. alleen “ja” antwoorden of “is een goed initiatief”).

Opvallend is dat een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen (54%) of nog geen gebruik wil maken van deze diensten of hier geen mening over heeft.

#### 4.4.3 Wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen

Om een beeld te krijgen van de wensen en behoeften van Suryoye ouderen op het gebied van lichamelijke problemen, is de volgende vraag gesteld: “Op welke manier denkt u dat instellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen?”

De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 21.

Tabel 21 Wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen.

	Totaal	
	%	n
<sup>a</sup> <i>Op welke manier...</i>		
Thuishulp	34.7	41
Zorgverleners in eigen taal	3.4	4
Informatieve bijeenkomsten/cursussen	0.8	1
Meer richten op Suryoye i.p.v. allochtonen in het algemeen	0.8	1
Enquêtes	0.8	1
Vraag wel beantwoordt, maar niet begrepen	3.4	4
NVT/Leeg	55.9	66

<sup>a</sup> Op welke manier denkt u dat instellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen?

Uit tabel 21 valt duidelijk af te lezen dat de meeste ouderen (35%) behoefte hebben aan thuishulp, zoals huishoudelijk hulp, boodschappen doen en vervoer.

Ook hier geldt dat meer dan de helft van de Suryoye ouderen (56%) nog geen gebruik wil maken van deze diensten of hier geen mening over heeft.

Om meer inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van deze ouderen is het van belang meer hulpverleners aan te nemen die bekend zijn met de taal en cultuur van deze ouderen. Op deze manier kunnen Suryoye ouderen zich beter uitdrukken en kunnen instellingen beter inspelen op de wensen en behoeften van deze ouderen.

## **5. Conclusie en discussie**

### **5.1 Doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek was om te kijken hoe het is gesteld met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Daarnaast is getracht meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Dit om aanknopingspunten te vinden voor interventies gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

#### **5.1.1 Beleving van het ouder worden**

Als eerste is gekeken hoe Suryoye ouderen het ouder worden beleven en of ze daarin afwijken van autochtone ouderen. Uit de resultaten komt naar voren dat Suryoye ouderen over het algemeen het ouder worden negatiever beleven dan autochtone ouderen. Zij beleven het ouder worden vooral in termen van fysiek verlies, terwijl autochtonen het ouder worden meer beleven in termen van voortgezette groei. Dit is in overeenstemming met onderzoek waaruit blijkt dat allochtone ouderen het ouder worden negatiever ervaren dan autochtone ouderen (Dijkstra, 2006; Bode, Drossaert & Dijkstra, 2007; Clappers en Woortmeijer, 2004).

Een reden hiervoor is dat de meeste Suryoye ouderen van het platteland komen en geen opleiding hebben genoten. Een lage opleiding betekent vaak (zwaar) lichamelijk werk waar ook gezondheidsklachten uit voort kunnen komen. Wellicht dat de zware arbeid die ze altijd verricht hebben op het platteland zich nu uit in lichamelijke klachten en dat ze het ouder worden daarom meer beleven in termen van fysiek verlies. Daarnaast kan dit verschil te maken hebben met de lage sociaal-economische positie van de Suryoye ouderen. Slechte levensomstandigheden kunnen de beleving van het ouder worden negatief beïnvloeden (Steeverink et al, (2001).

#### **5.1.2 Eenzaamheid**

Uit de resultaten komt naar voren dat ruim eenderde van de Suryoye ouderen zich eenzaam voelt. 10% voelt zich zelfs ernstig tot zeer ernstig eenzaam. Het percentage Twentse ouderen dat zich (ernstig) eenzaam voelt is 6% (Haitsma & Vissers, 2006).

Suryoye ouderen zijn slecht geïntegreerd in de Nederlandse samenleving en hun Nederlandse taalvaardigheid is matig. Het is moeilijk om in contact te komen met autochtonen wanneer men de taal van het land niet spreekt. Suryoye ouderen die weinig contacten hebben kunnen

daardoor sneller gevoelens van eenzaamheid ervaren. Daarnaast is het voor deze ouderen heel moeilijk om leuke activiteiten te ondernemen, omdat ze niet bekend zijn met de uitgaansgelegenheden in Nederland. Door hun beperkte taalvaardigheid zijn ze niet of nauwelijks in staat om gezellige uitjes te regelen of bepaalde acties te ondernemen. Ze zijn vaak afhankelijk van hun kinderen of hun omgeving die echter steeds minder beschikbaar zijn. Wellicht dat het gevoel dat men steeds weer afhankelijk is van anderen en niets kan ondernemen zonder hulp van anderen samenhangt met gevoelens van eenzaamheid. Dit benadrukt het belang van het leren van de taal van het land waar je woont. Niet alleen voor het ontwikkelen en in stand houden van een sociaal netwerk, maar ook om gebruik te kunnen maken van ouderenvoorzieningen.

### **5.1.3 Psychische ongezondheid**

Aangezien een goede gezondheid verondersteld wordt positief samen te hangen met welbevinden, is ook de psychische ongezondheid van deze ouderen gemeten. Uit de resultaten komt naar voren dat ongeveer de helft van de Suryoye ouderen psychisch gezond is. Dit betekent dat de andere helft van de Suryoye ouderen zich licht tot matig psychisch ongezond voelt. Hier zie je een duidelijke afwijking met Twentse ouderen (Haitsma & Visser, 2006). Dit kan enerzijds te maken hebben met het feit dat Suryoye ouderen veel hebben meegemaakt in hun land van herkomst (vluchtelingen), anderzijds zou het ook te maken kunnen hebben met de traditionele familiecultuur. Veel allochtone ouderen verwachten van hun kinderen dat zij altijd voor hun klaar zullen staan wanneer zij hulp nodig hebben. Ook hebben zij graag hun kinderen in de buurt wonen vanwege de zorg die zij verwachten te krijgen (Yerden, 2000). Deze traditionele zorgcultuur geldt ook voor Suryoye ouderen. Veel ouderen zien de zorgplicht van jongeren voor ouderen nog steeds als iets vanzelfsprekends (Smits, 2008). Hier in Nederland zijn deze verwachtingen niet altijd te realiseren. Enerzijds, omdat men steeds meer behoefte heeft aan privacy en anderzijds, omdat vaak beide partners werken.

De resultaten van dit onderzoek zijn overeenkomstig met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat allochtonen een slechtere psychische gezondheid hebben dan autochtonen (Schellingerhout, 2004; Van de Wurff et al., 2004; Poort et al., 2001). Veel allochtone ouderen doen ondanks de psychische problematiek geen beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Zij durven geen professionele hulp aan te vragen, omdat er een taboe rust op het erkennen van psychische problemen. Deze negatieve beeldvorming kan mogelijk ook een rol spelen bij Suryoye ouderen. Indien dit het geval is, is meer voorlichting over psychische klachten in eigen taal van groot belang.



Een andere voorspeller van psychische ongezondheid bij Suryoye ouderen is de mate van integratie. Suryoye ouderen die slecht geïntegreerd zijn, beheersen de Nederlandse taal niet of nauwelijks en zijn vaak afhankelijk van hun kinderen. Het moet heel moeilijk zijn voor deze ouderen om zich niet goed uit te kunnen drukken of niet terug te kunnen vallen op hun kinderen of andere familieleden wanneer ze hulp nodig hebben. Het continue besef afhankelijk te zijn van anderen is een andere mogelijke verklaring voor de matige psychische gezondheid van de Suryoye ouderen.

#### **5.1.4 Geluksbeleving**

Opvallend is dat ondanks de psychische ongezondheid Suryoye ouderen toch regelmatig gevoelens van geluk ervaren. Dit heeft deels te maken met het sociale netwerk. Suryoye ouderen beschikken over een groot en breed sociaal netwerk. Zij hebben regelmatig contact met familie en vrienden en maken regelmatig een praatje met de mensen in de buurt.

Vele onderzoeken tonen het belang aan van *sociale netwerken en van sociale integratie* voor de “geluksbeleving” van ouderen. De positieve interacties, de aanwezigheid van hechte banden met en de steun van betekenisvolle anderen, bevorderen niet alleen de zelfwaardering, maar ook het subjectief welbevinden van ouderen (Vanden Boer & Dooghe, 1987; Vanden Boer & Pauwels, 2004; Kipscheer et al., 1995).

Een andere mogelijke verklaring is de mate van tevredenheid met het bestaan in Nederland. Zo geven enkele respondenten aan dankbaar te zijn dat ze hier een dak boven hun hoofd hebben, een uitkering krijgen, maar ook voedsel en kleding kunnen kopen als dat nodig is. “We komen hier niets tekort!” Wellicht dat de mate van tevredenheid met het bestaan in Nederland een positieve invloed heeft op de geluksbeleving van Suryoye ouderen.

#### **5.2 Factoren die een rol spelen bij het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen**

Om te kijken welke factoren een rol spelen bij het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen werden verschillende determinanten meegenomen in dit onderzoek. De gevonden resultaten bieden ondersteuning voor verschillende hypothesen:

##### *Demografische gegevens:*

Allereerst is de relatie onderzocht tussen *leeftijd* en psychosociaal welbevinden. Verondersteld werd dat er een negatieve samenhang zou bestaan tussen de leeftijd van Suryoye ouderen en hun psychosociaal welbevinden.

Er is een significante correlatie gevonden tussen leeftijd en geluksbeleving en tussen leeftijd en ouderdomsbeleving. De 65-plussers beleven het ouder worden negatiever dan de 50-64 jarigen. Dit kan te maken hebben met de mate van integratie. Suryoye 65-plussers zijn slechter geïntegreerd in de Nederlandse samenleving en hebben een slechtere beheersing van de Nederlandse taal dan de 50-plussers.

#### *Mate van integratie:*

Vervolgens is de relatie onderzocht tussen de mate van integratie en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

Wat *taalvaardigheid* betreft werd een positieve samenhang verwacht tussen taalvaardigheid en psychosociaal welbevinden. Deze aanname werd bevestigd. Hoe beter Suryoye ouderen de Nederlandse taal beheersen, hoe gelukkiger ze zich voelen en hoe positiever ze het ouder worden beleven.

*Integratie* werd verondersteld positief samen te hangen met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Integratie blijkt significant samen te hangen met geluksbeleving, ouderdomsbeleving en psychische gezondheid. Hoe beter Suryoye ouderen geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving, hoe positiever hun geluksbeleving en beleving van het ouder worden en hoe beter hun psychische gezondheid.

Significante correlaties zijn ook gevonden voor de *terugkeerwens* van Suryoye ouderen. Verondersteld werd dat er een negatieve samenhang zou bestaan tussen de terugkeerwens van Suryoye ouderen en hun psychosociaal welbevinden. Ook hier zijn significante correlaties gevonden tussen terugkeerwens en geluksbeleving, ouderdomsbeleving en psychische gezondheid. Hoe groter het verlangen om terug te keren naar het land van herkomst, hoe negatiever hun geluksbeleving en ouderdomsbeleving en hoe slechter de psychische gezondheid is.

#### *Sociale participatie:*

Wat de sociale participatie betreft zijn geen significante correlaties gevonden tussen het *contact* dat Suryoye ouderen hebben met hun *kinderen* en hun psychosociaal welbevinden. Waarschijnlijk vinden Suryoye ouderen het aan de ene kant wel fijn dat ze hun kinderen in de buurt hebben wonen en een beroep kunnen doen op hun kinderen, wanneer dat noodzakelijk is, maar zijn ze zich aan de andere kant er ook van bewust dat zij erg afhankelijk zijn van hun kinderen.

Er is wel een significante correlatie gevonden tussen het *contact* dat Suryoye ouderen hebben met hun *vrienden* en de geluksbeleving van Suryoye ouderen. Hoe meer Suryoye ouderen contact hebben met hun vrienden, hoe gelukkiger zij zich voelen.

Wat *intergenerationele steun* betreft zijn geen significante correlaties gevonden voor ouderdomsbeleving, maar wel voor geluksbeleving, eenzaamheid en psychische ongezondheid. Suryoye ouderen die meer steun krijgen van hun kinderen, voelen zich gelukkiger, minder eenzaam en hebben een betere psychische gezondheid dan Suryoye ouderen die weinig steun krijgen van hun kinderen.

### *Kerkbezoek*

Wat kerkbezoek betreft werd verwacht dat het aantal kerkbezoeken positief zou samenhangen met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen (vanwege de sociale component), maar negatief met hun beleving van het ouder worden (vanwege de cognitieve component). Er zijn geen significante correlaties gevonden voor het aantal kerkbezoeken en geluksbeleving, eenzaamheid en psychische ongezondheid. Wel is een negatief verband gevonden tussen het aantal kerkbezoeken en de beleving van het ouder worden (voortgezette groei). Hoe vaker Suryoye ouderen de kerk bezoeken, hoe minder zij het ouder worden zien als bijv. een mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen.

Aangezien de kerk een belangrijke rol inneemt bij Suryoye ouderen is het heel moeilijk om de richting te bepalen. De meeste Suryoye ouderen gaan in ieder geval naar de kerk, of ze zich nu goed voelen of niet. Opmerkelijk echter is dat, ondanks het feit dat de kerk zo'n belangrijke plaats inneemt bij de Suryoye ouderen, toch de meerderheid van deze ouderen vermoedt dat God (religie) geen invloed heeft op hun gezondheidstoestand.

### *Proactieve copingvaardigheden*

Wat de proactieve coping vaardigheden betreft werd verwacht dat er een positieve samenhang zou bestaan tussen de proactieve coping vaardigheden en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Deze aanname is bevestigd. Hoe meer Suryoye ouderen beschikken over proactieve copingvaardigheden, hoe hoger hun psychosociaal welbevinden.

### *BMI*

Gevraagd is naar lengte en gewicht, zodat de BMI van de Suryoye ouderen bepaald kan worden. In dit onderzoek werd verwacht dat er een negatieve samenhang zou bestaan tussen overgewicht en het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Deze hypothese is

echter niet bevestigd. Wel blijkt uit de resultaten dat een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen overgewicht heeft. Dit zou kunnen betekenen dat zij op lange termijn ernstige tot zeer ernstige klachten kunnen ontwikkelen (bijv. een verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, suikerziekte en hart- en vaatziekten). Een gezonde leefstijl kan helpen deze risico's te verkleinen.

Samenvattend kan gesteld worden dat bijna alle determinanten samenhangen met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. De mate van integratie en proactieve copingvaardigheden blijken echter de belangrijkste voorspellers te zijn voor het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen.

### **5.3 Interventies**

De laatste onderzoeksvraag betreft interventies op het gebied van psychosociale- en lichamelijke problemen. Er is gekeken in welke mate Suryoye ouderen tevreden zijn met de hulp die instellingen hun aanbieden en de wensen en behoeften van Suryoye ouderen m.b.t. psychische, sociale en lichamelijke problemen.

#### *Tevredenheid met zorginstellingen*

De meeste Suryoye ouderen geven aan tevreden te zijn met de hulp die instellingen hun aanbieden. Slechts een minderheid van de Suryoye ouderen is niet tevreden over de geboden zorg en een kwart van deze ouderen geeft aan nog geen gebruik te maken van deze diensten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat er ook 50-plussers hebben deelgenomen aan het onderzoek.

#### *Wensen en behoeften m.b.t. psychische en sociale problemen*

Wat de wensen en behoeften betreft op het gebied van psychische en sociale problemen geeft de ruime meerderheid van deze ouderen aan met name behoefte te hebben aan sociale activiteiten. Door hun beperkte taalvaardigheid en kennis van bepaalde voorzieningen zijn veel Suryoye ouderen niet in staat om gezellige activiteiten te ondernemen. Zij kunnen dan ook volop genieten wanneer er excursies of uitstapjes georganiseerd worden. Scala Welzijn ouderen in Hengelo regelt dit soort activiteiten voor allochtone ouderen.

### *Wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen*

Op het gebied van lichamelijke problemen geeft ruim een kwart van de Suryoye aan behoefte te hebben aan thuishulp, zoals huishoudelijk hulp, hulp bij het doen van boodschappen en vervoer.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de behoeften van Suryoye ouderen voornamelijk liggen bij de sociale activiteiten en thuishulp, met name huishoudelijk hulp. Daarnaast blijkt dat de ruime meerderheid van de Suryoye ouderen tevreden is met de zorg die instellingen hun aanbieden.

### **5.4 Beperkingen onderzoek en vervolgonderzoek**

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zelfrapportageschalen. Bij zelfrapportage kan er sprake zijn van interpretatie fouten. Zo geeft een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen aan nog nooit eerder een vragenlijst ingevuld te hebben. Dit kan een vertekend beeld geven van de resultaten door een gebrek aan inzicht in het eigen gedrag. Daarnaast is het mogelijk dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven.

Een andere kanttekening die moet worden gemaakt betreft de uitvoering van het onderzoek. Aangezien veel Suryoye ouderen niet goed kunnen lezen en schrijven is ervoor gekozen om deze ouderen zo veel mogelijk persoonlijk te benaderen. Het is de vraag in hoeverre dit invloed heeft gehad op de resultaten. Deze benadering heeft echter wel veel meer inzicht verschaft in de manier waarop Suryoye ouderen denken en handelen. Zo is tijdens de afname van de vragenlijsten opgevallen dat de integratie vragenlijst van Serrano & Anderson (2003) door veel Suryoye ouderen niet goed is begrepen. Velen geven bijvoorbeeld aan alléén maar naar Syrische, Arabische en Turkse zenders te kijken, terwijl bij doorvragen blijkt dat ze elke ochtend en avond wel het Nederlandse nieuws volgen. Dit geldt ook voor de sociale contacten. Aangezien de sociale netwerken goed worden onderhouden en de meeste Suryoye ouderen bijna dagelijks tot wekelijks contact met hun familie en vrienden hebben is het geringe aantal contacten met autochtonen helemaal niet meegerekend. Dit omdat zij niet tot de allerbeste vrienden behoren en zij deze ouderen niet wekelijks of maandelijks bezoeken. De meeste Suryoye ouderen blijken moeite te hebben met de frequentie van de antwoordcategorieën.

Opmerkelijk aan de integratievragenlijst van Serrano & Anderson (2003) zijn de antwoordcategorieën (1= alleen Suryoye en 5= alleen Nederlanders). Hoe hoger het cijfer, hoe

beter men geïntegreerd is in de Nederlandse samenleving. Dit betekent voor Suryoye ouderen dat zij het beste geïntegreerd zijn, wanneer zij absoluut geen contact meer hebben met andere Suryoye. Dit is echter wel merkwaardig. Gelukkig heeft dit geen gevolgen gehad voor dit onderzoek aangezien de gemiddelden voor deze vragenlijst laag waren.

Een andere tekortkoming in dit onderzoek is dat er gekozen is voor een cross-sectioneel onderzoek. Dit wil zeggen dat er geen causale verbanden kunnen worden aangetoond, omdat er maar op één tijdstip is gemeten.

In dit onderzoek is gekeken hoe het is gesteld met het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen en de factoren die van invloed zijn op het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Dit om aanknopingspunten te vinden voor interventies gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. De resultaten laten zien dat het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen het beste wordt voorspeld door integratie en proactieve copingvaardigheden. Wellicht kan toekomstig onderzoek zich richten op specifieke interventies voor Suryoye ouderen.

Ook zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op een andere allochtone groep. De resultaten van dit onderzoek zouden dan vergeleken kunnen worden met die van andere allochtone ouderen.

## **5.5 Aanbevelingen**

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Dit onderzoek laat zien dat integratie en proactieve copingvaardigheden erg belangrijke determinanten zijn. Wellicht kunnen interventies hierop ingezet worden. Een proactieve houding helpt vroegtijdig problemen te herkennen en ondersteunt het tijdig formuleren van positieve doelen die het leven zin en kwaliteit geven ondanks mogelijke achteruitgang (Bode et al., 2007).

Een belangrijk punt voor interventies gericht op Suryoye ouderen is de taal. Suryoye ouderen hebben over het algemeen een matige beheersing van de Nederlandse taal. De beheersing van het Nederlands is slechter onder de 65-plussers. Zij kunnen zich nauwelijks redden in het Nederlands en zijn in dit opzicht afhankelijk van hun kinderen. Deze ouderen op zo'n leeftijd proberen een nieuwe taal aan te leren is niet eenvoudig. Ten eerste, omdat de kwaliteit van het geheugen met de leeftijd afneemt en ten tweede, omdat het om een grote groep analfabete ouderen gaat. Wat het aanleren van een vreemde taal nog moeilijker maakt.

Voor het stimuleren van de Nederlandse taal bij deze ouderen, is het van belang dat de taallessen op een leuke en speelse manier worden aangeboden. Bijv. met veel duidelijke plaatjes en door dezelfde stof keer op keer te herhalen, zodat de informatie beter opgeslagen kan worden in het lange termijn geheugen. Vaak wil men deze ouderen zoveel bijbrengen, dat men soms vergeet dat het om analfabete ouderen gaat: wat ze vandaag hebben geleerd zijn, ze volgende week alweer vergeten! Hier is dus een geheel andere manier van lesgeven van belang! Daarnaast worden taalcursussen vaak voor één seizoen aangeboden. Aangezien het hier om analfabete ouderen gaat, is het van belang dat dit over een veel langere periode gebeurt. Hier zal dus veel meer menskracht en tijd in geïnvesteerd dienen te worden.

Taalprojecten die aansluiten bij het dagelijks leven van deze ouderen kunnen erg nuttig zijn. Veel Suryoye 65-plussers kunnen door hun taalachterstand niet zelfstandig een arts bezoeken. Zij nemen vaak hun kinderen of andere familieleden mee die als tolk moeten fungeren. Deze familieleden zijn echter geen professionele tolken, waardoor soms miscommunicatie kan ontstaan. Bovendien zijn bepaalde onderwerpen moeilijk te bespreken in het bijzijn van familieleden. Door taal te koppelen aan gezondheid leren deze ouderen zelfstandig de arts of apotheek te bezoeken. Op deze manier leren zij niet alleen om zichzelf te redden in het dagelijks leven, maar zijn deze ouderen ook minder afhankelijk van hun kinderen of andere familieleden.

Daarnaast zou voorlichting in de eigen taal voor deze ouderen een belangrijke interventiestrategie kunnen zijn. Veel allochtone ouderen doen geen beroep op de geestelijke gezondheidszorg, omdat er een taboe rust op het erkennen van psychische problemen. Zij bang zijn in de eigen kring als gek te worden aangezien. Dit geldt waarschijnlijk ook voor Suryoye ouderen. Om de drempel bij deze ouderen te verlagen is goede voorlichting in de eigen taal over psychische stoornissen en de mogelijke oorzaken hiervan van groot belang. Door deze ouderen inzicht te verschaffen in de psychische problematiek, kunnen psychische problemen tijdig opgespoord worden bij deze ouderen en kan verergering van de klachten voorkomen worden. Daarnaast is het van belang deze ouderen te informeren dát er hulpverlenende instanties zijn en hoe ze die kunnen bereiken!

Om contact te stimuleren tussen Suryoye ouderen en autochtonen kan gedacht worden aan een interventieaanbod in de sociale sfeer. Een ruime meerderheid van de Suryoye ouderen geeft aan hier behoefte aan te hebben. Wellicht kunnen meer leerzame en gezellige activiteiten

georganiseerd worden tussen allochtone en autochtone ouderen. Op deze manier worden ze niet alleen gestimuleerd om Nederlands te spreken, maar kunnen ze ook iets meer vertellen en laten zien over hun cultuur.

Aangezien Suryoye ouderen moeilijk te bereiken zijn en de kerk een belangrijke rol inneemt bij Suryoye ouderen, kan samenwerking met kerken of Suryoye verenigingen erg nuttig zijn.

De resultaten van dit onderzoek lijken overeen te komen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat de geestelijke gezondheid van allochtone ouderen slechter is dan die van autochtone ouderen (Schellingerhout, 2004). Ook lijken de resultaten overeen te komen met onderzoeken waaruit blijkt dat allochtone ouderen het ouder worden negatiever beleven dan autochtone ouderen (Dijkstra, 2006; Clappers & Woortmeijer, 2004). Opmerkelijk is echter dat ondanks de slechte psychische gezondheid Suryoye ouderen regelmatig gevoelens van geluk ervaren. Integratie en proactieve copingvaardigheden zijn belangrijke voorspellers voor het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Interventies zouden hierop ingezet moeten worden om zo het psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen te kunnen bevorderen.



## Literatuurlijst

- Argyle, M. & Crossland, J. (1987). Dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26, 127-137.
- Baert, T., Moorsel, C., van. (2002). *Verslag ontwikkelingsfase Gezond Oud Worden*. Woerden: NIGZ, 2002.
- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311: In Bohlmeijer, E. (2007). *Reminiscence and depression in later life (Dissertation)*. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit.
- Beer, M. de, Lange, J. de. (1993). *Depressie bij ouderen*; literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk. Utrecht: NCGV.
- Biddle, S. J. (2000). *Emotions, mood and physical activity*. In : Biddle, S. J., Fox, R. K. & Boutcher, S. H. (Eds.) "Physical activity and psychological well-being", Routledge, London.
- Bode, C., Ridder, D. T. D. de, Bensing, J. M. (2006). Preparing for aging: Development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory. *Patient Education and Counseling*, 61, 272-278.
- Bode, C. & Ridder, D. T. D. de (2007). Investing in the future-identifying participants in an educational program for middle-aged and older adults. *Health Education Research*, 22, 22, 473-482.
- Bode, C., Drosseart, C. H. C. & Dijkstra, E. (2007). Een verkennend onderzoek naar de eigen beleving van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans -Surinaamse ouderen in Den Haag. *Epidemiologisch bulletin*. 42, 26-32.

- Bode, C., Ridder, D. T. D. de, Kuijer, R. G. & Bensing, J. M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47, 42-51.
- Bohlmeijer, E. (2007). *Reminiscence and depression in later life (Dissertation)*. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit.
- Braam, A. W. (1999). *Religion and depression in later life. An empirical approach*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- CBS (2008). *Allochtonen in Nederland 2008*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Carint - Thuis in welzijn, wonen en zorg. *Dagvoorzieningen voor Suryoye en Turkse ouderen* (z.d.). Verkregen op 10 september 2008, van <http://www.carint.nl/web/site/default.aspx?m=diensten&a=d&guid=766803A7-C813-4...>
- Clappers, A. & Woortmeijer, M. (2004). *Insjallah: de beleving van het ouder worden van Turkse en Marokkaanse ouderen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
- Cole, M. G. & Yaffe, M. J. (1996). Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychology*, 11, 157-161: In Bohlmeijer, E. (2007). *Reminiscence and depression in later life (Dissertation)*. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit.
- Dagevos, J. (2001). *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J., Gijsbert, M., Praag van, C. (2003). *Rapportage minderheden 2003. Onderwijs, arbeid en sociaal-culturele integratie*. Den Haag, : Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J. en Schellingerhout, R.(2003). 'Sociaal –culturele integratie: contacten, cultuur en oriëntatie op de eigen groep'. In: Dagevos, J., Gijsberts, M. & van Praag (red.),

*Rapportage minderheden 2003*. Onderwijs, arbeid en sociaal –culturele integratie (p. 317-362). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP -publicatie 2003/13).

Dahy, M. & Hoebink, M. (2007). Nieuwe Syrisch-orthodoxe bisschop in Nederland. Spiritueel centrum in Glane. Verkregen op 10 september 2008, van <http://www.wereldomroep.nl/actua/nl/samenleving/bisschop070426>

Dijkshoorn, A. P. (2002). *Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000*. Amsterdam: GG&GD.

Dijkstra, E. (2006). *Oud worden in Nederland*. Enschede: Universiteit Twente.

Fokkema, T., Knipscheer, K. (2006). Digitaal de eenzaamheid te lijf. Kwantitatieve evaluatie van een Nederlands experiment om met ICT uit de eenzaamheid te geraken. *Gedrag en gezondheid*, 34, 167-181.

Fokkema, T, Tilburg, T. van. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.

Gezondheidsatlastwente. Boom, C., & Haitsma, O. (2007).GGD Regio Twente. Verkregen op 10 november 2008, van <http://www.google.nl/search?hl=nl&q=Depressie+in+Twente&meta=&aq=f&oq=>

Graaff, F. M. de, & Francke, A. L. (2002). Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland. Een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. In: *Verpleegkunde* (17) 2, 131-139.

Haastrecht, P., van, Verweij, A. (2005). Wat zijn de effecten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 27 augustus 2008, van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o6101n30611.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o6101n30611.html)

- Haitsma, O. & Visser, J. (2006). *Gezond ouder worden in Twente. Ouderenonderzoek GGD 2005*. Regio Twente: GGD.
- Hills, P. & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, 1357-1364.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Jaber, L. A., Brown, M. B., Hammad, A., Zhu, Q. & Herman, W. H. (2003). Lack of acculturation is a risk factor for diabetes in Arab immigrants in the U.S. In: *Diabetes Care* (26) 7, 2010-2013.
- Jong Gierveld, J. de. (1999). Eenzaamheid onder ouderen: Een overzicht van het onderzoek. *Geron, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 1, 5-15.
- Kenis, A. (2005). *De invloeden van religie en spiritualiteit op gelukkig zijn*. Leuven: Katholieke Universiteit.
- Keyes, C. L. M., Wiesing, M., Potgieter, J. P., teman, M., Kruger, A. & Rooy, S. van. (2008) Evaluation of the mental health continuüm-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15 (3), 181-192.
- Klerk, M. M. Y. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP- publicatie 2002/10).
- Kromhout, D., Knoop, K. (2004). Voeding, leefstijl en levensduur. *Voeding Nu*, april 2004.
- Larsen, R. J. & Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism, and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Differences*, 10, 1221-1228.
- Larsen, R. J. & Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 132-140.

- Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2005). *Personality Psychology. Domains of Knowledge About Human Nature*. New York: McGraw-Hill international edition.
- Leent-Loenen, H. M. J. A. van, Visscher, T. L. S. & Gommer, A. M. (2008). Lichaamsgewicht samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, verkregen op 18 oktober 2008, van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1251n18950.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1251n18950.html)
- Lindert, H. van, Droomers, M., & Westert, G. P. (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Een kwestie van verschil: verschillen in gerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Linnmann, M. A., van Linschoten, C., P., Royers, T., Nelissen, H., & Nitsche, B. C. M. voor (2001). *Eenzaam op leeftijd: Interventies bij eenzame ouderen*. Utrecht: Nederlands Instituut Zorg en Welzijn.
- Mackenbach, J. P. & Verkleij, H. (1997). *Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*. Maarssen: Elsevier? De tijdstroom.
- Meyboom, J. K. & Eekelen, W., van (1999). Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. *Medische Antropologie*, 11, nr. 2, pp. 377-393.
- Moerbeek, S. en D. Biidu (2001). *Teruggaan en blijven. Denkbeelden van oudere migranten in kaart gebracht*. Amsterdam: Stichting Bevordering Maarschappelijke Participatie. In: Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2006) *An introduction to health psychology*. England: PEARSON Prentice Hall.
- Muller, W. (2008). Zorg & Welzijn. Multiculturele samenleving. Duurzaam intercultureel werken in Hengelo. RIVM, verkregen op 10 september 2008, van [http://www.zorgwelzijn.nl/dossiers/id20105-64099/duurzaam\\_intercultureel\\_werken\\_i...](http://www.zorgwelzijn.nl/dossiers/id20105-64099/duurzaam_intercultureel_werken_i...)

Myers, D. G. (1993). *The pursuit of happiness*. New York: Avon Books.

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.

Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological science*, 6, 10-19.

Overbeek van, R. (2006). *Verlag debat 'Zorg om oudere migranten'*. Mikado in samenwerking met NIZW Zorg, Kenniscentrum Ouderen. Verkregen op 10 oktober 2008 van,

<http://mighealth.net/nl/images/f/f8/Debat.doc>

Perenboom, R. Oudshoorn, K., Herten, L. van, Hoeymans, N. & Bijl, R. (2000).

Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO. RIVM, verkregen op 12 februari 2009 van,

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o2866n18839.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2866n18839.html).

Poort, E. C., Spijker, J., Dijkshoorn, H., Verhoeff, A. P. (2001). *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam '99-'00. Gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: GG&GD.

Reijneveld, S. A., Westhoff, M. A., Hopmann-Rock, M. (2003). Het preventieprogramma Gezond & Vitaal voor Turkse ouderen: ontwikkeling, evaluatie en implementatie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 4: p 29.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Schukking, A. J. (1996). *Het gekruisigde volk. Een historisch- antropologisch onderzoek naar de maatschappelijke dwangen die ertoe leiden dat de suryoye- gemeenschap als etnische groep blijft bestaan in Nederland*. Doctoraalscriptie Vrije Universiteit te Amsterdam. Faculteit sociaal- culturele wetenschappen.
- Schulz, R. & Decker, S. (1985). *Long-term adjustment to physical disability*. *Journal of personality and Social Psychology*, vol. 48, 1162-1172.
- Serrano, E. & Anderson, J. (2003). Assessment of a Refined Short Acculturation Scale for Latino preteens in rural Colorado. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 240-253.
- Smits C. H. M. (2008). *Mantelzorg in de Suryoye-gemeenschap: tussen God, gemeenschap en geduld*. Lector Innoveren in de Ouderenzorg: Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle.
- Spee, H. (2006). *Infokaart allochtonen en gezondheid*. Noord- en Midden -Limburg: GGD.
- Steverink, N, Westerhof G. J., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (1999). Het meten van de beleving van het ouder worden. Nijmegen: Universiteit Nijmegen, Sectie Psychogerontologie.
- Steverink, N, Bode, C., Westerhof G. J. & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of growing old, resources and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 56, 364-273.
- Sümer, F. (1982). *De Syrisch-orthodoxe gemeenschap*. Hengelo:Grafodruk.
- Surgeon General Health (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Verkregen op 10 oktober 2008, van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o2928n39772.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2928n39772.html)
- Tesser, P. T. M., van Dugteren, F.A. & Merens, A. (1998). *Rapportage minderheden 1998*. De eerste generatie in de derde levensfase. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Trimbos-Instituut (2003). Lichte dagen, donkere dagen-cursus voor allochtonen met een depressie. Verkregen op 15 oktober van,  
<http://www.trimbos.nl/default3886.html?date=1&back=1>.
- Vandereycken, W., Hoogduin C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2004). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Es, E. (2000). *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Oers, J. A. M. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM rapport 27055101).
- Veenhoven, R. (1987). Alleen leven en geluk, verhoogt onvrede met het bestaan de kansen om alleen te staan? *Gedrag en Gezondheid*, vol. 15, 107-117.
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333-354.
- Veenhoven, R. (2006). *Gezond geluk: Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg*. Verkenning in het kader van het programma "Gezond Leven" van ZonMw Erasmus Universiteit Rotterdam, januari 2006.
- Veer, A. J. E. de, & Francke, A. L. (2003). Thuiszorg voor allochtone ouderen. In: *Verpleegkunde* (18) 169-177.
- Verweij, A (RIVM), Beer, J. de (NIDI) (2007). *Wat is de huidige situatie?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, verkregen op 19 augustus 2008, van  
[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o3015n21018.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3015n21018.html).
- Vilans Kenniscentrum ouderen (2007). *Oud en beweging*. Verkregen op 18 oktober 2008 van,  
<http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/smartsite.dws?id=49904>.



- Voedingscentrum (2009). Body Mass Index. Verkregen op 9 mei 2009 van, <http://www.voedingscentrum.nl/nl/eten-gezondheid/gewicht/gezond-gewicht/body-mass-index.aspx>.
- Voordouw, I., Drewes, M., Beart, T. (2003). *Voorlichting over depressie aan Turkse en Marokkaanse patiënten in huisartsenpraktijken: lesmap bestemd voor allochtone zorgconsulenten/Vetc*. Woerden: NIGZ, 2003.
- Wallston, K. A., Malcarne, V. L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C. A., Stein, M. J., Weisman, M. H., & Clements, P.J. (1999). Does God determine your health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research* 23 ( 2), 131-142.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weis, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Westerhof, G. J. (2003). De believing van het eigen ouder worden. Multidimensionaliteit en multidirectionaliteit in relatie tot succesvol ouder worden en welbevinden. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 34, 96-103.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*: Geneve: WHO, 2001f.
- Wurff, F. B., van der, Beekman, A. T. F., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H. M., Stek, M. L. & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41.
- Yerden, I. (2000). *Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland (proefschrift)*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Zautra, A. J. (2003). *Emotions, Stress and Health*. Oxford University Press, Oxford, NY, USA.

Zelenski, J. M. & Larsen, R. J. (1999). Susceptibility to affect: A comparison of three personality taxonomies. *Journal of Personality*, 67, 761-791.

## **BIJLAGEN**

## Demografische kenmerken

**1. Wat is uw geslacht?**

- Man
- Vrouw

**2. Wat is uw geboortejaar?.....**

**3. Wat is uw geboorteland?**

- a. Turkije
- b. Syrië
- c. Iran
- d. Irak
- e. Libanon
- f. Anders, namelijk.....

**4. Hoe lang woont u in Nederland?.....**

**5. Wat is uw burgerlijke staat?**

- a. Gehuwd
- b. Ongehuwd
- c. Gescheiden, gescheiden levend
- d. Weduwe/Weduwenaar

**6. Heeft u een opleiding genoten?**

- a. Ja, nl....
- b. Nee

**7. Heeft u een baan?**

- a. Ja, namelijk.....
- b. Ziektewet/WAO
- c. Gepensioneerd (AOW, VUT)
- d. Werkloos
- e. Huisvrouw/man
- f. In opleiding/bijtscholing

**8. Heeft u de afgelopen jaar moeite gehad om van uw inkomen rond te komen?**

- Nee, geen enkele moeite
- Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
- Ja, enige moeite
- Ja, grote moeite

**9. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?**

- Minder dan €850,-
- €851,- tot en met €1.150
- €1.151,- tot en met €1.750,-
- €1.751,- tot en met €3.050,-
- €3.051,- tot en met €3.500,-
- €3.501,- of meer
- Wil ik niet zeggen.

## Eenzaamheid (De Jong Gierveld)

Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u van toepassing is. Zet een kruis in het vak wat het beste bij u past. Wilt u alstublieft alle vragen beantwoorden.

	Ja	Min of meer	Nee
1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.	0	0	0
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin.	0	0	0
3. Ik ervaar een leegte om me heen.	0	0	0
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	0	0	0
5. Ik mis gezelligheid om mij heen.	0	0	0
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.	0	0	0
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	0	0	0
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	0	0	0
9. Ik mis mensen om mij heen.	0	0	0
10. Vaak voel ik mij in de steek gelaten.	0	0	0
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.	0	0	0

12. Als mensen die nooit eenzaam zijn 1 punt krijgen en mensen die altijd eenzaam zijn 10 punten, hoeveel punten zou u zichzelf dan geven?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nooit eenzaam									Altijd eenzaam

**Ouderdomsbeleving (BOWS)**

Ouder worden betekent voor mij:	Helemaal niet waar	Grotendeels niet waar	Grotendeels waar	Helemaal waar
1. dat ik veel plannen blijf maken.	0	0	0	0
2. dat ik lichamelijk minder zwaar te belasten ben.	0	0	0	0
3. dat ik mij vaker verveel.	0	0	0	0
4. dat ik veel ideeën kan blijven realiseren.	0	0	0	0
5. minder vitaal en fit ben.	0	0	0	0
6. dat ik minder gerespecteerd word.	0	0	0	0
7. dat ik in staat blijf om nieuwe dingen te leren.	0	0	0	0
8. dat ik mijn lichamelijke achteruitgang minder goed kan opvangen.	0	0	0	0
9. dat ik mij vaker eenzaam voel.	0	0	0	0
10. dat ik steeds bekwaamer word.	0	0	0	0
11. dat mijn gezondheidstoestand slechter wordt.	0	0	0	0
12. dat ik niet echt meer zo nodig ben voor anderen.	0	0	0	0

13. Wat me aan het ouder worden bevalt

.....

.....

.....

.....

14. Wat me aan het ouder worden niet bevalt

.....

.....

.....

.....

**Psychische gezondheid (MHI- 5)**

Hoe vaak in de afgelopen vier weken:	Altijd	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
1. Was u erg zenuwachtig?	0	0	0	0	0	0
2. Zat u zo in de put, dat niets u kon opvrolijken?	0	0	0	0	0	0
3. Voelde u zich kalm en rustig?	0	0	0	0	0	0
4. Voelde u zich somber en neerslachtig?	0	0	0	0	0	0
5. Was u een gelukkig mens?	0	0	0	0	0	0

## Geluksbeleving (MHC- SF)

In de afgelopen **maand**,  
hoe vaak had u het gevoel....

	Nooit	1 of 2 keer	Soms	Regelmatig	Bijna elke dag	Elke dag
1. dat u gelukkig was?	0	0	0	0	0	0
2. dat u geïnteresseerd was in het leven.	0	0	0	0	0	0
3. dat u tevreden was?	0	0	0	0	0	0
4. dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	0	0	0	0	0
5. dat u deel uitmaakte van een gemeenschap(zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	0	0	0	0	0
6. dat onze samenleving beter wordt door mensen?	0	0	0	0	0	0
7. dat mensen in principe goed zijn?	0	0	0	0	0	0
8. dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	0	0	0	0	0
9. dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	0	0	0	0	0
10. dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	0	0	0	0	0
11. dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	0	0	0	0	0
12. dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	0	0	0	0	0
13. dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	0	0	0	0	0
14. dat uw leven een richting of zin heeft?	0	0	0	0	0	0

## Taalvaardigheid

### **1. Als iemand in het Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?**

0 Ja, vaak/altijd

0 Ja, soms

0 Nee, nooit

### **2. Hebt u wel eens moeite om Nederlands te spreken?**

0 Ja, vaak moeite/ spreek geen Nederlands

0 Ja, soms

0 Nee, nooit moeite

### **3. Hebt u bij het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?**

0 Ja, vaak moeite

0 Ja, soms

0 Nee, nooit moeite

## **Mate van integratie en terugkeergeneigdheid**

### **1. Welke taal spreekt u meestal?**

- Alleen Suryoyo
- Meer Suryoyo dan Nederlands
- Net zoveel Suryoyo als Nederlands
- Meer Nederlands dan Suryoyo
- Alleen Nederlands

### **2. Welke taal spreekt u thuis?**

- Alleen Suryoyo
- Meer Suryoyo dan Nederlands
- Net zoveel Suryoyo als Nederlands
- Meer Nederlands dan Suryoyo
- Alleen Nederlands

### **3. In welke taal denkt u?**

- Alleen Suryoyo
- Meer Suryoyo dan Nederlands
- Net zoveel Suryoyo als Nederlands
- Meer Nederlands dan Suryoyo
- Alleen Nederlands

### **4. In welke taal spreekt u met uw vrienden?**

- Alleen Suryoyo
- Meer Suryoyo dan Nederlands
- Net zoveel Suryoyo als Nederlands
- Meer Nederlands dan Suryoyo
- Alleen Nederlands

### **5. In welke taal kijkt u meestal t.v.?**

- Alleen Suryoyo
- Meer Suryoyo dan Nederlands
- Net zoveel Suryoyo als Nederlands
- Meer Nederlands dan Suryoyo
- Alleen Nederlands

### **6. Uw beste vrienden zijn:**

- Alleen Suryoye
- Meer Suryoye dan Nederlanders
- Net zoveel Suryoye als Nederlanders
- Meer Nederlanders dan Suryoye
- Alleen Nederlanders

### **7. Aan welke mensen geeft u de voorkeur op feestjes?**

- Alleen Suryoye
- Meer Suryoye dan Nederlanders
- Net zoveel Suryoye als Nederlanders
- Meer Nederlanders dan Suryoye
- Alleen Nederlanders



**8. De mensen waar u een bezoekje aan brengt, of de mensen die u bezoeken zijn:**

- Alleen Suryoye
- Meer Suryoye dan Nederlanders
- Net zoveel Suryoye als Nederlanders
- Meer Nederlanders dan Suryoye
- Alleen Nederlanders

**9. Toen ik naar Nederland kwam was ik van plan ooit terug te keren naar .....(land van herkomst).**

- Ja
- Nee

**10. Ik ben steeds van plan om te gaan wonen in .....(land van herkomst).**

- Ja
- Nee

**Contact met familie en vrienden**

**1. Heeft u kinderen?**

- Nee, ga door naar de volgende vragenlijst.
- Ja. Hoeveel meisjes?....  
Hoeveel jongens?.....

**2. Mijn kinderen wonen dichtbij?**

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Niet mee oneens/niet mee eens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

**3. Waar wonen uw kinderen?.....**

**4. Hoe vaak heeft u contact met uitwonende kinderen of andere familieleden?**

- (Vrijwel) dagelijks
- Wekelijks
- Een paar keer per maand
- 1 keer per maand of minder
- (Vrijwel) nooit
- Niet van toepassing: ik heb geen familie

**5. Hoe vaak heeft u contact met vrienden en kennissen?**

- (Vrijwel) dagelijks
- Wekelijks
- Een paar keer per maand
- 1 keer per maand of minder
- (Vrijwel) nooit
- Niet van toepassing: ik heb geen vrienden en kennissen

- 6. Hoe vaak maakt u een praatje met mensen uit uw buurt?**  
0 (Vrijwel) dagelijks  
0 Wekelijks  
0 Een paar keer per maand  
0 1 keer per maand of minder  
0 (Vrijwel) nooit
- 7. Bezoekt u kerkelijke bijeenkomsten?**  
0 Ja, regelmatig  
0 Ja, af en toe  
0 Nee
- 8. Alles in aanmerking genomen, hoe tevreden bent u met de contacten die u met anderen hebt?**  
0 Zeer tevreden  
0 Tevreden  
0 Ongeveer even tevreden als ontevreden  
0 Ontevreden  
0 Zeer ontevreden
- 9. Mijn kinderen geven mij goede adviezen als dat nodig is.**  
0 Nooit  
0 Soms  
0 Meestal  
0 Altijd
- 10. Mijn kinderen helpen mij met praktische zaken als dat nodig is (zoals stofzuigen, boodschappen doen).**  
0 Nooit  
0 Soms  
0 Meestal  
0 Altijd
- 11. Mijn kinderen laten mij merken dat ze van mij houden.**  
0 Nooit  
0 Soms  
0 Meestal  
0 Altijd
- 12. Mijn kinderen zijn ervoor me, als ik troost of medeleven nodig heb.**  
0 Nooit  
0 Soms  
0 Meestal  
0 Altijd
- 13. Mijn kinderen gehoorzamen mij.**  
0 Nooit  
0 Soms  
0 Meestal  
0 Altijd

**Religie**

**1. Heeft u een geloofsovertuiging?**

- 0 Ja, Syrisch- orthodox
- 0 Nee
- 0 Iets anders, namelijk.....

**2. Bezoekt u de kerk?**

- 0 Nee
- 0 Ja. Hoe vaak per week?.....

**3. Als je ziek bent, wie of wat heeft dan veel invloed op je gezondheid?**

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Wie of wat heeft veel invloed op of je wel of niet ziek wordt?**

.....

.....

.....

.....

.....

### Proactieve coping (UPCC)

In hoeverre beschikt u over de volgende vaardigheden?

	Niet vaardig	Nauwelijks vaardig	Vaardig	Zeer vaardig
1. Toekomstige ontwikkelingen inschatten.	0	0	0	0
2. Vooruitkijken.	0	0	0	0
3. Eerste teken herkennen als iets fout dreigt te gaan.	0	0	0	0
4. Open staan voor commentaar van anderen.	0	0	0	0
5. Mijn eigen mogelijkheden en kansen zien.	0	0	0	0
6. Mijn eigen belemmeringen zien.	0	0	0	0
7. Mijn omgeving inschatten.	0	0	0	0
8. Duidelijk formuleren wat ik wil bereiken.	0	0	0	0
9. Mijn wensen in plannen vertalen.	0	0	0	0
10. Realistische plannen maken.	0	0	0	0
11. Andere mensen om raad vragen.	0	0	0	0
12. Oplossingen vinden.	0	0	0	0
13. Alternatieven bedenken als een oplossing niet werkt.	0	0	0	0
14. Echt doen wat ik van plan was.	0	0	0	0
15. Volhouden.	0	0	0	0
16. Steun zoeken als het moeilijk wordt.	0	0	0	0
17. Nagaan of ik bereikt heb wat ik wil bereiken.	0	0	0	0
18. Positieve kanten aan een tegenslag zien.	0	0	0	0
19. Leren van tegenslag.	0	0	0	0
20. Erbij stilstaan als iets fout gaat.	0	0	0	0
21. Mijzelf belonen als iets lukt.	0	0	0	0

## **Leefstijl**

1. Wat is uw lengte?
2. Wat is uw gewicht?

## **Interventies**

1. Vindt u dat de hulp en de zorg die instellingen aanbieden, aansluiten op uw wensen en behoeften m.b.t. psychische/lichamelijke klachten?  
0 Ja  
0 Nee  
0 Niet van toepassing
2. Op welke manier denkt u dat zorginstellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. psychische/ sociale problemen (bijv. “tafeltje dekje” in eigen smaak, Suryoye mantelzorgers, bezoekdiensten, ontmoetingsgroepen, etc.)
3. Op welke manier denkt u dat zorginstellingen kunnen inspelen op uw wensen en behoeften m.b.t. lichamelijke problemen? (bijv. huishoudelijk hulp, hulp met wassen en aankleden, helpen met boodschappen doen, etc.).