



Vrije Universiteit Brussel

Attitudes t.a.v. laagdrempelige telezorg bij 65-plussers. Een exploratief onderzoek m.b.t. de Zelfmoordlijn.



Eindverhandeling tot master in de Agogische
Wetenschappen
Student: Veerle De Vylder
Promotor: Prof. Dr. C. Geerts
Organisatie: Centrum ter Preventie van
Zelfmoord Vzw
Academiejaar 2007-2008

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Richting: Vrijetijdsagogiek

Attitudes t.a.v. laagdrempelige telezorg bij 65-plussers. Een exploratief onderzoek m.b.t. de Zelfmoordlijn.

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van Master in de Vrijetijdsagogiek door

De Vylder Veerle

Academiejaar 2007-2008

Promotor: Prof. Dr. Christel Geerts

Co-promotor: Prof. Dr. Dominique Verté

Aantal woorden: 35.693



SAMENVATTING

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
FACULTEIT VOOR PSYCHOLOGIE
EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

EINDVERHANDELING

acad.jaar 2007/2008

Naam: De Vylder Veerle **Richting:** Vrijetijdsagogiek

Titel verhandeling & promotor:

Attitudes t.a.v. laagdrempelige telezorg bij 65-plussers. Een exploratief onderzoek m.b.t. de Zelfmoordlijn.

Professor Dr. Christel Geerts

Samenvatting:

In opdracht van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (CPZ) werd een onderzoek gedaan naar de attitudes t.a.v. laagdrempelige telezorg bij 65-plussers. De intentie tot het hulpzoekend gedrag bij laagdrempelige telefonische crisishulp, met in het bijzonder de Zelfmoordlijn, werd hierbij onderzocht. Aan de hand van een enquête werden 106 senioren bevroegd in Brussel, Antwerpen en de provincie Vlaams-Brabant. 36 mannen en 70 vrouwen, allen tussen 65 en 92 jaar oud, vulden de enquête in. Verschillende componenten werden bevroegd, zoals de bekendheid en het imago van de Zelfmoordlijn, attitudes t.a.v. suïcide en hulp zoeken, enz. We kunnen stellen dat ouderen een vrij positieve intentie hebben tot het zoeken van hulp, maar dat telecommunicatie, waar de meeste crisisdiensten op gebaseerd zijn, geen populaire vorm van menselijk contact is onder de ouderen. Ondanks de opmerkelijk grote aantallen wat betreft suïcide-ervaring en de vrij positieve attitude t.a.v. suïcide, maken slechts weinig ouderen gebruik van de beschikbare hulpverleningsdiensten en hulplijnen. Het onderzoek toont verder aan dat er een vrij positief imago van de Zelfmoordlijn vast te stellen is, alsook een positieve attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn. Vervolgens kunnen we stellen dat telefonische hulpverleningsdiensten in vergelijking met de hulporganisaties het meest bekend zijn bij de ouderen. Maar als we kijken naar de Zelfmoordlijn in het bijzonder, is een gebrek aan bekendheid en een onduidelijkheid wat betreft de inhoud en werking ervan op te merken bij de ouderen. Het loont de moeite dit onderzoek op grotere schaal uit te voeren, in een andere context, zodat ook ouderen met suïcidegedachten kunnen bevroegd worden. Ongetwijfeld kunnen er dan nog andere vaststellingen gedaan worden. Een dergelijk breed onderzoek was aangezien het gevoelige thema vrij moeilijk en was tevens in het kader van een masterscriptie helaas niet mogelijk.

Dankwoord

Iedereen die op welke manier dan ook een bijdrage heeft geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie wil ik hartelijk bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. C. Geerts bedanken voor het ondersteunen van mijn onderzoek.

Speciale woorden van dank voor Alexandre Reynders van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) voor het aanbrenge van het onderwerp, de structurele ondersteuning, het nalezen van teksten en de vele aanmoedigingen, alsook voor het ter beschikking stellen van een kopieermachine en literatuur. Ook Ils De Bal van de Wetenschapswinkel verdient als tussenpersoon een bedanking voor de goede opvolging en informatie over de thesis.

Liesbeth De Donder dank ik heel hartelijk voor de nuttige tips en de methodologische ondersteuning.

Daarnaast richt ik ook een woord van dank aan alle organisaties en hun medewerkers die hebben geparticipeerd in het onderzoek: Rohnny Buyens (S-Plus), Lieve Demeester en Ingrid Van Kerckhove (OKRA), Gilberte Van Rijsselberge (Herman Teirlinckbond te Sint-Jans-Molenbeek, Guido Verbrugge, Kathy Vermeulen en An Vanderauwera (LBV), Gerda Vanmarcke en Marc Van Belle (Seniorencentrum te Brussel), Greta Delvaux (Wit Gele Kruis te Tienen), Hilde Vertongen (Wit Gele Kruis te Opwijk), Veerle Gillis en Karen Vanweverberg (rusthuis Van Ginderachter te Merchtem), Lies Dehing (rusthuis de Overbron te Neder-Over-Heembeek), Stefan Peeters (residentie Oase te Meise).

Zonder de medewerking van de senioren had ik natuurlijk geen enquêtes kunnen bijeen sprokkelen. Ik wil hen dan ook hartelijk danken voor het vrij maken van hun tijd om de enquêtes in te vullen.

Verder wil ik mijn mama, vriend, zus en vrienden bedanken voor hun steun, geduld en begrip, alsook de vriend van mijn zus voor het nalezen van mijn thesis.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	I
Dankwoord.....	II
Inhoudsopgave	III
Lijst met gebruikte afkortingen.....	VIII
Inleiding	1
1 Literatuurstudie.....	2
1.1 Probleemstelling	2
1.2 Begripsverduidelijking: Over wie gaat het eigenlijk?.....	2
1.3 Theorieën in verband met ouder worden	3
1.4 Epidemiologische gegevens	3
1.5 Definities	5
1.5.1 Het suïcidaal proces.....	6
1.6 Hulpverlening in het algemeen	7
1.6.1 Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw	7
1.6.2 Historiek	8
1.6.3 Missie	8
1.7 Hulplijnen	8
1.7.1 Anonieme telefonische hulpdiensten.....	9
1.7.2 Enkele voor- en nadelen van 'hotlines'	9
1.7.3 De Zelfmoordlijn	10

1.8	Contacteren van hulpbronnen bij suïcidale ouderen	12
1.9	The Theory of Planned Behavior	13
1.10	Interventies voor suïcidepreventie bij ouderen	14
1.11	Suïciderisicofactoren bij ouderen	15
1.12	Kenmerken van suïcidale ouderen	16
1.12.1	Persoonlijkheidskenmerken bij suïcidale ouderen	16
1.12.2	Kenmerken van suïcidaliteit bij ouderen.....	16
1.12.3	Kenmerken van de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen.....	17
1.12.4	Kenmerken van het gebruik van hulpverleningsdiensten bij ouderen	18
1.13	Attitudes t.a.v. geestelijke gezondheidszorg bij ouderen	19
1.14	Attitudes t.a.v. suïcide bij ouderen	20
1.15	Besluit.....	21
2	Onderzoekopzet	23
2.1	Doelstelling	23
2.2	Onderzoeksvragen	23
2.3	Methode	24
2.3.1	Onderzoekstype	24
2.3.2	Onderzoekspopulatie	25
2.3.3	Onderzoeksmateriaal	26
2.3.4	Procedure	30
2.3.5	Betrouwbaarheid.....	31
2.3.6	Ethische aspecten.....	32
3	Onderzoekresultaten.....	33
3.1	Gebruikte analysetechnieken	33

3.2	Voorstelling onderzoekspopulatie.....	34
3.3	Definiëren splitsingsvariabelen	36
3.4	Beschrijving van enkele variabelen	37
3.4.1	Het belgedrag	37
3.4.2	Suicide-ervaring	37
3.4.3	Beroep op telefonische hulplijnen en hulporganisaties	39
3.4.4	Bekendheid telefonische hulplijnen en hulporganisaties	40
3.5	Constructie van schalen	43
3.5.1	Nieuwe schalen	44
3.5.1.1	Bekendheid van de Zelfmoordlijn	44
3.5.1.2	Imago van de Zelfmoordlijn	47
3.5.1.3	Intentie tot het zoeken van hulp	49
3.5.2	Bestaande schalen	50
3.5.2.1	De intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn	50
3.5.2.2	Attitude t.a.v. suïcide	55
3.5.2.3	Attitude t.a.v. hulp zoeken	58
3.5.3	Correlaties tussen schalen	63
3.6	Overige componenten	64
3.6.1	Welbevinden	65
3.6.2	Sociaal contact	66
3.6.3	Theorieën i.v.m. ouder worden	69
3.6.4	Persoonlijkheid	70
3.6.5	SSOSH	71
3.6.6	DDI	72
3.6.7	Adviesverlening	74
4	Discussie	75
5	Conclusie	82

Figuren en tabellen84

Referentielijst86

Bijlagen..... I

Bijlage 1: De vragenlijst..... I

Bijlage 2: Verkenningsgesprekken seniorenbewegingen..... XXV

Bijlage 3: Methodologie van de enquête (vóór het afnemen) XXIX

Bijlage 4: Procesverslag XXXI

Bijlage 5: Introductie kruisverenigingen XXXII

Bijlage 6: Leeftijd..... XXXIII

Bijlage 7: GeslachtXXXV

Bijlage 8: Burgerlijke staat XXXVI

Bijlage 9: Woonplaats..... XXXVII

Bijlage 10: Nationaliteit XXXVII

Bijlage 11: Opleiding XXXIX

Bijlage 12: Aantal kinderenXLI

Bijlage 13: Hoofdberoep..... XLII

Bijlage 14: Huidige situatie..... XLIII

Bijlage 15: GezinsinkomenXLIV

Bijlage 16: Huidige verblijfplaatsXLV

Bijlage 17: Geslacht en verblijfXLVI

Bijlage 18: ThuisverzorgingXLVI

Bijlage 19: Kruistabel verenigingsleven en geslacht XLVIII

Bijlage 20: TelefonerenXLIX

Bijlage 21: Kruistabel telefoneren en geslacht	L
Bijlage 22: Suïcidepoging	LI
Bijlage 23: Kruistabel bekendheid Zelfmoordlijn en geslacht.....	LII
Bijlage 24: Bekendheid Zelfmoordlijn	LIII
Bijlage 25: Factoranalyse vraag 34	LIV
Bijlage 26: Factoranalyse vraag 36	LV
Bijlage 27: Factoranalyse 'intentie hulp zoeken'	LVIII
Bijlage 28: Factoranalyse 'attitude hulp zoeken bij Zelfmoordlijn'	LXI
Bijlage 29: Factoranalyse 'attitude t.a.v. suïcide'	LXIII
Bijlage 30: Factoranalyse 'help-seeking propensity'	LXVIII
Bijlage 31: Factoranalyse 'need for control and self-reliance'	LXX
Bijlage 32: Factoranalyse eenzaamheidsgevoelens.....	LXXII
Bijlage 33: Factoranalyse negatieve gevoelens	LXXIV
Bijlage 34: Factoranalyse SSOSH	LXXVI
Bijlage 35: Factoranalyse DDI.....	LXXVII

Lijst met gebruikte afkortingen

CPZ: Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw

CPS : 'Centre de Prévention du Suicide'

WHO: World Health Organization

GGZ: Geestelijke GezondheidsZorg

LBV: Liberale Beweging voor Volksontwikkeling

OKRA: Open, Kristelijk, Respectvol, Actief

VROS: Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit

SOQ: 'Suicide Opinion Questionnaire'

SPSS: 'Statistical Package for the Social Sciences'

ATSPPHS: 'Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale'

ATTS: 'Attitudes Towards Suicide questionnaire'

BHSS: 'Barriers to Help Seeking Scale'

DDI: 'Distress Disclosure Index'

MHLC: 'Mental Health Locus of Control scale'

SSOSH: 'Self-Stigma Of Seeking Help'

TPB: 'Theory of Planned Behavior'

Inleiding

Suicide is een wijdverspreid tragisch fenomeen. Naar schatting plegen er elke dag wereldwijd 3000 mensen suicide. In West-Europa is Finland de koploper, op de voet gevolgd door België met gemiddeld zeven suicides per dag (Forceville in de Bruyn, 2005). De grootste 'gevaargroep' of risicogroep zijn niet de jongeren, maar de 65-plussers en in het bijzonder de mannen boven 75 jaar (Turvey, Conwell, Jones, Phillips, Simonsick, Pearson, et al., 2002). Ze zijn niet alleen de leeftijdsgroep met de hoogste suïcidecijfers, ze zijn ook de gevoeligste leeftijdsgroep aangezien ze onderhevig zijn aan tal van risicofactoren (O'Connell, Ai-Vyryn Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004; Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004; Loebel, 2005). Forceville (in Verbruggen, 2007), directrice van het CPZ, beweert het volgende:

"65-plussers zien vaak hun houvast in het leven wegglijpen. Ze verliezen hun werk, hun vrienden, hun status, hun partner, vaak zelfs hun huis,... Ze worden dan ook afhankelijker van anderen naarmate ze ouder worden, en niet iedereen kan die veranderingen aan. Bovendien begrijpt de omgeving de signalen vaak niet... Een groot probleem is dat deze groep moeilijk bereikbaar is. Vanaf 65 jaar verdriedubbelt het aantal zelfdodingen, terwijl senioren toch maar 10 procent uitmaken van de mensen die de Zelfmoordlijn bellen".

Ondanks het feit dat ouderen de hoogste suïdecijfers hebben van elke leeftijdsgroep en dus een risicogroep blijken te zijn (O'Connell, Ai-Vyryn Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004; Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004), is de intentie tot het hulpzoekend gedrag op latere leeftijd nog weinig onderzocht geweest. Met dit onderzoek trachten we hierin enige verandering teweeg te brengen.

Dit onderzoek gebeurde op aanvraag van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (CPZ). Uit het jaarverslag van het CPZ (2007) blijkt dat het aandeel ouderen dat de Zelfmoordlijn contacteert, ondervertegenwoordigd is. Aangezien de drempel tot het zoeken van deze telefonische crisishulp voor ouderen in het algemeen erg hoog blijkt te zijn, werd daarom, in opdracht van het CPZ, een onderzoek gedaan bij ouderen naar de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij laagdrempelige telefonische crisishulp, in het bijzonder de Zelfmoordlijn.

Door o.a. de attitudes t.a.v. suicide en hulp zoeken, de bekendheid en het imago van de Zelfmoordlijn bij deze doelgroep te onderzoeken, trachten we de intentie tot het hulpzoekend gedrag van ouderen bij de Zelfmoordlijn te verklaren. Om een beter beeld te krijgen, hebben we de bekendheid van andere hulplijnen en hulpverleningsdiensten ook in rekening gebracht.

Dit onderzoek helpt de belangrijkste en meeste bekende kerntaak van het CPZ, de Zelfmoordlijn, verder te evalueren opdat sterktes verder kunnen worden uitgebouwd en zwaktes kunnen worden gereduceerd. De resultaten kunnen nuttig gebruikt worden in het promoten van vroege interventie en suïcidepreventie m.b.t. ouderen.

In het eerste deel wordt een overzicht gegeven van de bestaande literatuur. Een tweede deel beschrijft het onderzoeksopzet en de gebruikte methode. In het derde deel worden de onderzoeksresultaten besproken. In het vierde deel worden enkele resultaten teruggekoppeld naar de literatuur en een vijfde deel tenslotte bevat de conclusie.

1 Literatuurstudie

Aangezien er nog geen dergelijk onderzoek uitgevoerd is in België, hebben we ons niet kunnen laten leiden door een vorige studie maar ons daarentegen grotendeels gebaseerd op de literatuurstudie, dat grotendeels Engelstalige en Amerikaanse literatuur bevat. Een uitgebreide literatuurstudie is nodig om een beeld te krijgen van wat nu precies de mogelijke verklaringen zijn van de intentie tot het hulpzoekend gedrag van ouderen bij laagdrempelige telefonische crisishulp, in het bijzonder de Zelfmoordlijn.

1.1 Probleemstelling

Uit onderzoek van het CPZ blijkt dat bijna 1/4 van de oproepers jonger is dan 30 jaar. Zeven op de 10 is tussen de 31-60 jaar. Eén op de 20 is ouder dan 60 jaar. Dit is een merkwaardige vaststelling als we weten dat vanaf 65 jaar het aantal suicides verdriedubbelt, terwijl senioren toch maar vijf procent uitmaken van de mensen die de Zelfmoordlijn bellen (Jaarverslag CPZ, 2007). Ondanks onze maatschappij geconfronteerd wordt met vergrijzing en ouderen meer onderhevig zijn aan risicofactoren zoals verlieservaringen en depressie, is het eveneens merkwaardig dat het aandeel ouderen dat hulp zoekt bij de Zelfmoordlijn, ondervertegenwoordigd is.

Om vroege interventie en preventie te promoten, is het belangrijk te weten wat de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen bij de Zelfmoordlijn is, namelijk de neiging al dan niet te bellen naar de Zelfmoordlijn, en wat mogelijke verklaringen zijn voor de intentie tot het hulpzoekend gedrag. Door o.a. de attitudes t.a.v. suicide en hulp zoeken, de bekendheid en het imago van de Zelfmoordlijn bij deze doelgroep te onderzoeken, trachten we de intentie tot het hulpzoekend gedrag van ouderen bij de Zelfmoordlijn te verklaren. Om een beter beeld te krijgen, hebben we de bekendheid van andere hulplijnen en hulpverleningsdiensten ook in rekening gebracht. Dit onderzoek helpt de belangrijkste en meeste bekende kerntaak van het CPZ, de Zelfmoordlijn, verder te evalueren opdat sterktes verder kunnen worden uitgebouwd en zwaktes kunnen worden gereduceerd.

1.2 Begripsverduidelijking: Over wie gaat het eigenlijk?

Wanneer men over ouderen spreekt, dient men te beseffen dat dit een zeer heterogene groep is. In plaats van over bejaarden en oudjes te spreken, gaat het nu over senioren, 50 en 60-plussers,... Een eenduidige definitie voor deze populatie is moeilijk te geven. In de hulpverlening wordt onder 'ouderen' doorgaans mensen van 65 jaar en ouder verstaan (Brancherapporten VWS, 2005). Bij beleidsvorming wordt nogal eens de grens van 55 jaar en ouder gehanteerd. In het licht van dit onderzoek wordt de leeftijd van 65 jaar, zoals in de hulpverlening, als ondergrens gehanteerd.

1.3 Theorieën in verband met ouder worden

Lange tijd werd in de gerontologie naar ouderen gekeken volgens het zogenaamde naoorlogse *deficitmodel* (van Schijndel, 1992; Verté & De Witte, 2006). Dit model schildert een negatief beeld van ouderdom en ouder worden. Volgens dit model staat ouderdom gelijk met afhankelijkheid, lichamelijke en intellectuele aftakeling en zwakheid, alsook met een vroegtijdige uitrede op de arbeidsmarkt en een uitsluiting van deelname zowel op politiek als maatschappelijk vlak (van Schijndel, 1992; Verté & De Witte, 2006).

Vanwege protest vanuit ouderenverenigingen tegen deze negatieve theorie werd in de jaren 70 en 80 het deficitmodel ingeruild voor het *rust-roest model*, het stimuleren van zelfzorg en mantelzorg, dat beweert dat door activiteit de neerwaartse spiraal van aftakeling kan worden afgeremd (van Schijndel, 1992; Van de Ven, 2007). Dit model vindt zijn wortels vooral in de latere theorievorming omtrent ouder worden en vooral omtrent *gelukkig ouder worden*. Hieromtrent ontstonden twee tegenover elkaar staande opvattingen: de *Activiteitentheorie* en de *Disengagement* (of onthechtings)-theorie (van Schijndel, 1992). Cumming en Henry beschreven in 1961 disengagement als "een onvermijdelijke wederzijdse terugtrekking van de oudere en de anderen die deel uitmaken van het sociale systeem waartoe de oudere behoort en die resulteert in een dalende interactie". Aanhangers van deze theorie beweren dat oudere mensen die hun actieve deelname aan het maatschappelijke leven afbouwen gelukkiger zijn dan mensen die hun actieve leven voortzetten (Elchardus & De Groof, 2005). De activiteitentheorie bepleit daarentegen een succesvol ouder worden. Mensen die hun actieve leven in stand houden, rapporteren een hogere graad van levenssatisfactie, meer emotioneel welzijn en minder kans op depressie, meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld (Elchardus & De Groof, 2005). De laatste jaren is er ook aandacht voor het principe van *'productive activity'*. Hiermee wordt de productie van goederen en diensten bedoeld, zowel betaald als vrijwillig. Deze zou een positief effect hebben op het welbevinden van ouderen (Morrow-Howell, 2000). Zowel arbeidsparticipatie als participatie in het verenigingsleven of vrijwilligerswerk vormen voor ouderen een uitstekende gelegenheid om hun sociale contacten te onderhouden of uit te breiden (Verté & De Witte, 2006).

Naast deze theorieën bestaan er nog vele andere theorieën over het (gelukkig) oud worden. De meeste theorieën vertrekken vanuit de vragen 'Hoe gelukkig ouder worden?' en 'Hoe succesvol ouder worden?'

1.4 Epidemiologische gegevens

Suïcidecijfers geven een beeld van de ernst van de situatie, maar geven op zich geen verklaring. De meeste gegevens zijn een onderschatting van het probleem. Sommige suïcides zijn moeilijk te 'ontmaskeren', zoals bijvoorbeeld suïcide bij ouderen. Bovendien leeft het taboe rond suïcide nog steeds. Dat maakt dat niet altijd de juiste doodsoorzaak wordt neergeschreven (CPZ, 2008).

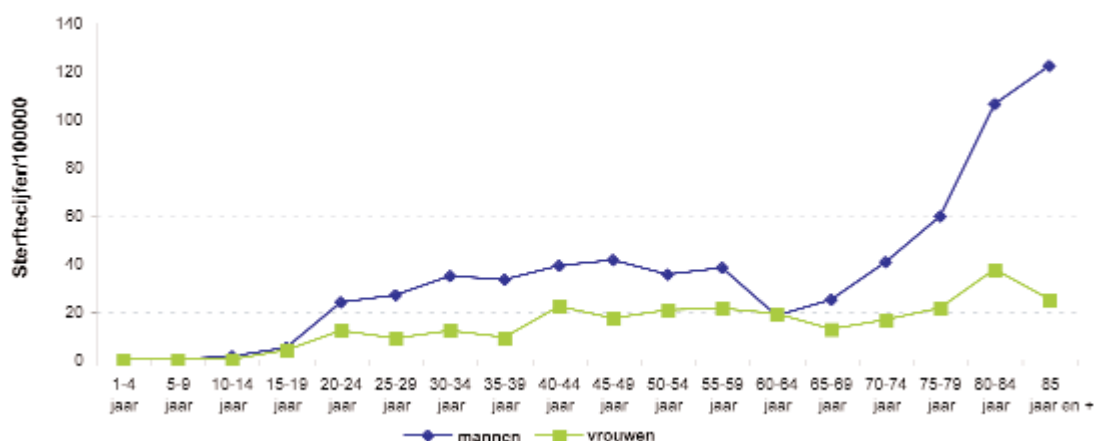
België staat op wereldvlak op de twaalfde plaats wat het aantal suïcides betreft. In West-Europa zelfs op de tweede plaats na Finland. Per dag plegen in België zeven mensen suïcide, in Vlaanderen zijn er dat drie (Forceville in De Bruyn, 2005). Dit getal ligt hoger dan het dagelijks aantal dodelijke verkeersslachtoffers (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008).

Het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen is ongeveer vijftien maal groter dan het aantal suïcides. Vrouwen ondernemen meer suïcidepogingen (Reynders in De Bruyn, 2005), terwijl dubbel zoveel mannen daadwerkelijk tot suïcide overgaan. De zakelijke verklaring is dat mannen doortastender optreden dan vrouwen (Loebel, 2005; Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2000). Als ze besluiten een eind aan hun leven te maken, kiezen ze voor een meer drastische methode zoals verhangings of suïcide met een vuurwapen. Een andere verklaring is de beschikbaarheid van de middelen. Vrouwen gebruiken in onze samenleving veel meer medicijnen dan mannen, zij zullen dus meer suïcidepogingen doen met medicijnen dan mannen. Deze methode staat echter minder garant voor een fatale afloop. Een derde verklaring voor het feit dat mannen effectief suïcide begaan, is dat het cultureel bepaald is. De maatschappij verwacht nu eenmaal van mannen dat ze zich 'sterk' en 'mannelijk' opstellen (Demyttenaere, 2000; Tudiver & Talbot, 1999).

De meest gehanteerde methode in Vlaanderen is voor beide geslachten verhangings en verstikking. Bij Vlaamse mannen nemen de vuurwapens de tweede plaats in, bij Vlaamse vrouwen is dat verdrinking. Voor beide geslachten komt zelfvergiftiging op de derde plaats (Demyttenaere, 2000; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008).

Hoewel suïcide in procenten vooral bij jongeren een belangrijke doodsoorzaak is, nemen de absolute aantallen van suïcide toe met de leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen (Vlaamse statistieken, strategisch management en surveyonderzoek, 2008). Ouderen (65-plussers) plegen relatief meer suïcide dan al de andere leeftijdscategorieën (Turvey, Conwell, Jones, Phillips, Simonsick, Pearson & Wallace, 2002; Cattell, 2000; O'Connell, Ai-Vyryn Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004; Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004; Loebel, 2005).

Het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 mannelijke inwoners bedraagt in Vlaanderen 27.2. Voor de mannelijke 65-plussers bedraagt het gemiddelde bijna het dubbel: 50. Voor de 85-plussers is het gemiddelde zelfs 75. Voor de oudere vrouwen ligt dit gemiddelde heel wat lager, maar nog steeds hoog in vergelijking met andere leeftijdsgroepen (Vlaamse gezondheidsindicatoren 2002 in De Bruyn, 2005).



Figuur 1: Evolutie van de zelfmoordcijfers volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000

Uit de bovenstaande figuur is het volgende vast te stellen: Bij vrouwen zien we een toename van het suïcidecijfer op 40 jaar, daarna een stabilisatie gevolgd door een lichte toename tussen 75 en

85 jaar (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel, 2003-2004). Bij mannen stellen we een toename vast vanaf 20 jaar met een vlakke curve tussen 40 en 60 jaar, gevolgd door een zeer belangrijke stijging vanaf 65 jaar. Er is een duidelijk overwicht van de mannen op te merken, evenals een forse stijging van de sterftecijfers bij de mannen boven 75 jaar. Ondanks de aanzienlijke variatie in suïdecijfers tussen de landen onderling, vinden we dit patroon ook terug in een aantal andere Westerse landen en wereldwijd (De Leo, 1999 in De Leo, Bille-Brahe, Kerkhof & Schmidtke, 2004; Turvey, et al., 2002; Cattell & Jolley, 1995; Schmidtke, 1997). Suïcide bij oudere mannen (+75 jaar) is een niet te onderschatten doodsoorzaak aangezien ze in verhouding het meest suïcide plegen. De groep van oudere mannen is een vaak vergeten risicogroep.

Volgende factoren blijken beschermend te zijn bij oudere vrouwen: Een groter aanpassingsvermogen dan mannen, een sterker uitgebouwd sociaal netwerk, een grotere zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten, en meer gevoelens van nuttig zijn door het contact met kinderen en kleinkinderen (De Leo & Meneghel, 2001; Canetto, 1992 in De Leo, et al., 2004). Oudere mannen hebben dus een hoger suïciderisico dan elke andere leeftijdsgroep (National Center for Health Statistics, 2000 in Segal, et al., 2004).

1.5 Definities

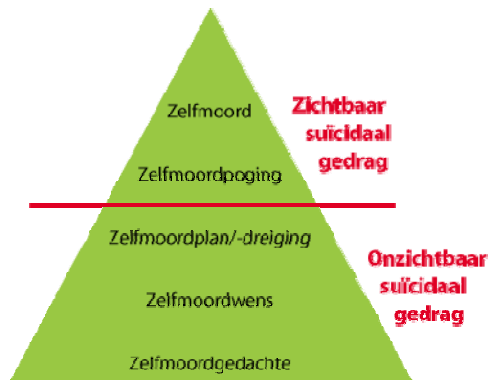
In de literatuur bestaan er verschillende opvattingen over de indeling en definitie van suïcidaal gedrag. Zo wordt er een onderscheid gemaakt tussen suïcide, suïcidepoging, parasuïcide en suïcide-ideatie.

- a) **Suïcide** is een daad met fatale afloop welke de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop, heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (De Leo, et al., 2004). De gebruikte methode is meestal 'hard': van een flat springen, zich ophangen, polsen doorsnijden en dergelijke. Wanneer een suïcide niet leidt tot het beoogde doel, kan men spreken van een 'mislukte' suïcide (Verkaaik, 1994).
- b) **Suïcidepoging ('tentamen suïcidii')** is een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico neemt om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (De Leo et al., 2004). Vaak worden 'zachte' methoden gebruikt zoals medicijnen innemen, al dan niet in combinatie met alcohol (Verkaaik, 1994). Suïcidepoging is een sterke voorspellende risicofactor voor suïcide op latere leeftijd (De Leo, & Scocco, 2000).
- c) **Parasuïcide**, ook wel suïcidale geste genoemd, is een niet dodelijk zelfbeschadigend gedrag dat zich onderscheidt van een suïcidepoging door de uitdrukkelijke verwachting van de niet-dodelijke afloop. De gebruikte methode is bijvoorbeeld een kleine hoeveelheid medicijnen of een kleine verwonding van de polsen (Verkaaik, 1994).
- d) **Suïcide-ideatie**, ten slotte, is het actief denken aan of overwegen van suïcide, suïcidepoging of parasuïcide, als een gedrag om ervaren problemen te verminderen of op te lossen (Plass & Mulder, 1993).

In elk van deze definities zit het element 'intentie' of 'bedoeling' van de persoon om een einde te maken aan zijn of haar leven. Intentie is een noodzakelijk element om van suïcidaal gedrag te kunnen spreken (Ginsberg, 1996-1997).

1.5.1 Het suïcidaal proces

Het plegen van suicide wordt vooraf gegaan door een 'suïcidaal proces' (CPZ, 2008).



Figuur 2: Het suïcidaal proces

Het suïcidale proces begint wanneer een persoon denkt dat suicide de enige uitweg is uit de problemen (psychische problemen, stresserende levensgebeurtenissen, verlieservaringen,...). Eerst heeft een suïcidaal iemand dus *zelfmoordgedachten*, daarna worden deze gedachten omgezet in een *zelfmoordwens*. Naarmate de problemen aanhouden of verergeren, kan het suïcidale idee sterker en concreter worden. De persoon in kwestie wordt depressief en hopeloos. Hij ontwikkelt een 'tunnel visie' en staat ambivalent t.o.v. leven en dood. In deze fase gaat de persoon er van uit dat 'hij er beter niet meer zou zijn' of dat 'hij beter dood zou zijn'. Nog een stap verder in dit proces en men spreekt van *zelfmoordplan/-dreiging*. In deze fase worden de plannen en gedachten concreter en neemt de kans op een zelfmoord(poging) ernstig toe. In al deze fases van het suïcidaal proces spreekt men van *suïcidale ideatie*. Het gaat om gedachten en niet om duidelijk zichtbare zelfmoordgedragingen. Dat wil zeggen dat de signalen voor de omgeving heel moeilijk waar te nemen zijn.

In een volgende fase gaat de persoon over tot een *zelfmoordpoging* en zelfs tot *zelfmoord*. Hier spreekt men van gedragingen die makkelijker waar te nemen zijn, maar die de dood tot gevolg kunnen hebben. Aangezien een suïcidepoging de belangrijkste risicofactor is voor suicide (Reynders in De Bruyn, 2005), is het belangrijk om alert te blijven voor de signalen en ze steeds ernstig te nemen.

Als de moeilijkheden, of de ervaring ervan vermindert, kan de suïcideneiging zakken. Het suïcidale proces gaat dus op en neer, het is geen rechte lijn van ideatie naar suicide. De meeste mensen hebben heel wat tijd nodig voor ze aan het punt van suicide komen, maar impulsiviteit en factoren die remmingen wegnemen, zoals het gebruik van alcohol of bepaalde medicatie, kunnen het zetten van de stap bespoedigen. De gemiddelde lengte van een suïcidaal proces wordt geschat op twee jaar, maar uitzonderlijk kan dit proces op enkele uren doorlopen worden. Het proces bij jongeren zou meestal korter zijn dan bij volwassenen, doch ook hier zijn grote verschillen mogelijk.

Maar niet iedereen die suïcidegedachten heeft gaat ook effectief over tot suïcide. Dit wil dus zeggen dat het suïcidaal proces omkeerbaar is en dat suïcidepreventie mogelijk en zinvol is.

Het voorkomen van suïcidegedrag is het uitgangspunt van elke suïcidepreventie. De suïcidepreventie van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding steunt op de volgende drie pijlers (CPZ, 2008):

- 1 Door een emotionele crisis kan iemands wereld zodanig vernauwen dat suïcide meer en meer als enige oplossing opduikt. Dit proces kan op elk moment worden gestopt.
- 2 De wens om te sterven blijft sterk verbonden met de wens om te leven, weliswaar op een andere manier;
- 3 Eén van de belangrijkste aspecten van het menselijk leven is het contact met anderen. Zelfs in crisissituaties blijft deze behoefte bestaan, voor ieder individu.

Vooraleer we dieper ingaan op het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, wordt er eerst aandacht besteed aan de hulpverlening in het algemeen.

1.6 Hulpverlening in het algemeen

Onder hulpverlening wordt een ruim landschap verstaan. We denken hierbij aan de CGG-hulpverlening, het netwerk rond de CGG, als aan de aangrenzende sectoren. Wat betreft het topic 'suïcide', is het van belang dat deze hulporganisaties samenwerken om suïcide te voorkomen. Zo is het van belang dat de nodige aandacht wordt besteed aan het optimaliseren van de hulpverlening aan cliënten met risico op suïcidaal gedrag; het ontwikkelen van netwerken voor de opvolging van deze risicocliënten; het ondersteunen van, en samenwerken met andere hulpverleners; het inbrengen van het thema suïcidepreventie in lokale overlegstructuren; het faciliteren van hulpverlening aan nabestaanden; en het organiseren van, en deelnemen aan regionale en (inter)nationale suïcidepreventie activiteiten. Sinds suïcidepreventie (sinds januari 2000) deel uitmaakt van de reguliere werking van de CGG, zijn deze aandachtspunten alsook de doelen van het Zelfmoordpreventieproject van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (Vlaamse Gemeenschap, 2008).

We gaan nu dieper in op het CPZ, dat zeker belangrijk is bij hulpverlening.

1.6.1 Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw

Dit onderzoek gebeurde op aanvraag van het CPZ, een pluralistische vereniging met als basisdoelstelling het voorkomen van zelfdoding. Deze non-profitorganisatie is gesitueerd binnen de sector geestelijke gezondheidszorg. Het Centrum is een vrijwilligersorganisatie die aan suïcidepreventie doet via het beantwoorden van crisisoproepen (de Zelfmoordlijn), het informeren en sensibiliseren van de bevolking, het geven van vormingen en onderzoek naar suïcidaal gedrag en de preventie ervan. Vrijwilligers bij het CPZ staan voornamelijk in voor het beantwoorden van de crisisoproepen. Zij worden dan ook de 'beantwoorders' genoemd, en de mensen die opbellen 'oproepers'.

In het onderstaande deel wordt vervolgens de historiek en de missie van het CPZ besproken.

1.6.2 Historiek

In 1970 werd in Brussel het Franstalige 'Centre de Prévention du Suicide' (CPS) opgericht. Voor Nederlandstaligen bestond een dergelijke instelling niet. Mede vanuit de vaststelling dat ook Vlamingen zich tot de Franstalige noodlijn wendden, werd, met de steun van het CPS, eind 1978 het initiatief genomen om de Vlaamse Vereniging voor Zelfmoordpreventie en Crisisinterventie op te richten, kortweg het 'Centrum ter Preventie van Zelfmoord' genoemd, sinds kort het 'Centrum ter Preventie van Zelfdoding' (25 januari 2008). Sinds 30 april 1979 kan iedereen die 'het niet meer ziet zitten' een beroep doen op de noodlijn (Forceville in De Bruyn, 2005).

1.6.3 Missie

In de statuten van oprichting wordt de doelstelling van het CPZ als volgt geformuleerd: *De studie en de preventie van suicidale gedragingen en het scheppen van een telefonisch opvangcentrum voor personen in psychologische crisistoestand*. In 2003 werd een eenduidige missie goedgekeurd:

De werking van het Centrum baseert zich op vier pijlers (Forceville in De Bruyn, 2005):

- 1 Het Centrum wil met de 'Zelfmoordlijn' 24 uur op 24 bereikbaar zijn voor mensen met suïcidale gedachten, voor mensen uit hun directe omgeving en de nabestaanden. Door in anonimiteit actief en respectvol te luisteren, stimuleren de vrijwilligers de zelfredzaamheid van de oproeper en trachten zij samen met hem het moment van crisis te overwinnen. Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord staat in voor de deskundigheid van de vrijwilligers.
- 2 Het Centrum wil het ruime publiek informeren en sensibiliseren om suïcidaal gedrag te herkennen, ernstig te nemen en bespreekbaar te maken.
- 3 Het Centrum wil de deskundigheid bevorderen van personen die vanuit hun functie geconfronteerd kunnen worden met suïcidaal gedrag.
- 4 Het Centrum wil een bijdrage leveren aan het onderzoek naar suïcidaal gedrag en de preventie ervan.

De wisselwerking tussen deze vier pijlers bepaalt de eigenheid van het Centrum en zorgt ervoor dat het een baanbrekende rol kan blijven spelen in de preventie van zelfdoding. Het Centrum streeft ernaar haar basisdoelstelling te bereiken in overleg en in samenwerking met de overheid en relevante partners, waarbij complementariteit het uitgangspunt is.

Vooraleer we dieper ingaan op de Zelfmoordlijn van het CPZ, wordt er eerst aandacht besteed aan de hulplijnen in het algemeen.

1.7 Hulplijnen

Telefoondiensten zijn de traditionele telecommunicatiemediën voor crisisinterventie en suicidepreventie (Varah, 2001 in Krysinska, & De Leo, 2007). De telefoon wordt gebruikt om ondersteuning voor individuen in crisis te voorzien (Lester, 2002; Mishara & Daigle, 2001 in Krysinska, & De Leo, 2007), om psychotherapie te leveren (Rhee, Merbaum, Strube, & Self, 2005 in Krysinska, & De Leo, 2007), om informatie en ondersteuning voor vrienden en relatieven van

suïcidale individuen te geven (Mishara, Houle, & Lavoie, 2005 in Krysinska, & De Leo, 2007), om de behandelingsnaleving- en resultaat te bewerkstelligen bij patiënten die vroeger al suïcidaal gedrag vertoonden (Cedereke, Monti, & Ojehagen, 2002; Evans, Morgan, Hayward, & Gunnell, 2000 in Krysinska, & De Leo, 2007), én om ouderen die suïciderisico's vertonen te assisteren (De Leo, Carollo, & Buono, 1995; De Leo, Buono, & Dwyer, 2002).

1.7.1 Anonieme telefonische hulpdiensten

In de hulpverlenende sector zien we dat naast de klassieke face-to-face hulpverlening er de laatste jaren meer en meer anonieme telefonische hulpverleningsinitiatieven of 'hotlines' geboren worden. De telefoon wordt dan als potentieel communicatiemiddel gezien.

Sinds decennia bestaat de traditie van telefonische hulpverlening die de klok rond bereikbaar is, ontwikkeld naar buitenlandse voorbeelden zoals de Samaritans (gestart in 1953, suïcidaal gedrag was toen nog strafbaar in Engeland) en het Suicide Prevention Center in Los Angeles (1958) (Vlaamse Gemeenschap, 2008).

Volgens Dimmick, Sikand en Patterson (1994) heeft de telefoon een aantal bevredigende functies. Zo is de telefoon gekoppeld aan gezelligheid, geruststelling en bemiddeling. Dit medium heeft als het ware een sociale, psychische en coördinerende functie.

1.7.2 Enkele voor- en nadelen van 'hotlines'

- Enkele voordelen van 'hotlines':
 - a) **'Client control'**: De cliënt/beller heeft meer controle over de relatie dan in een conventionele face-to-face relatie. Hij kan op elk moment beslissen om het contact te verbreken door op te hangen. Deze graad van controle kan bevrijdend zijn voor de beller terwijl het voor de hulpverlener moeilijker om te accepteren kan zijn (Rosenfield, 1997).
 - b) **Anonimiteit**: Anonimiteit lijkt de beller in staat te stellen om grotere risico's te nemen in het sneller uiten van (pijnlijke) gevoelens dan in een face-to-face contact (Zerdick, 1990 in z.n., z.d.). De beller heeft als het ware enige 'controle' over eventuele negatieve gevolgen van dit risico wanneer zijn of haar identiteit onbekend is voor de hulpverlener (Peters, 1995).
 - c) **Toegankelijkheid**: Vanwege de laagdrempeligheid van de telefoon zijn mensen eerder geneigd die eerste stap te zetten die nodig is om hulp te zoeken. Door de fysieke afstand is er meer kans dat de cliënt zeer vertrouwelijke en persoonlijke zaken ter sprake kan brengen. Ook hoeft de cliënt zich niet te verplaatsen, wat een gemak kan zijn voor o.a. ouderen (Zhu, Tedeschi, Anderson & Pierce, 1996).
 - d) **Onmiddellijkheid**: Aangezien vele telefonische hulpdiensten permanent beschikbaar zijn of streven naar een permanente beschikbaarheid, kan men in geval van crisis of nood altijd direct naar de telefoon grijpen. De cliënt is dus niet afhankelijk van een aantal vastgelegde sessies voor contact met een hulpverlener. Dit geeft Miller (1973) weer als de temporele eigenschap van de telefoon/telefonische hulpverlening. Volgens Verkaar

(1994) is het voor de oudere een belangrijke geruststelling te weten dat de hulpverlener steeds bereikbaar is.

- Enkele nadelen van 'hotlines':
 - a) **Beperking tot het auditieve kanaal:** De hulpverlener krijgt hier enkel informatie via het auditieve kanaal wat een belangrijke beperking kan zijn bij het inschatten van en het omgaan met de ervaring of gemoedstoestand van de beller. Op die manier verarmt de telefoon het gewoonlijk rijke aanbod van non-verbale uitingen of uitwisselingen (Peters, 1995). Ook bij de beller kan een dergelijke beperking nadelig zijn. Hij moet namelijk alles wat hij kwijt wil of waarop hij feedback wil krijgen via dit auditieve kanaal doen, wat niet voor iedereen zo gemakkelijk is. Law (1997) suggereert dat 'face-to-face befriending' een meer gepaste vorm van contact is bij ouderen, zeker bij de fysiek zwakken en geïsoleerden. Jones (2002) daarentegen, meent dat face-to-face contact, of zelfs een videobeeld, niet nodig is voor succesvolle mentale gezondheidszorginterventies. Het is mogelijk dat sommige patiënten (65-plussers) zich meer comfortabel voelen met enige fysieke en emotionele ruimte en dat de telefoon hier een welgepast medium voor deze individuen kan zijn.
 - b) **Gevaar van beperking tot conversatie:** In het verlengde met het voorgaande punt is het gevaar bij de therapeut om in een louter conversationele wijze van gesprek verzeild te raken. Hulpverleners kunnen het ook moeilijk hebben om aandachtig te blijven ten opzichte van een beller gezien de afwezigheid van een visuele focus (Haas, Kobos & Benedict, 1996).
 - c) **Geen feedback en te vrijblijvend:** Het gevaar bestaat dat, eens de hoorn neergelegd, de hulpverlener geen vat meer heeft op de verdere afhandeling van de hulpvraag, wat feedback en follow-up vrij moeilijk maakt. Een ander gevaar is dat men afhankelijk wordt van de hulpdienst zelf en nooit de soms noodzakelijke stap zet naar face-to-face therapie op lange termijn. Zo bestaat de kans erin dat de beller niets met het advies doet. De telefonische hulpverlening is in dit geval te vrijblijvend (Peters, 1995).
 - d) **Het contact is beperkt tot hulpverlener en cliënt:** Over het algemeen is er tijdens een telefonisch hulpverleningsgesprek geen gelegenheid om tussentijds te overleggen met andere hulpverleners.

Wat betreft de 'hotlines', kan er volgens Reynders (2008) een onderscheid gemaakt worden tussen hulplijnen en crisislijnen. Hulplijnen zijn voornamelijk informatief van aard, zoals de Druglijn, de Aidstelefoon, Holebifoon, Kankerfoon en Veilig Vrijenlijn, terwijl crisislijnen de opvang van mensen in crisis of nood op zich neemt, zoals de twee herkende crisislijnen 'Tele-Onthaal' en de Zelfmoordlijn. Op deze laatste gaan we vervolgens dieper in.

1.7.3 De Zelfmoordlijn

Deze telefonische hulplijn was het eerste initiatief van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (toen nog Centrum ter Preventie van Zelfmoord), dat ontstond uit het Franstalig CPS, in 1979. Sinds 2002 is de Zelfmoordlijn erkend als gratis nooddienst (KB 8 oktober 2002). De Zelfmoordlijn onderscheidt zich van andere telefonische hulpverlening door haar specialisatie in

zelfmoordpreventie. Hierdoor is zij uniek in Vlaanderen. Aan de hand van een routinematige 'lethality assessment' gaat de beantwoorder van de Zelfmoordlijn na hoe acuut de oproep is en hoe groot de doodsincentie van de oproeper is. De opvang van mensen in crisis aan de noodlijn is het CPZ haar eerste prioriteit (Jaarverslag CPZ, 2007).

De Zelfmoordlijn wordt bemand door vrijwilligers. Uit onderzoek blijkt dat vrijwilligers vaak meer empathisch kunnen luisteren dan beroepsmatige hulpverleners (Neimeyer & Pfeiffer, 1994 in jaarverslag CPZ 2007). Zij zijn niet gebonden aan tijd en hebben daardoor de ruimte om tot diepgaande gesprekken te komen. De strenge selectie, de doorgedreven basistraining en de permanente vorming van de vrijwilligers verzekert de kwaliteitsvolle werking van de Zelfmoordlijn. De deskundigheid van de vrijwilligers bleek verder uit de afname van de VROS (Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit), een vragenlijst die vaardigheden meet in het omgaan met mensen die suïcidaal zijn. Hieruit bleek dat de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn de hoogste score van alle ondervraagde doelgroepen behaalden (Jaarverslag CPZ, 2007).

Omdat internet een steeds belangrijker communicatiemiddel wordt, koos het Centrum in 2005 voor een 'nieuwe' vorm van hulpverlening, namelijk de online hulpverlening. Mensen in nood konden voor het eerst via pc hun problemen en suïcidegedachten met een vrijwilliger van de Zelfmoordlijn bespreken. De drempel voor hulpverlening online ligt erg laag, vooral voor jongeren en mensen met een auditieve handicap. Dit blijkt ook uit de eerste gegevens: in 2007 was maar liefst 87% van de oproepers online jonger dan 30 jaar (Jaarverslag CPZ, 2007). Thema's zoals incest, zelfverwonding en suïcide worden gemakkelijker in online communicatie ter sprake gebracht. Een mogelijke redenering kan de volgende zijn: de drempelverlaging maakt dat mensen online makkelijker hun problemen durven aankaarten (Jaarverslag Tele-Onthaal, 2006).

De Zelfmoordlijn is een welkome aanvulling op de reguliere hulpverlening. Omdat zij dag en nacht bereikbaar is, speelt zij in op acute situaties. En door haar anonieme en vertrouwelijke karakter is de lijn erg laagdrempelig. Het kunnen beroep doen op een telefonische hulplijn biedt een uitweg aan mensen die de reguliere hulpverlening missen of afwijzen en is een alternatief voor de duurdere opvang op de spoedafdelingen van ziekenhuizen. Eén op vijf oproepers wordt doorverwezen naar de huisarts of gespecialiseerde hulp. Een telefonische hulplijn vormt als het ware het midden tussen de traditionele ondersteuning door de gemeenschap enerzijds en de professionele hulpverlening anderzijds. Anonieme telefonische hulpdiensten kunnen we dus plaatsen onder de secundaire preventie dat als doel heeft suïcide te voorkomen bij mensen die reeds concreet met suïcidale gedachten, wensen of plannen bezig zijn. Deze preventie richt zich dus op suïcidale personen alsook op groepen met een verhoogd suïciderisico (CPZ, 2008; De Leo & Scocco, 2000).

Klaar en duidelijk bewijs van de effectiviteit van de Zelfmoordlijn is er niet (Forceville in De Bruyn, 2005), maar dat telefonische hulpverlening bij suïcidale personen werkt, blijkt uit onderzoek (Mishara, Daigle, et al. 2007 in jaarverslag CPZ, 2007). De suïcidaliteit tijdens het gesprek daalt. De hopeloosheid en geestelijke pijn van de oproeper dalen in de week volgend op het gesprek (Mishara & Berman, 2005 in Jaarverslag CPZ, 2006).

Ook zijn er, ondanks de snelle toename doorheen de wereld, relatief weinig concrete gegevens die aantonen dat crisisinterventiediensten hulpvol en effectief zijn in het voorkomen van suïcide. Harde

gegevens betreffende de effectiviteit van dergelijke suïcide preventieactiviteiten zijn dus eerder gelimiteerd (Lester, 2000/2002). Recenter onderzoek bevestigt dit: *“Although a wide variety of technologies have been used to date in suicide prevention, no clear evidence is available in confirming their usefulness”* (Krysinska & De Leo, 2007). Er is eveneens weinig bewijs dat professionele mentale gezondheidsdiensten suïcidedcijfers kunnen verminderen bij eender welke leeftijdsgroep (Lester, 2000).

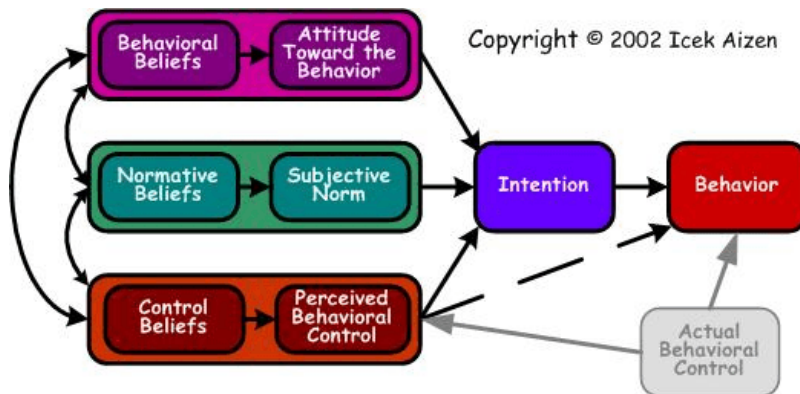
We hebben de hulplijnen besproken. Nu komt het volgende topic aan bod:

1.8 Contacteren van hulpbronnen bij suïcidale ouderen

Vele onderzoeken hebben aangetoond dat suïcidale ouderen, vooral vrouwen (Haste et al., 1998 in De Leo, et al., 2002), medische diensten frequent consulteren, meestal een eerste zorg geneesheer, kort voor de suïcide, soms in de laatste dagen of uren voor de suïcide (Luoma, Martin, & Pearson, 2002; Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006; Jones, 2002; Loebel, 2005; Harwood, et al., 2000). Uit onderzoek blijkt dat 70% van de ouderen die suïcide pleegden contact had met een hulpverlener of dokter in de loop van de maand voor hun dood (20% op de dag zelf en 40% in de week voor hun dood), terwijl slechts 13% psychiatrische zorg contacteren over heel hun leven (Vanlaere, 2004; Conwell et al., 1990 & Vasilas & Morgan, 1994 in De Leo, et al., 2004; Cattell, 2000). Uit een andere studie (Robb, Haley, Becker, Polivka & Chwa, 2003) is eveneens gebleken dat ouderen meer geneigd zijn hun familiedokter te consulteren voor hun mentale gezondheidsproblemen dan een mentale gezondheidsprofessioneel. Aangezien huisartsen de meest geraadpleegde bron voor hulp bij ouderen zijn (De Leo, & Scocco, 2000), is de rol van eerste gezondheidszorgdiensten i.v.m. suïcidepreventie belangrijk. Een dokter kan als vertrouwenspersoon en veelzijdig professional wezenlijk bijdragen tot suïcidepreventie, onder meer door verziekte situaties snel op te sporen en sneller door te verwijzen. Studies (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008) tonen aan dat niet alleen bij de huisarts maar ook bij andere professionelen kennis en vaardigheden betreffende suïcidaliteit en de positieve effecten van vorming vaak nog ontbreken. Uit het jaarrapport 2006 van de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen van het Trimbos-instituut (2007) blijkt dat de opleiding en aanstelling van psychologen in de hulpverlening aan ouderen een krachtige impuls nodig heeft.

In het volgende deel wordt een theorie i.v.m. de intentie tot het hulpzoekend gedrag besproken, namelijk de 'Theory of Planned Behavior (TPB)'.

1.9 The Theory of Planned Behavior



Figuur 3: The Theory of Planned Behavior (Ajzen, 2002)

Menige studie heeft uitgewezen dat deze theorie kan helpen om menselijk gedrag te voorspellen (Cheng, Lam & Hsu, 2005). Het al dan niet bellen naar de Zelfmoordlijn komt overeen met het al dan niet stellen van een bepaald gedrag. Volgens de 'Theory of Planned Behavior' van Ajzen en Fishbein (1980 in Ajzen, 1991) kan men het geheel van factoren die dit gedrag gaan richten samenvatten in één begrip, namelijk de intentie. Intentie is de meest onmiddellijke determinant en de sterkste voorspeller van gedragingen (Ajzen, 1985; Ajzen, 2008; Sutton, 1998 in Mackenzie, et al., 2006). Aanzienlijke hoeveelheden onderzoeksuitkomsten hebben bewezen dat wanneer men de intentie van een persoon t.a.v. een bepaald gedrag kent, dit de kans dat men opzettelijk, gepland gedrag kan voorspellen aanzienlijk vergroot (Aronson, Wilson & Akert, 2002). Algemeen geldt dat hoe sterker de intentie is om een bepaald gedrag uit te voeren, hoe waarschijnlijker de prestaties zullen zijn (Ajzen, 1991). De intentie wordt rechtstreeks bepaald door drie factoren: de specifieke attitude, de subjectieve norm en de 'perceived behavioral control' (Ajzen, 2008). Wat men denkt dat het gedrag zal opleveren en hoe waardevol men dit vindt, bepalen iemands specifieke attitude t.a.v. een bepaald gedrag. De subjectieve norm doelt op het idee dat iemand heeft van de houding van belangrijke anderen t.a.v. het gedrag. De 'perceived behavioral control' tot slot, slaat op de verwachting die iemand heeft met betrekking tot hoe moeilijk of hoe makkelijk het gedrag zal uit te voeren zijn (Aronson, Wilson & Akert, 2002). Deze laatste heeft twee aspecten, namelijk de mate van controle dat iemand heeft over het gedrag ('controllability') en de overtuiging en het vermogen om een bepaald gedrag al dan niet te kunnen uitvoeren ('self-efficacy/capability') (Francis, Eccles, Johnston, Walker, Grimshaw, Foy, et al., 2004). Indien iemand positief staat (attitude) t.a.v. het specifieke gedrag, verwacht dat de houding van belangrijke anderen ten aanzien van het gedrag (subjectieve norm) eveneens positief is en denkt de capaciteiten te hebben om het gedrag succesvol te stellen ('perceived behavioral control'), dan meent de 'Theory of Planned Behavior' dat de kans zeer groot is dat de persoon het gedrag effectief zal stellen (Ajzen, 1991).

Situationele variabelen, globale attitudes (zoals de attitude t.a.v. hulplijnen in het algemeen), persoonlijkheids- en demografische karakteristieken kunnen allemaal ondergebracht worden in deze drie factoren die de rol van mediator spelen (Cheng, Lam & Hsu, 2005).

In het kader van dit onderzoek is deze theorie uitermate geschikt om de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen m.b.t. laagdrempelige telefonische crisishulp, in het bijzonder de Zelfmoordlijn, na te gaan. De intentie bij ouderen wordt hierbij onderzocht door de specifieke attitude, de subjectieve norm en de 'perceived behavioral control' bij deze doelgroep na te gaan. Deze theorie laat ons toe iemands gedrag te voorspellen. Het al dan niet bellen naar de Zelfmoordlijn komt immers overeen met het al dan niet stellen van een bepaald gedrag. De motieven en het gedrag van een bepaalde persoon kunnen zo in een breder kader worden geplaatst.

Vooraleer we overgaan tot de suïciderisicofactoren bij ouderen, staan we even stil bij de interventies voor suïcidepreventie bij ouderen.

1.10 Interventies voor suïcidepreventie bij ouderen

Suïcidepreventie bij ouderen wordt geconfronteerd met enkele specifieke aspecten. Ouderen wonen vaak alleen, zijn fysiek zwakker en ze maken minder gebruik van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (De Leo & Scocco, 2000). Tegelijkertijd is hun suïcidaal gedrag letaler.

Ondanks er beperkte gegevens over de doeltreffendheid van specifieke assertieve programma's gericht op bejaarden waar te nemen zijn, zijn er toch enige initiatieven beschreven. Eén van de initiatieven was onder meer de TeleHelp - TeleCheck dienst opgericht in een regio in Italië in 1988, oorspronkelijk niet met het oog op suïcidepreventie maar als een psychosociale ondersteuning (De Leo, Buono, & Dwyer, 2002). Huisartsen en maatschappelijk werkers brachten de ouderen in contact met de dienst. In tien jaar tijd werden ongeveer 19.000 cliënten van 65 jaar en ouder bereikt. De cliënten konden elke dag 24u/24 de dienst contacteren via een alarmknop. Onafhankelijk hiervan belde de dienst zelf twee maal per week elke persoon op. Bij evaluatie over een periode van elf jaar bleek dat het aantal suïcides bij vrouwelijke cliënten significant lager lag dan statistisch kon worden verwacht in de regio. Bij de mannen lag het aantal ook lager, maar het verschil was niet significant. Een mogelijke veronderstelling kan zijn dat verbalisatie van psychologisch lijden effectiever is bij vrouwelijke subjecten dan bij mannelijke subjecten (De Leo et al., 2002; De Leo, Carollo, & Buono, 1995). Andere resultaten waren dat de dienst kostefficiënt was omdat de gebruikers minder huisbezoeken van een huisarts vroegen, minder gehospitaliseerd werden en zich minder depressief voelden (De Leo et al., 2002). Het is ook gebleken dat deze dienst een positieve invloed had op sommige aspecten van de levenskwaliteit bij ouderen, zoals het gevoel van verbondenheid en emotionele steun (De Leo et al., 1995). Het gebruik van telecommunicatie om ondersteuning e.d. te geven is volgens Jones (2002) en De Leo et al (2002) van belangrijke waarde.

Empirisch bewijs suggereert dat verscheidene interventies effectiever zijn in bepaalde leeftijds- en/of geslachtsgroepen, of klinische subpopulaties. Studies die de impact van 'hotlines' en suïcide preventiecentra op suïcidecijfers bestudeerd hebben, tonen aan dat dergelijke diensten meer bepaald nuttig zijn voor jonge vrouwen (Gould & Kramer, 2001; Lester, 1997; Miller, Coombs, Leeper, & Barton, 1984 in Krysinska, & De Leo, 2007). De ouderen en de adolescenten gebruiken deze diensten echter weinig (Adamek & Kaplan, 1996; Burns & Patton, 2000; Gould & Kramer, 2001 in Krysinska, & De Leo, 2007).

1.11 Suïciderisicofactoren bij ouderen

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat suïcidaliteit een erg complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat altijd vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren (Portzky & Van Heeringen in De Bruyn, 2005; Van Heeringen & Kerkhof, 2000; Op De Beek, 1999-2000). 65-plussers zien vaak hun houvast in het leven wegglijpen, verliezen hun werk, hun vrienden, hun status, hun partner, vaak zelfs hun huis. Ze worden afhankelijker van anderen naarmate ze ouder worden, en niet iedereen kan die veranderingen of draaglast aan (Pearson, Caine, Lindsay, Conwell, & Clark, 1999; O'Connell, et al., 2004; Vlaams parlement, 2007) Ouderen zijn kwetsbaarder en meer onderhevig aan risicofactoren dan andere leeftijdsgroepen (Reynders, 2008).

Institutionalisatie of het verhuis naar een instelling kan eveneens een mogelijke suïciderisicofactor voor de oudere zijn. Zo hangt het verblijf in een instelling samen met minder frequente sociale contacten, zoals ook het wonen in een stad (Bayingana, Demarest, Gisle, Hesse, Miermans, Tafforeau & Van der Heyden, 2006). Toch komt suïcide bij ouderen meer voor in de thuissituatie dan in een bejaardentehuis (Vlaamse gezondheidsindicatoren, 2001 in De Bruyn, 2005). Dit verschil kan te maken hebben met de grotere sociale controle en de slechtere gezondheidstoestand van ouderen in rust- en verzorgingstehuizen, die suïcidebelemmerend werken (Willems in De Bruyn, 2005).

Vereenzaming kan eveneens een belangrijke rol spelen in het suïcidale proces bij ouderen. Volgens De Leo en Scocco. (2000) kan de inkrimping van referentiegroepen en het uiteen gaan of de verspreiding van familieleden, dat meestal voorvalt bij het verouderingsproces, duidelijke barrières tot behandeling creëren. Sociale isolatie en weinig sociale ondersteuning, dat voornamelijk gekend is bij ouderen, verminderen de kans om suïcidale intentie te communiceren. Verminderde sociale ondersteuning en sociale isolatie zijn over het algemeen geassocieerd met depressie en verhoogde suïcidegevoelens bij ouderen. (O'Connell, et al., 2004). Depressie is de meest voorkomende functionele psychiatrische aandoening bij ouderen en gaat gepaard met een hoog risico op ziekte en op sterfte door suïcide (Bouckaert, 2002; Ono, et al., 2001). Meer dan een tweederde van de ouderen die suïcide pleegt, lijdt aan een depressie (Willems in De Bruyn, 2005). De omgeving of hulpverleners herkennen de depressie vaak niet omdat er niet altijd sprake is van een sombere of depressieve stemming of verlies van interesse en plezier. Ouderen met een depressie hebben vaak een matte, gelaten, lusteloze stemming die doet denken aan normale somberheid. Hoewel er essentiële verschillen zijn, kunnen de symptomen bovendien ook doen denken aan een andere aandoening zoals bijvoorbeeld dementie of kunnen ze deel uitmaken van een rouwproces (Willems in De Bruyn, 2005).

Om de oudere enige draagkracht te bieden, is het dus van belang dat ze kunnen praten over hun problemen vanuit de omgeving en op begrip kunnen rekenen. Het bespreken van suïcidedrag is namelijk één van de manieren om aan suïcidepreventie te doen (CPZ, 2008). Uit de literatuurstudie is gebleken dat vele suïcidale ouderen behoefte hebben om over hun suïcidedachten te praten, op een empathische manier (Moore, 1997 in De Bruyn, 2005). Bespreekbaar maken van doodsverlangens zorgt immers voor betrokkenheid en opluchting (Kerkhof & Van Egmond, 1994 in

Van Heeringen & Kerkhof, 2000). Dergelijke onderzoeksgegevens geven nog eens aan dat suïcide voorkomen kan worden en dat suïcidepreventie nuttig is (Demyttenaere, 2000). Verder zijn, naast het bespreken van suïcidedrag, het hebben van een duidelijk beeld van de bestaande geestelijke gezondheidsdiensten en een positieve attitude ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg andere factoren die de drempel om suïcide te plegen verhogen of beschermend werken (CPZ, 2008).

In het onderstaande deel worden een aantal karakteristieken van suïcidale ouderen besproken, namelijk de persoonlijkheidskenmerken, kenmerken van suïcidaliteit, kenmerken van de intentie tot het hulpzoekend gedrag en kenmerken van het gebruik van hulpverleningsdiensten.

1.12 Kenmerken van suïcidale ouderen

1.12.1 Persoonlijkheidskenmerken bij suïcidale ouderen

De rol van persoonlijkheid bij ouderen en suïcide heeft een kleine literatuurbasis. Duberstein (1995 in Cattell, 2000; in Harwood, & Jacoby, 2000; in Turvey, et al., 2002) toonde aan dat er een link is tussen suïcide op oudere leeftijd en een lage "openness to experience". Suïcidale ouderen zijn volgens hem gekarakteriseerd door een lagere openheid tot ervaring vergeleken met suïcidale jongeren. Lagere openheid tot ervaring doet de capaciteit om zich aan te passen aan verlies en verandering, verminderen (Cattell, 2000). Openheid tot ervaring verwijst naar de mate waarin iemand nieuwsgierig is naar de wereld om zich heen en naar zijn eigen gevoelens. Mensen die hoog scoren op deze schaal zijn nieuwsgierig en hebben een rijke ervaringswereld. Laagscoorders daarentegen zijn veel conservatiever ingesteld. Ze houden niet van verandering, of het uitproberen van nieuwe dingen (Pepermans, 2006; Weijers, 2008).

1.12.2 Kenmerken van suïcidaliteit bij ouderen

Demografische en klinische gegevens tonen aan dat de typische oudere suïcidale patiënt een blanke man is (65+), sociaal geïsoleerd is, lichamelijk ziek en diepgetroffen is en dat, als een poging wordt genomen, het hoogstwaarschijnlijk fataal is (Cattell, 2000). De suïcide wordt bij ouderen minder voorafgegaan door een suïcidepoging, is gewelddadiger en minder impulsief. Ouderen hebben dus een hoger risico tot geslaagde suïcide dan elke andere leeftijdsgroep wereldwijd (O'Connell, et al., 2004; CPZ, 2004). Dit wordt weerspiegeld in het gebruik van meer letale middelen en in de verhouding tussen het aantal pogingen en geslaagde suïcides bij ouderen: twee à vier pogingen ten opzichte van één geslaagde suïcide. Bovendien is er minder mogelijkheid tot redding aangezien ze meer voorzorgen nemen om ingrijpen door anderen te voorkomen. De aanpak en suïcidepreventie bij ouderen wordt hierdoor bemoeilijkt door de vastberadenheid in hun intentie om suïcide te plegen (Willems in De Bruyn, 2005; Cattell, 2000; Bouckaert, 2002; De Leo & Scocco, 2000; Van Heeringen & Kerkhof, 2000).

Eveneens typisch voor ouderen is een langzame, geleidelijke of 'stille' suïcide. Ze gebruiken meestal trage en minder opvallende manieren om suïcide te plegen. Ze hongeren zich uit (versterving) of stoppen met hun medicamenteuze behandeling (Devons, 1996 door Willems in De Bruyn, 2005), dit is voornamelijk het geval in rusthuizen (Harwood & Jacoby, 2000). De huidige

suïdecijfers bij ouderen zijn bijgevolg nog een onderschatting van de werkelijkheid (Willems in De Bruyn, 2005).

Volgens Kastenbaum (1991) en Harwood en Jacoby (2000) zijn de verscheidene opvallendste karakteristieken van ouderen met een verhoogd suïciderisico ook karakteristieken die de kans op open en inhoudelijke communicatie doen verminderen, zoals alleen wonen (vermindert de kans dat ze hun suïcidale intentie aan een zorgpersoon kunnen uitleggen), een laag inkomen en een stedelijk gebied (maakt de persoon sociaal onzichtbaar; weinig contacten), de depressieve toestand en weigeren hulp te zoeken. Het is aangetoond dat onder de diepgetroffen ouderen, mannen minder geneigd zijn kansen of mogelijkheden om over hun situatie te discussiëren, te aanvaarden en dat ze over het algemeen minder interpersoonlijke relaties aangaan (Kastenbaum, 1991).

Ouderen zijn minder geneigd toe te geven dat ze suïcidegevoelens ervaren (O'Connell, et al., 2004). Ook ontkennen oudere suïcidale personen vaker dat men hulp nodig heeft, dat men niet goed functioneert of ziek is (Op De Beek, 1999-2000). Vele ouderen houden hun depressie verborgen voor de omgeving en vinden het verslagen van depressie een interne en individuele taak (Lawrence, Banerjee, Bhugra, Sangha, Turner, & Murray, 2006). Ze hebben bovendien veel meer aandacht voor lichamelijke dan psychische klachten en beschouwen de klachten vaak als normaal in deze levensfase. Ze zoeken dan ook niet gemakkelijk hulp (Sarkisan, Lee-Henderson, & Mangione, 2003).

1.12.3 Kenmerken van de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen

Het is algemeen bekend dat oudere volwassenen minder hulp zoeken (Mc Intosh, et al., 1994; Op De Beek, 1999-2000). Ouderen met suïcidedgedachten zijn minder geneigd om hulp te vragen en zenden minder signalen uit (Burke en Wengel, 2003 door Willems in De Bruyn, 2005). Ze zijn meestal minder geneigd dan jongeren hun suïcidale intenties tot anderen te communiceren (De Leo et al., 2001 in De Leo, et al., 2004; Scott, 1996), voornamelijk oudere mannen die meer afwerend zijn om hun innerlijke gevoelens te verbaliseren (Haste et al., 1998 in De Leo, et al., 2004; Harwood, & Jacoby, 2000). Oudere suïcidale mannen hebben geen neiging hulp te vragen, noch face to face, noch via de telefoon (Khalida, 2003). Hieruit volgt dat suïcide bij ouderen meestal vooraf wordt gegaan door verborgen suïcide-ideatie (Scocco & De Leo, 2000). Oudere vrouwen met persoonlijke moeilijkheden gebruiken vaak een zelf-reflexieve copingstijl en zijn vatbaarder voor ondersteunende counseling (Canetto, 1997 in De Leo, et al., 2002). Uit het jaarverslag van CPZ (2007) is het opvallend dat bijna 60% van de oproepen naar de Zelfmoordlijn van vrouwen komen.

Sommige studies betreffende geslachtsverschillen in het zoeken van hulp geven tegenstrijdige gegevens weer. Het vrouwelijk geslacht wordt in sommige studies geassocieerd met intenties om hulp te zoeken (Deane & Todd, 1996; Morgan, Ness & Robinson, 2003 in Mackenzie, et al., 2006), maar in andere studies niet (Kelly & Achter, 1995; Vogel & Wester, 2003 in Mackenzie, et al., 2006). Enerzijds wordt er meestal gesuggereerd dat vrouwen meer bereid zijn dan mannen telefonische crisisinterventiediensten en mentale gezondheidsdiensten te gebruiken, waarschijnlijk door hun positieve attitudes t.a.v. hulp zoeken (Mishara et al., 2005 in Krysinska, & De Leo, 2007). Negatieve attitudes verbonden aan psychologische openheid kan de mannen hun ondergebruik van

mentale gezondheidsdiensten bevorderen (De Leo, et al., 2002; Mackenzie, et al., 2006). Anderzijds rapporteerden Barber et al. (2004 in Krynska, & De Leo, 2007) dat bijna hetzelfde aantal suïcidale vrouwen en mannen een hulplijn belden.

Wat betreft de leeftijdsverschillen, vond een recente studie geen verschil tussen jongere en oudere volwassenen betreffende het zoeken van professionele psychologische hulp (Segal, Mincic, Coolidge, & O' Riley, 2005). Er is zelfs bewijs dat oudere volwassenen farmacologische en psychologische behandelingen voor mentale gezondheidsproblemen accepteren (Landreville, Landry, Baillargeon, Guerette, & Matteau, 2001 in Mackenzie, et al., 2006). Ook rapporteren ze positieve intenties om een verscheidenheid van psychologische diensten te gebruiken, voornamelijk eerste zorggeneesheren (Arean, Alvidrez, Barrera, Robinson, & Hicks, 2002 in Mackenzie, et al., 2006).

1.12.4 Kenmerken van het gebruik van hulpverleningsdiensten bij ouderen

De ouderen maken alsmaar een groter deel uit van de populatie, maar tegelijkertijd zijn er tal van diensten voor jongeren op te merken. Tevens zijn er belangrijke generationele verschillen in het gebruik waar te nemen (Lester, 2000). Personen van gemiddelde leeftijd maken de meerderheid van de oproepers naar hulplijnen en vergelijkende diensten uit, terwijl de huidige generatie ouderen een kleine proportie van bellers naar organisaties vormt (Lester, 2000; McIntosh, et al., 1994). Telecommunicatie, waar de meeste crisisdiensten op gebaseerd zijn, is een populaire vorm van menselijk contact onder de jongere generaties, maar niet noodzakelijk onder de ouderen (De Leo, & Scocco, 2000; Law, 1997). Ze zijn ondervertegenwoordigd in het cliënteel van suïcide preventieprogramma's, crisisinterventiecentra en algemene mentale gezondheidsfaciliteiten (Segal, et al., 2005). Voor ouderen blijkt de drempel tot het zoeken van hulpverlening dus erg hoog (CPZ, 2008).

Volgens Segal et al (2005) is het ondergebruik van algemene mentale gezondheidsfaciliteiten en crisisinterventiecentra bij oudere volwassenen (60-95 jaar) niet door de lagere bereidwilligheid te verklaren, maar mogelijk door andere factoren. Volgens Robb et al (2003) zijn de belangrijkste barrières voor het ondergebruik onder oudere volwassenen een verminderd vertrouwen en gebrek aan kennis wat betreft het mentale gezondheidssysteem en de types van gepaste behandeling, verwardheid of onduidelijkheid wat betreft diensten (toegankelijkheid), een gebrek aan coördinatie met primaire zorg en financiële bezorgdheid. Volgens Scott (1996) en De Leo en Scocco (2000) blijken ouderen onbekwaam te zijn om hun behoefte waar te nemen of gepaste hulp te zoeken. Ook is er een mogelijke veronderstelling dat negatieve stereotiepen over mentale ziekte bij ouderen een rol kunnen spelen in hun ondergebruik van geestelijke gezondheidsdiensten (Segal, et al., 2005). Vele ouderen zien hun depressie als een 'teken van zwakheid', wat maakt dat de waargenomen stigma als een barrière om hulp te zoeken wordt herkend (Murray, Banerjee, Byng, Tylee, Bhugra, & Macdonald, 2006; Harwood, & Jacoby, 2000). Als het zelfstigma verdwijnt, zullen ze eerder geneigd zijn steun en hulp te zoeken (= 'Self-Stigma of Seeking help', SSOSH).

Volgens Mc Intosh et al (1994) zijn de redenen voor het ondergebruik van crisisinterventiecentra en algemene mentale gezondheidsfaciliteiten bij ouderen (65-plussers) talrijk. Vele ouderen ontvangen niet de juiste adequate informatie over de aard van gemeenschapsgebaseerde diensten,

zijn zich niet bewust van het bestaan ervan en hebben de overtuiging dat deze diensten niet voor hen bestemd zijn. Verder vinden ze het te kostelijk en ongeloofwaardig en hebben ze een wantrouwen tegenover deze diensten.

Volgens Jones (2002) vinden vele ouderen medische centra intimiderend, moeilijk om te onderhandelen en lastig. 1 op 5 geeft aan moeilijkheden met de toegang tot hulpverlening te ervaren (CPZ, 2008). Volgens Lester (2000) zijn ouderen meestal afwerend om hun problemen via de telefoon aan vreemden uitvoerig te vertellen. Het zien van een therapeut of hulp krijgen voor mentale problemen wordt meestal als negatief beschouwd door de ouderen van vandaag. Volgens Scott (1996) hebben ouderen de traditie niet om emotionele ondersteuning bij vreemden te zoeken of begeleiders en andere professionelen te consulteren. Als ze erover praten, doen ze dat gemakkelijker met familieleden dan met hulpverleners (Verkaaik, 1994; De Leo et al., 2002). In een andere studie (Sakamoto, Tanaka, Neichi, & Ono, 2004) antwoordde meer dan de helft van de participanten (65-plussers) dat ze eerder van non-specialisten dan specialisten hulp zouden zoeken. Het kan natuurlijk ook betekenen dat het taboe bij hen zo groot is, dat het niet gepast is om met een vreemde over hun wanhoop te praten. In Vlaanderen is er immers nog altijd een taboe rond geestelijke gezondheid en zelfdoding (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008).

Een ander onderzoek in Japan (Ono, Tanaka, Oyama, Toyokawa, Koizumi, Shinohe,, et al., 2001) heeft aangetoond dat het percentage 65-plussers met suïcidegedachten die familie, professionelen of anderen consulteren redelijk laag was. Het zich niet bewust zijn dat depressieve toestanden of suïcidegedachten behandeld kunnen worden kan één van de redenen zijn volgens de auteurs. Andere redenen kunnen zijn dat ze, zowel door hen als door anderen (inclusief huisartsen), depressieve symptomen niet ernstig nemen en dat er nog altijd een diepgewortelde stigma t.a.v. schizofrenie, depressie en dergelijke bestaat, wat het moeilijk maakt om hulp van anderen te zoeken (Reynolds & Kupfer, 1999 in De Leo, et al., 2004; Ono et al., 2001).

In het volgende deel worden de attitudes t.a.v. geestelijke gezondheidszorg en suïcide besproken.

1.13 Attitudes t.a.v. geestelijke gezondheidszorg bij ouderen

Ondanks de wijdverspreide veronderstelling dat ouderen negatieve attitudes hebben t.a.v. geestelijke gezondheidszorg (GGZ), bestaan er weinig empirische gegevens om dit te ondersteunen (Robb, et al., 2003; Segal, et al., 2005).

Uit een onderzoek (Robb et al., 2003) is gebleken dat de oudere volwassenen (65-plussers) en jongere volwassenen (21-65 jaar) verschillende attitudes hebben t.a.v. hulp zoeken bij mentale gezondheidszorgdiensten. Oudere volwassenen zijn minder geneigd mentale gezondheidsdiensten te gebruiken dan jongere volwassenen. Desondanks waren beide groepen tevreden met de ervaring van dergelijke diensten. Oudere volwassenen hebben volgens deze studie minder zelfvertrouwen over hun kennis van mentale gezondheidszorgissues en gepaste behandeling dan de jongere volwassenen. Maar ze zijn wel geïnteresseerd in het leren van mentale gezondheidsissues en het krijgen van diensten onder de juiste omstandigheden. Beide groepen ordenen financiële en verzekeringsissues als de eerste barrières van hulp te zoeken bij mentale gezondheidsbehandeling. Meer jongere dan oudere volwassenen zoeken dan weer deze diensten op

voor verschillende mentale problemen. Nochtans, bij de meer serieuze condities, zoals suïcidegevoelens, werden geen leeftijdsverschillen gevonden. De studie toonde ook aan dat oudere volwassenen meer geneigd zijn hun familiedokter dan een mentale gezondheidsprofessioneel te consulteren voor mentale gezondheidsproblemen, zoals eerder aangehaald is geweest. Onder de verschillende types van mentale gezondheidsdiensten, waren de geestelijken, psychiaters en psychologen hoger geordend dan verpleegkundigen en sociale werkers. Verscheidene niet-professionele alternatieven waren ook lager geordend, inclusief ondersteuningsgroepen, peer counselors (leeftijdsgenoten) en *hulplijnen*. Deze resultaten suggereren dat oudere volwassenen naar de meest getrainde, mentale gezondheidsprofessionelen (psychiaters en psychologen) en geestelijken willen gaan. Over het algemeen hebben de ouderen in deze studie optimistische attitudes ten aanzien van mentale gezondheidsdiensten. Attitudes blijken voor de oudere volwassenen niet de belangrijkste barrière te zijn betreffende het zoeken van diensten.

Onderzoek suggereert dat hedendaagse attitudes t.a.v. mentale gezondheidsdiensten onder ouderen positiever kunnen worden. De meer recente cohortes van ouderen hebben meer positieve attitudes ten aanzien van mentale gezondheidsdiensten dan de vroegere cohortes (Currin et al., 1998 in Robb, et al., 2003; McIntosh, et al., 1994; Lester, 2000). Volgens Lester (2000) zal de oudere populatie in de volgende 10 à 20 jaar vervangen worden door een generatie die meer geneigd is hulplijnen, begeleiders en therapeuten te consulteren. Wegens de demografische veranderingen en generationele verschillen betreffende attitudes en patronen in het gebruik van diensten, zal het beantwoorden van de noden van het toenemende oudere cliënteel één van de uitdagingen in de toekomst voor telefonische hulporganisaties zijn.

1.14 Attitudes t.a.v. suïcide bij ouderen

Er hebben nog weinig studies betreffende dit onderwerp plaats gevonden (Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004). Nochtans is het van belang dergelijke attitudes te begrijpen wilt men aan aangepaste interventie- en preventieprogramma's doen.

Uit een onderzoek (Segal, et al., 2004) scoorden oudere volwassenen (60 tot 95-jarigen) significant hoger dan jongere volwassenen (17 tot 26-jarigen) wat betreft attitudes t.a.v. suïcide op zeven van de 15 subschalen van de 'Suicide Opinion Questionnaire' (SOQ) van Domino, Moore, Westlake en Gibson (1982). Voor oudere volwassenen was suïcide aanvaardbaarder, sterker gerelateerd aan een tekort aan religieuze overtuiging, dodelijker, normaler, meer onomkeerbaar of permanent en sterker gerelateerd aan demografische en individuele aspecten. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de jongere en de oudere volwassenen verschillende attitudes over het topic 'suïcide' hebben. De studie suggereert dat oudere volwassenen zowel adaptieve als maladaptieve attitudes over suïcide hebben, wat de noodzaak tot verdere educatie en discussie over suïcide bij ouderen aantoont.

Een andere studie (Hjelmeland & Knizek, 2004; Eenheid voor zelfmoordonderzoek, 2008; WHO, 2000), echter niet specifiek bij ouderen onderzocht, rapporteert dat de huidige mythes of misverstanden rond suïcide nog altijd bestaan. De opvatting dat mensen die over suïcide praten het nooit zullen doen, is aantoonbaar onjuist. Hetzelfde geldt in zijn algemeenheid voor de opvatting dat praten over suïcide iemand op een idee zou kunnen brengen.

Uit een andere studie is gebleken dat een meer open en tolerante houding t.a.v. suïcide, de kans dat iemand zijn suïcidale problemen uitdrukt, vergroot, wat ook de kans op het zoeken naar hulp doet verhogen (Renberg & Jacobsson, 2003).

1.15 Besluit

Uit bovenstaande literatuur zijn er verschillende conclusies te trekken.

Als we kijken naar ouderen en het topic 'suïcide', is het merendeel van de auteurs het er over eens dat ouderen een risicogroep vormen.

Ondanks dat onze maatschappij geconfronteerd wordt met vergrijzing en ouderen meer onderhevig zijn aan risicofactoren, is het merkwaardig dat het aandeel ouderen dat hulp zoekt bij hulplijnen, ondervertegenwoordigd is. Telecommunicatie, waar de meeste crisisdiensten op gebaseerd zijn, is een populaire vorm van menselijk contact onder de jongere generaties, maar niet noodzakelijk onder de ouderen. Verder zijn ze ondervertegenwoordigd in het cliënteel van suïcide preventieprogramma's, crisisinterventiecentra en algemene mentale gezondheidsfaciliteiten. Het merendeel van de auteurs is het er over eens dat de drempel tot het zoeken van hulpverlening bij ouderen erg hoog is en dat suïcidale ouderen minder geneigd zijn hun suïcidale intenties tot anderen te communiceren, hulp te vragen en signalen uit te zenden.

Sommige studies betreffende geslachtsverschillen in het zoeken van hulp geven tegenstrijdige gegevens weer. Het vrouwelijk geslacht wordt in sommige studies geassocieerd met intenties om hulp te zoeken, maar in andere studies niet.

Wat het zoeken van professionele psychologische hulp m.b.t. de leeftijdsverschillen betreft, spreken de literatuurgegevens elkaar tegen. Een recentere studie (2006) vond geen verschil tussen jongere en oudere volwassenen wat betreft het zoeken van professionele psychologische hulp. Volgens een andere studie (2003) zijn oudere volwassenen minder geneigd mentale gezondheidsdiensten te gebruiken dan jongere volwassenen.

Wat betreft de attitudes t.a.v. geestelijke gezondheidszorg is er eveneens minder consistentie in de literatuur vast te stellen. Zo geven sommige auteurs aan dat het zien van een therapeut of hulp krijgen voor mentale problemen meestal als negatief wordt beschouwd door de ouderen van vandaag, terwijl er bij anderen optimistische attitudes t.a.v. mentale gezondheidsdiensten bij de ouderen op te merken zijn.

Wat de hulpbronnen betreft, zijn huisartsen volgens het merendeel van de auteurs de meest geraadpleegde bron voor hulp bij ouderen. Ook zijn ouderen meer geneigd hun huisarts dan een mentale gezondheidsprofessioneel te consulteren. Wat betreft de mentale gezondheidsdiensten, is gebleken dat ouderen de meest getrainde, mentale gezondheidsprofessionelen (psychiaters en psychologen) en geestelijken prefereren boven verpleegkundigen, sociale werkers en verscheidene niet-professionele alternatieven, inclusief ondersteuningsgroepen, peer counselors (leeftijdsgenoten) en hulplijnen. Volgens andere studies zouden ouderen eerder van non-specialisten dan specialisten hulp zoeken.

Wanneer we kijken naar de attitude t.a.v. suïcide bij ouderen, zijn er volgens een aantal auteurs zowel adaptieve als maladaptieve attitudes op te merken.

Verklaringen tot het ondergebruik van crisisinterventiecentra en algemene mentale gezondheidsfaciliteiten bij ouderen zijn volgens sommige auteurs talrijk. Zo zijn een verminderd vertrouwen, gebrekkige kennis wat betreft dergelijke diensten en het zich niet bewust zijn van hun bestaan mogelijke redenen voor hun ondergebruik. Ook is er volgens hen een gebrek aan de juiste adequate informatie over de aard van diensten en hebben ouderen de overtuiging dat deze diensten niet voor hun bestemd zijn. Verder worden het gebrek aan coördinatie met primaire zorg, financiële bezorgdheid en onbekwaamheid als mogelijke barrières tot het zoeken van hulp beschouwd. Eveneens is er een mogelijke veronderstelling dat negatieve stereotiepen over mentale ziekte bij ouderen een rol kunnen spelen in hun ondergebruik van dergelijke diensten.

Op basis van deze literatuurgegevens, zullen we nu overgegaan naar de opzet van het huidige onderzoek.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Doelstelling

Zoals eerder aangehaald is suïcide op latere leeftijd een een wijdverspreid tragisch fenomeen. Het is één van de belangrijkste doodsoorzaken onder het snelst groeiende segment van onze populatie, namelijk ouderen (65-plussers). Uit de literatuur blijkt eveneens duidelijk dat ouderen weinig beroep doen op hulpverleningsdiensten, ondanks ze een risicogroep zijn. Preventie bij ouderen is een belangrijk element geworden in onze samenleving waarin de Zelfmoordlijn een belangrijke actor is.

Het doel van dit onderzoek is de intentie van het hulpzoekend gedrag bij ouderen m.b.t. laagdrempelige telefonische crisishulp, in het bijzonder de Zelfmoordlijn, na te gaan. Door o.a. de attitudes t.a.v. suïcide en hulp zoeken, de bekendheid en het imago van de Zelfmoordlijn bij deze doelgroep te onderzoeken, trachten we de intentie tot het hulpzoekend gedrag van ouderen bij de Zelfmoordlijn te verklaren. Om een beter beeld te krijgen, hebben we de bekendheid van andere hulplijnen en hulpverleningsdiensten ook in rekening gebracht.

Dit onderzoek helpt de belangrijkste en meeste bekende kerntaak van het CPZ, de Zelfmoordlijn, verder te evalueren opdat sterktes verder kunnen worden uitgebouwd en zwaktes kunnen worden gereduceerd. Voor de Zelfmoordlijn is dit onderzoek zeer nuttig aangezien deze preventief wilt optreden en verandering in de huidige situatie (groot aantal suïcides bij ouderen) wilt teweegbrengen.

2.2 Onderzoeksvragen

Uit voorgaand literatuuroverzicht blijkt dat de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen bij de Zelfmoordlijn en andere hulpverleningsdiensten niet erg hoog is, blijkt dit ook uit onderstaande onderzoek?

We willen weten wat de intentie tot het hulpzoekend gedrag van 65-plussers bij laagdrempelige telefonische hulpverlening, in het bijzonder de Zelfmoordlijn, is (= algemene onderzoeksvraag). Om de intentie van het hulpzoekend gedrag van de respondenten binnen een breed kader te kunnen plaatsen, werd een deel vragen zo opgesteld dat ze geïnterpreteerd konden worden aan de hand van de 'Theory of Planned behavior' (TPB) van Ajzen en Fishbein (1980 in Ajzen, 1991). Als we kijken naar het schema van TPB, zien we dat de verklarende variabelen of de bepalende factoren, meer bepaald de specifieke attitude, de subjectieve norm en de 'perceived behavioral control', invloed hebben op intentie en dat intentie verondersteld wordt de antecedent te zijn voor gedrag. Echter, mijn onderzoek beperkt zich noodgedwongen tot het linker en middelste gedeelte van het TPB-schema aangezien enkel het begrip 'intentie' in rekening is gebracht en gedrag niet gemeten is, met uitzondering eerder gedrag (vb. 'Hebt u al eens beroep gedaan op de Zelfmoordlijn?'). Met deze theorie trachten we dus de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn na te gaan.

Dit onderzoek zal eerst kijken in welke mate de respondenten gebruik maken van de Zelfmoordlijn, alsook van andere telefonische hulplijnen en hulporganisaties en in welke mate de respondenten reeds suïcide-ervaring hebben gehad. Verder trachten we na te gaan of de volgende variabelen een verklaring kunnen bieden op de intentie tot het hulpzoekend gedrag van 65-plussers bij laagdrempelige telefonische hulpverlening, in het bijzonder de Zelfmoordlijn. Deze vormen dan onze eigenlijke subonderzoeksvragen:

1 Bekendheid van de Zelfmoordlijn

In welke mate is de Zelfmoordlijn bekend bij 65-plussers?

In hoeverre is de doelgroep op de hoogte van de werking van de Zelfmoordlijn?

2 Imago van de Zelfmoordlijn

Wat is het imago van de Zelfmoordlijn bij 65-plussers?

3 Attitude t.a.v. hulp zoeken

Wat is de attitude t.a.v. hulp zoeken bij 65-plussers?

→ Dit trachten we te meten a.h.v. de schalen ATSPPHS en BHSS (zie 3.5.2.3)

4 Attitude t.a.v. suïcide

Wat is de attitude t.a.v. suïcide bij 65-plussers?

→ Dit trachten we te meten a.h.v. de schalen ATTS en SOQ (zie 3.5.2.2)

Om een beter beeld te krijgen, hebben we de bekendheid van andere hulplijnen en hulpverleningsdiensten ook in rekening gebracht.

Verder lijkt het ons, in functie voor de beantwoording van de onderzoeksvragen, interessant na te gaan in welke mate deze verschillen naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, verblijf (rusthuis, serviceflat, thuiswonend), het verenigingleven en thuishulp (zie 3.3).

2.3 Methode

2.3.1 Onderzoekstype

- Beschrijvend en explorierend onderzoek

Het onderzoek is enerzijds *beschrijvend* van aard aangezien er geen sprake is van een hypothese of toetsing. Het gaat om een verkenning van het 'veld' of een beschrijving of registratie van verschijnselen zonder nadere aanduiding van relaties of verklaringen. Aangezien er in dit onderzoek sprake is van een aantal frequentievrage, is een beschrijvend onderzoek hier meer aan de orde (Baarda, De Goede, 2001).

Anderzijds is het een verklarend of een soort *exploratief* of *verkennend* onderzoek aangezien we op zoek gaan naar mogelijke oorzaken of achtergronden van het probleem. Er bestaat weinig voorkennis over, er is vooraf geen theorie en er zijn ook geen scherp geformuleerde hypothesen voorhanden. Het is juist gericht op de ontwikkeling van een theorie en/of scherpe(re) formulering van hypothesen. Een explorierend onderzoek laat ons toe te exploreren welke factoren een rol zouden kunnen spelen en of bepaalde kenmerken van de eenheden samenhangen met de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen. Aangezien een bepaald verschijnsel om een verklaring

'vraagt', is een verklarend of explorerend onderzoek hier meer aan de orde (Baarda, De Goede, 2001).

- Kwantitatief onderzoek

Gezien het gevoelige thema, leek het ons beter de respondenten via een enquête te bevragen. Enquêtes laten het toe om allerlei opvattingen, meningen of gevoelens van mensen te meten (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Met een kwalitatief onderzoek bestond het risico erin dat we, gezien het gevoelige thema, via een interview weinig of geen respondenten konden bereiken. We hebben voor de zekerheid dus gekozen voor een kwantitatief onderzoek.

2.3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft 65-plussers 'in het algemeen', wat wil zeggen dat het ouderen betreft die niet specifiek suïcidegedachten hebben. De populatie werd verdeeld in de leeftijdscategorieën 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus. Het is de bedoeling dat we 65-plussers bevragen en achteraf de drie leeftijdscategorieën met elkaar vergelijken. We hebben gekozen voor 65-plussers gezien het een risicogroep blijkt te zijn, zoals eerder in de bovenstaande literatuur werd aangegeven. We zijn selectief te werk gegaan wat betreft leeftijd (zie leeftijdscategorieën) en 'soort' – 'actieve' ouderen en 'minder actieve' ouderen. Met 'actief' bedoelen we de mate van actief zijn in het verenigingsleven. Om 'actieve' ouderen te bereiken, hebben we beroep gedaan op seniorenbewegingen en verenigingen. Om 'minder actieve' (≠eenzame) ouderen te bereiken, hebben we beroep gedaan op rusthuizen, serviceflats en kruisverenigingen. Immers, er moeten enige nuances genomen worden m.b.t. 'actieve' en 'minder actieve' ouderen aangezien we niet weten wie nu echt actief is en wie niet. Iemand die in een serviceflat woont, kan bijvoorbeeld ook nog een actief leven vertonen of het kan best zijn dat een persoon met veel sociale contacten zich eenzaam voelt. Echter, voor dit onderzoek proberen we te zien of er een verschil kan worden opgemerkt tussen ouderen die actief zijn in het verenigingsleven en ouderen die niet actief zijn in het verenigingsleven; tussen ouderen die in een rusthuis of serviceflat wonen of thuiswonend zijn, al dan niet met behulp van een thuisverpleegkundige. Ook gaan we na of er een verschil waar te nemen is tussen de personen die individueel werden begeleid (veelal in rusthuizen en serviceflats) en de personen die de enquêtes autonoom hebben ingevuld (veelal thuiswonenden en diegenen die actief zijn in het verenigingsleven). Verder hebben we, om de onderzoekspopulatie te vergroten, beroep gedaan op de sneeuwbalmethode. Via familie en kennissen is er gevraagd of zij nog mensen kenden die in aanmerking komen voor mijn onderzoek. De onderzoekspopulatie is verscheiden aangezien het moeilijk was ouderen te vinden die bereid waren te participeren aan het onderzoek.

Aangezien het om een selecte steekproef of een niet op toevalsbasis samengestelde steekproef gaat, gelden de resultaten strikt genomen alleen voor de eenheden die we in ons onderzoek hebben betrokken. Hierdoor zijn de mogelijkheden tot generalisatie van mijn onderzoeksresultaten aan beperkingen onderhevig.

De proefpersonen zijn allemaal tussen 65 en 92 jaar oud en woonachtig in Brussel, Antwerpen en Vlaams-Brabant. De respondenten werden geselecteerd uit verschillende seniorenwerkingen en verenigingen, alsook in rusthuizen, serviceflats en woningen. Door de mutualiteiten van de

verschillende ideologische zuilen aan te spreken en door verschillende 'contexten' aan te spreken, werd een zo gevarieerd mogelijk publiek nagestreefd.

Om de responsgraad te meten werden de enquêtes genummerd zodat we konden registreren hoeveel enquêtes er naar welke organisatie zijn gegaan.

In totaal werden 249 vragenlijsten uitgedeeld naar de verschillende *instanties*: 94 voor het Seniorencentrum te Brussel, 51 voor LBV, 9 voor Herman Teirlinckbond en 20 voor OKRA. Van de 249 vragenlijsten kregen we 97 exemplaren terug, waarvan de onvolledig of willekeurig ingevulde vragenlijsten werden weggelaten. Uiteindelijk werden 65 ingevulde vragenlijsten afkomstig van de instanties aan de analyse onderworpen. 31 zijn er afkomstig van het Seniorencentrum te Brussel, 12 van LBV, 8 van de Herman Teirlinckbond te Sint-Jans-Molenbeek Herman Teirlinckbond, 7 van OKRA (= testenquêtes: zie 2.3.5), 5 van het Wit Gele Kruis te Tienen en 2 van het Wit Gele Kruis te Opwijk.

Verder werden er 21 vragenlijsten uitgedeeld via kennissen of de *sneeuwbalmethode*, waarvan we ze allemaal hebben teruggekregen. Rekening houdend met de onvolledig of willekeurig ingevulde vragenlijsten, waren er uiteindelijk 17 aan de analyse onderworpen.

Vervolgens werden er 4 vragenlijsten (= testenquêtes) uitgedeeld in mijn *familie*, die uiteindelijk tot de analyse zijn onderworpen.

Uiteindelijk zijn er 86 (34,5%) van de 249 uitgedeelde vragenlijsten autonoom ingevuld.

Verder werden er 20 vragenlijsten ingevuld onder mijn *begeleiding*: 3 van de residentie Oase te Meise, 4 van de serviceflats te Merchtem, 5 van het rusthuis te Merchtem en 8 van het rusthuis de Overbron te Neder-Over-Heembeek. Hier was er geen sprake van onvolledig of willekeurig ingevulde vragenlijsten.

In totaal werden er dus 294 enquêtes uitgedeeld, inclusief de enquêtes onder begeleiding, waarvan we er iets minder dan de helft (48%) hebben teruggekregen. De onvolledig of willekeurig ingevulde vragenlijsten werden weggelaten en uiteindelijk werden 106 volledig ingevulde vragenlijsten aan de analyse onderworpen. Van de 106 respondenten hebben er 86 (81%) de enquête autonoom ingevuld en hebben er 20 (19%) de enquête ingevuld onder mijn begeleiding.

36 mannen (34%) en 70 vrouwen (66%) vulden de enquête volledig in.

Aangezien dit onderzoek een beperkte steekproef omvat (106), is er tevens enige voorzichtigheid gewenst bij het veralgemenen van de bekomen resultaten.

2.3.3 Onderzoeksmateriaal

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 1) die schriftelijk werd afgenomen. Een vragenlijst geeft ons de mogelijkheid allerlei opvattingen, meningen of gevoelens van mensen te meten (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Een vragenlijst maakt het ook mogelijk meer respondenten te verwerken en objectief met elkaar te vergelijken. Door het schriftelijk afnemen kan je op een goedkope manier een groot aantal mensen bereiken en kan de anonimiteit gewaarborgd worden. Ook kunnen intieme vragen en vragen die een sociaal wenselijk antwoord uitlokken, d.m.v. een dergelijke enquête deels worden ondervangen aangezien

men niet rechtstreeks zijn antwoord tegen de interviewer hoeft te zeggen (Baarda & De Goede, 2001; Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Echter, de sociale wenselijkheid blijft hier een nadeel aangezien het een zeer gevoelig thema is. Om de anonimiteit te waarborgen, werd de mogelijkheid geboden om de ingevulde enquêtes in een gesloten omslag te steken en zo af te geven aan de verschillende seniorenwerkingen en kruisverenigingen of op te sturen naar de enquêteur haar adres. De anonimiteit werd eveneens zorgvuldig beklemtoond bij de instructies op de vragenlijst. Een grote non-respons kan als het belangrijkste nadeel worden beschouwd van een schriftelijke vragenlijst aangezien dit een gevaar inhoudt voor de generaliseerbaarheid van de antwoorden. Hier rijst dus de vraag naar de representativiteit. Wij zijn er ons dan ook van bewust dat door de relatief grote non-respons (48% teruggekregen enquêtes) de antwoorden niet per se representatief zijn voor de hele populatie van het seniorenbestand van de verschillende betrokken seniorenwerkingen, als de verschillende betrokken rusthuizen en serviceflats, maar wel indicatief: zij geven betrouwbare aanwijzingen die op enige grond van waarheid berusten. Om het risico van non-respons te beperken, hebben we meermaals een herinnering naar de seniorenwerkingen en verenigingen gestuurd, maar dit bracht niet veel op. Ook hebben we de respondent de mogelijkheid geboden de enquête ofwel bij de desbetreffende seniorenwerking af te geven, als naar mijn adres op te sturen.

De vragen werden opgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur, de vragenlijst van Fret (2006-2007) en in overleg met Reynders van het CPZ (2008). Om de intentie van het hulpzoekend gedrag van de respondenten binnen een breed kader te kunnen plaatsen, werd een deel vragen zo opgesteld dat ze geïnterpreteerd konden worden aan de hand van de 'Theory of Planned behavior' (TPB) van Ajzen en Fishbein (1980 in Ajzen, 1991).

Wat onze vragenlijst betreft, kunnen we een onderscheid maken tussen enerzijds gesloten vragen met geprecodeerde antwoorden (ja/nee, 1/2/3/4/5/..., juist/fout) en anderzijds uitspraken en stellingen waarbij aangegeven werd in hoeverre ze het eens zijn (vijfpunten Likert schaal van helemaal oneens tot helemaal eens). We hebben ervoor gezorgd dat de stellingen voldoende van richting werden gewisseld om inconsistente antwoorden te voorkomen (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Verder hebben we voor de sociaal-demografische gegevens ook gedeeltelijk gebruik gemaakt van een aantal open vragen (vb. nationaliteit).

Vervolgens geven we een opsomming van de vragen die gebruikt werden in de vragenlijst met de nodige uitleg:

- De eerste 11 vragen peilen naar **sociaal-demografische gegevens**: leeftijd, geslacht, woonplaats, nationaliteit, onderwijsniveau, beroep, huidige situatie, (gezins)inkomen, burgerlijke staat, aantal kinderen en verblijfplaats. Aan de hand van deze gegevens kunnen we een eerste vergelijking maken naar verschillen hierin.
- In vraag 12 wordt gevraagd of men al dan niet **thuisverzorging** nodig heeft. Diegenen die niet thuis wonen of bij familie inwonen, hoefden deze vraag niet in te vullen.
- Vraag 13 polst naar de participatie in het **verenigingsleven**. Hiermee kunnen we polsen naar het actieve leven van de respondenten.

- In vragen 14 en 15 wordt gevraagd of men over een telefoon/gsm beschikt en of men graag telefoneert. Dit laat ons toe een beter zicht te hebben op het **belgedrag** van de respondenten. Immers, het al dan niet graag bellen kan een mogelijke verklaring wat betreft het gebruik van hulplijnen. Iemand die niet graag belt, zal misschien minder geneigd zijn hulp te zoeken bij een hulplijn als men het moeilijk heeft.
- In vraag 16 bevragen we hoe vaak de oudere op bezoek gaat, bezoek ontvangt of telefonisch contact heeft met kinderen/schoonkinderen, kleinkinderen, broers/zussen, ouders, andere familieleden, vrienden/kennissen, burens/mensen uit de wijk, partner, huisarts, verpleegkundige en poetshulp/bejaardenhulp. Hieraan werd 'indien andere' toegevoegd zodat men eventueel nog iets kan toevoegen. Ook werd een antwoordmogelijkheid 'niet van toepassing' toegevoegd, voor het geval men geen contact heeft of de betreffende personen overleden zijn. Verder heeft men volgende keuzemogelijkheden: nooit, minder dan 1 maal per maand, maandelijks, 1 à 2 maal per week, en (bijna) dagelijks. Deze vraag laat ons toe een idee te hebben over de **mate van contact** bij de respondenten.
- In vraag 17 bevragen we hoe de oudere het contact ervaart met dezelfde personen als uit vraag 16. Volgende antwoordmogelijkheden kwamen hierbij aan bod: uiterst negatief, eerder negatief, noch negatief/noch positief, eerder positief, uiterst positief en niet van toepassing. Door de perceptie van het contact te weten, trachten we een beter beeld over de situatie van de respondent te hebben. Deze vraag laat ons toe een idee te hebben over de **ervaring betreffende de sociale contacten** bij de respondenten.
- In vraag 18 bevragen we hoe vaak men doorgaans over zijn problemen praat. Dezelfde personen als uit vraag 16 werden aangehaald. Hier kan gekozen worden uit volgende antwoordmogelijkheden: zelden of nooit, soms, vaak en niet van toepassing. Deze vraag laat ons toe een idee te hebben met wie de respondenten **praten als ze het moeilijk hebben**.
- Vraag 19 bevat uitspraken over enerzijds negatieve affecten, meer specifiek eenzaamheid, en anderzijds het verenigingsleven en sociale activiteiten. Hier dient men te antwoorden op een vijfpuntenschaal, gaande van helemaal oneens tot helemaal eens. Voor de negatieve affecten werd gebruik gemaakt van de Manual of Loneliness Scale 1999 van De Jong Gierveld en Van Tilburg (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). Voor het verenigingsleven en sociale activiteiten werd gebruikt gemaakt van de theorieën in verband met ouder worden, meer specifiek de 'disengagementtheorie' en de 'activiteitentheorie' van Cumming en Henry (1961) en de 'productive activity' van Morrow-Howell (2000). Ook vraag 20 peilt naar negatieve effecten, meer specifiek depressieve gevoelens. Verder komen de items gezondheid en levensvreugde aan bod. Hier werd gebruik gemaakt van een vierpuntenschaal: helemaal niet, niet meer dan gewoonlijk, meer dan gewoonlijk en opvallend meer dan gewoonlijk. Deze vragen laten ons toe het **welbevinden** bij de respondenten na te gaan.
- Vraag 21 tot en met 26 gaat over **suicide-ervaring**. Vragen zoals 'Hebt u ooit een suicidepoging ondernomen? Kent u iemand in uw nabije omgeving waar je een hechte band mee hebt/had die suïcidedgedachten heeft?' komen hier aan bod. Hier werd gebruik gemaakt van een voorbeeldvragenlijst van Reynders van het CPZ (2008). Hier kwamen volgende

antwoordmogelijkheden aan bod: nee, ja langer dan een jaar geleden en ja minder dan een jaar geleden. Deze vraag laat ons toe te zien hoeveel respondenten reeds suïcide-ervaring hebben gehad.

- Vraag 27 bevat uitspraken over de **houding t.a.v. suïcide**. Dit begrip is geoperationaliseerd door middel van een aantal uitspraken of stellingen. Eén van de stellingen luidt: 'Zelfdoding is begrijpbaar'. Hier werd grotendeels gebruik gemaakt van de 'Attitudes Towards Suicide questionnaire' (ATTS) van Renberg en Jacobsson (2003) en deels op de 'Suicide Opinion Questionnaire' (SOQ) van Domino, Moore, Westlake en Gibson (1982). Hier dient men te antwoorden a.h.v. een vijfpuntenschaal, gaande van helemaal oneens tot helemaal eens. Met deze vraag trachten we de subonderzoeksvraag 'Wat is de attitude t.a.v. suïcide bij 65-plussers?' te beantwoorden.
- Vragen 28 en 30 peilen naar de **bekendheid van hulporganisaties en telefonische hulpverlening**. Volgende antwoordmogelijkheden kwamen aan bod: ja, nee en ik heb er al van gehoord maar ik weet niet goed wat zij doen. Met deze vraag trachten we de subonderzoeksvraag 'In welke mate zijn hulporganisaties en telefonische hulpverlening bekend bij 65-plussers?' te beantwoorden.
- Vragen 29 en 31 peilen naar de **mate van gebruik van hulporganisaties en telefonische hulpverlening**. Er werd gevraagd of men al eens beroep heeft gedaan op hulporganisaties en telefonische hulpverlening. Volgende antwoordmogelijkheden kwamen aan bod: ja/nee. Bij de telefonische hulpverlening werden nog volgende mogelijkheden toegevoegd: 1 keer en meerdere keren. Deze vraag laat ons toe een idee te hebben of de respondenten veel of weinig gebruik maken van dergelijke diensten.
- Vragen 32 tot 34 peilen naar de **bekendheid van de Zelfmoordlijn** in het bijzonder. In vraag 32 wordt er gevraagd via welke kanalen ze de Zelfmoordlijn kennen. Diegenen die de Zelfmoordlijn niet kennen of er nog niet van gehoord hebben, hoefden deze vraag niet in te vullen. Vraag 33 bevat een aantal uitspraken over de Zelfmoordlijn. Hier dient men a.h.v. juist/fout- antwoordmogelijkheden de items aan te kruisen. Vraag 34 bevat eveneens uitspraken over de Zelfmoordlijn. Hier dient men te antwoorden a.h.v. een vijfpuntenschaal, gaande van helemaal oneens tot helemaal eens. Met deze vraag trachten we de subonderzoeksvraag betreffende 'bekendheid van de Zelfmoordlijn' te beantwoorden.
- In vraag 35 wordt er, d.m.v. uitspraken, gepeild naar de **ervaring bij de Zelfmoordlijn**. Een van de uitspraken luidt: 'Ik ben tevreden over de Zelfmoordlijn'. Deze vraag diende enkel beantwoord te worden door diegenen die al hebben gebruik gemaakt van de Zelfmoordlijn. Opnieuw wordt de respondent gevraagd aan te geven op een vijfpuntenschaal in welke mate men het eens is met de uitspraken.
- Vraag 36 bevat allerlei stellingen over het **imago van de Zelfmoordlijn**. Een van de uitspraken luidt: 'De Zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar'. Deze vraag laat ons toe het beeld dat de respondenten hebben over de Zelfmoordlijn na te gaan. De subonderzoeksvraag 'Wat is het imago van de Zelfmoordlijn bij 65-plussers' wordt hiermee beantwoord.

- Vraag 37 bevat een aantal uitspraken in verband met de **intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn**. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de 'Theory of Planned Behaviour' (TPB) van Ajzen (1991). Er werd gevraagd in hoeverre men het eens is met de uitspraken als men suïcidegedachten- of gevoelens "zou hebben" of als men depressief "zou zijn". Deze vraag laat ons toe de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn na te gaan.
- Vragen 38 en 39 bevatten allerlei stellingen over de **attitude t.a.v. hulp zoeken en persoonlijkheid**. Volgende items komen aan bod: attitudes ten aanzien van het zoeken van professionele psychologische hulp (ATSPPHS: Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale van Fisher & Turner, 1970) waarbij we beroep hebben gedaan op de uitgebreide en aangepaste versie van Mackenzie, Knox, Gekoski en Macaulay (2004), barrières betreffende hulp zoeken (BHSS: Barriers to Help Seeking Scale van Mansfield, Addis en Courtenay, 2005), zelf-stigma met betrekking tot hulp zoeken (SSOSH: Self-Stigma Of Seeking Help van Vogel, Wade en Haake, 2006), nood aan openbaarmaking of het voor zich houden van problemen (DDI: Distress Disclosure Index van Kahn en Hessling, 2001), openheid tot ervaring (openness to experience) en mentale gezondheid locus of control (MHLC: Mental Health Locus of Control scale van Hill en Bale, 1980). De ATSPPHS en BHSS laten ons toe de subonderzoeksvraag 'Wat is de attitude t.a.v. hulp zoeken bij 65-plussers?' te beantwoorden.

2.3.4 Procedure

Het vinden van bereidwillige respondenten was niet altijd eenvoudig. De respondenten werden allereerst willekeurig gerekruteerd uit verschillende seniorenwerkingen. Per seniorenwerking werd een 'verkenningsgesprek' afgelegd (zie bijlage 2) om een idee te krijgen van hun werking en interesse in het onderzoek. Ook werd er een 'methodologie' van de enquête naar hen gestuurd (zie bijlage 3) die hen een beter overzicht gaf aan wat ze zich mochten verwachten. Wel is deze methodologie na verloop van tijd aangepast moeten worden. Voor de verschillende seniorenwerkingen werd er getracht een evenwicht te bereiken tussen de verschillende ideologische zuilen om de steekproef zo representatief mogelijk te maken. Maar gezien de verschillende aanpak, is dit niet echt verwezenlijkt kunnen worden. Het aantal enquêtes verschillen dus onderling per vereniging, zoals eerder al werd aangehaald. Bij het contacteren van de verschillende seniorenwerkingen, hebben we ondervonden dat de doelgroep niet kon bereikt worden. Het zelfstandig laten invullen van de enquêtes in groep was echter niet mogelijk (zie bijlage 2). Om de responsgraad te verhogen, zijn we overgegaan tot twee methodieken: enerzijds het uitdelen van enquêteformulieren en autonoom laten invullen door de respondenten in verschillende seniorenwerkingen en kruisverenigingen, anderzijds het persoonlijk begeleiden van de respondenten bij het afnemen van de enquêtes in rusthuizen en serviceflats. Persoonlijke begeleiding was nodig in rusthuizen gezien weinigen in staat waren de enquête zelfstandig in te vullen. Onder persoonlijke begeleiding wordt het volgende verstaan: de enquêteur leest de vragen en antwoordalternatieven voor waarop de respondent zijn antwoord geeft. De enquêteur vult vervolgens de antwoorden in. Dit maakte het voor de respondent een stuk gemakkelijker aangezien deze zelf de vragen niet moet lezen. Het gebruik van antwoordkaartjes was hier geen

optie gezien de verschillende antwoordmogelijkheden het anders te ingewikkeld gingen maken. Wel zijn de verschillende antwoordalternatieven herhaaldelijk voorgelezen.

Door deze laatsten ook aan te spreken, kan er naar enige verschilpunten tussen 'actieve' en 'minder actieve' ouderen gepolst worden. Gezien de meerderheid van de ouderen in het verenigingsleven is bevraagd is het echter zo dat het aantal 'minder actieve' ouderen ondervertegenwoordigd is. Er is een zekere foutenmarge aan verbonden, maar het is interessant deze piste ook erbij te nemen aangezien 'minder actieve' ouderen vaak worden vergeten of moeilijk te bereiken zijn. Het biedt een zekere meerwaarde aan dit onderzoek. Verder hebben we beroep gedaan op de sneeuwbalmethode via familie en kennissen. In de verwerking zullen we aanduiden welke enquêtes zelfstandig en welke enquêtes onder begeleiding werden afgenomen.

Concreet betekent dit dat er werd samengewerkt met het Seniorencentrum Brussel (een uitgebreid diensten- en activiteitsaanbod voor Brusselse senioren), OKRA (Open, Kristelijk, Respectvol, Actief: een bruisende beweging van, voor en met 55+, Christelijke Mutualiteit), Herman Teirlinckbond via S-PLUS (de voormalige Vlaamse Federatie van Socialistische Gepensioneerden) en LBV (Liberale Beweging voor Volksontwikkeling). Verder werd er samengewerkt met het Wit Gele Kruis te Opwijk en Tienen, het rusthuis Van Ginderachter en de serviceflats te Merchtem, residentie Oase te Meise en het rusthuis De Overbron te Neder-Over-Heembeek.

Bij de persoonlijke begeleiding van de enquête hadden we het voordeel dat intensieve begeleiding van de respondenten mogelijk was. We konden de mensen motiveren, uitleg verschaffen en onduidelijkheden toelichten waar nodig. Bij de verduidelijking heerst wel het gevaar dat men de respondent in zijn antwoord stuurt. Verder gaf het ons de mogelijkheid de ingevulde enquêtes direct terug te krijgen, te controleren op de betrouwbaarheid van de antwoorden en of de lijst volledig was ingevuld, wat bij het autonoom invullen door de respondent niet het geval was (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Andere voordelen van het persoonlijk begeleiden zijn het achterhalen van spontane bekendheid of spontane reacties, terwijl bij het autonoom invullen van de vragenlijst weinig ruimte is voor het toelichten van de respondent zijn antwoorden (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Eén van de nadelen van het persoonlijk begeleiden was de tijdsduur. Gezien het risico op uitweiding van de respondent, varieerde het persoonlijk begeleiden bij het invullen van de vragenlijst van 1 uur tot soms 3 uur. Door middel van de testenquêtes, hebben we kunnen zien dat het autonoom invullen ongeveer 40 minuten in beslag neemt. Een ander nadeel betreft de anonimiteit en de gevoeligheid voor sociale wenselijkheid gezien de enquêteur zijn aanwezigheid. De kans bestond erin dat ze niet de juiste antwoorden durven geven gezien het thema (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Ook bestaat de kans dat de respondent onzeker is en geëmotioneerd geraakt, maar dit is al bij al nog meegevallen. Er werd uitdrukkelijk gevraagd de vragenlijsten eerlijk en individueel in te vullen. Een procesverslag van de afnames is te vinden in bijlage 4.

2.3.5 Betrouwbaarheid

Zoals eerder vermeld, werd de steekproef zo gevarieerd mogelijk getrokken door verschillende instanties aan te spreken. Omdat in het kader van dit kleinschalig onderzoek slechts een beperkt aantal ouderen kon worden bevraagd, zijn de resultaten niet veralgemeenbaar naar de ganse

populatie ouderen. Het gaat voornamelijk om een verkennend onderzoek. Door het beperkt vooronderzoek in dit domein betreft het hier in zekere mate pionierswerk. Wel laten de resultaten toe om een aantal trends in de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen m.b.t. de Zelfmoordlijn te onderscheiden.

Een aantal maatregelen werden genomen om de betrouwbaarheid van de metingen te vergroten. Voor de persoonlijke begeleiding werd er telkens voor een rustige en aangename omgeving gezorgd waar de respondenten mee vertrouwd zijn. Dit was ofwel in een rusthuis of een serviceflat. Er werd op toegezien dat de vragenlijsten eerlijk en individueel werden beantwoord. Om de standaardisatie niet in gevaar te brengen, werd er tevens voor gezorgd dat alle respondenten op dezelfde manier benaderd werden. Voor de verschillende seniorenwerkingen werd eenzelfde 'protocol' nagestreefd. Zo werd eenzelfde uitleg betreffende de vragenlijst verschaft. Mits zelf eerst instructies gegeven te hebben aan de vertegenwoordigers van de verschillende seniorenwerkingen, werd er ook aan de vertegenwoordigers zelf gevraagd instructies te geven aan de senioren i.v.m. de vragenlijst. Door de introductie van de enquête en de uiteindelijke verspreiding naar de individuele senioren toe over te laten aan de coördinatoren van de desbetreffende diensten, gaf het ons de mogelijkheid de responsgraad te verhogen. Ook voor de kruisverenigingen werd een korte introductie toegevoegd (zie bijlage 5).

Tevens werd ervoor gezorgd dat de vragenlijst zo duidelijk en overzichtelijk mogelijk werd opgesteld (vb. eenvoudige doorverwijzingen en groot lettertype). Er werden ook testenquêtes afgelegd bij 11 mensen (4 via familie en 7 via OKRA). Deze werden uiteindelijk ook aan de analyse onderworpen vermits de weinig negatieve commentaar. Er werd getracht de vragenlijst nog in te korten in overleg met Alexandre van het CPZ, maar gezien het breken van schalen geen goede oplossing is, is er niet zo veel ingekort. Ook werd er d.m.v. een item-analyse rekening gehouden met de homogeniteit van de vragen. Er werd gekeken of de verschillende vragen allemaal hetzelfde meten (Baarda & De Goede, 2001).

2.3.6 Ethische aspecten

Zoals eerder vermeld, werd er tijdens het onderzoek rekening gehouden met ethische aspecten, zoals het waarborgen van de anonimiteit en het recht op privacy. Verder werd er beklemtoond dat de gegevens enkel voor wetenschappelijk onderzoek bedoeld zijn en dat ze vertrouwelijk verwerkt worden. Eveneens werd er rekening gehouden met het beschermen van participanten tegen eventuele nadelige gevolgen van hun deelname aan het onderzoek. Er werd hun duidelijk gemaakt dat het niet de bedoeling is een aanzet te geven om aan suïcide te denken, maar dat dit onderzoek juist in het belang was om suïcide bij ouderen te voorkomen. Er werd tevens ook rekening gehouden met de vrijwillige medewerking van de respondenten (Baarda & De Goede, 2001). Binnen ons onderzoek werd hiermee rekening gehouden door een korte introductie van de vragenlijst aan te halen (zie bijlage 1). Wel werd erop gewezen dat de ouderen niet op voorhand ingelicht mochten worden over het thema 'Zelfmoordlijn' aangezien dit de betrouwbaarheid van de vragenlijst kon beïnvloeden. De resultaten m.b.t. de bekendheid van de Zelfmoordlijn kunnen dan beïnvloed worden.

3 Onderzoeksresultaten

In onderstaande deel worden de onderzoeksresultaten weergegeven op basis van volgende opbouw: allereerst worden de gebruikte analysetechnieken besproken. Vervolgens wordt de onderzoekspopulatie voorgesteld en definiëren we de splitsingsvariabelen die we bij de analysetechnieken zullen gebruiken. Verder gaan we beschrijvend te werk waarin we enkele variabelen registreren d.m.v. frequentietabellen. Nadien gaan we na welke schalen op basis van de vragen in de enquête kunnen worden geconstrueerd, dit op basis van de factoranalyse. Een aantal vragen uit de enquête zijn afkomstig van bestaande schalen. Vervolgens gaan we de correlaties tussen een aantal schalen nagaan. Tot slot gaan we ook de frequenties na van verschillende overige componenten die in de enquête aan bod komen en die dus ook nuttig zijn voor ons onderzoek.

3.1 Gebruikte analysetechnieken

De gegevens van de gestructureerde vragenlijsten zullen verwerkt en geanalyseerd worden met het statistische verwerkingsprogramma SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Via de constructie van een codeerschema werden de gegevens in SPSS ingevoerd.

Concreet werd van de volgende analysetechnieken gebruik gemaakt:

- Om de interne consistentie van schalen na te gaan, maken we gebruik van een *factoranalyse*. Om de homogeniteit of betrouwbaarheid bij schalen te testen, of om te weten in welke mate de geselecteerde items allemaal hetzelfde meten, berekenen we de homogeniteitcoëfficiënt Cronbach's alpha (α). Om de afzonderlijke items te mogen optellen tot een totaalscore, moet de schaal homogeen bevonden worden. De α kan een waarde hebben die loopt van 0,00 tot 1,00. Bij de waarde 0,00 is er totaal geen samenhang tussen de vragen; 1,00 betekent dat de vragen elkaar volledig overlappen. Om een schaal als intern consistent te beschouwen, moet de alpha minstens 0,60 bedragen (Baarda, De Goede, & Van Dijkum, 2003; De Donder, 2007-2008);
- Met de *Chi-kwadraat-toets* gaan we na of er een significant verschil bestaat tussen twee of meer groepen op een kenmerk dat op nominaal niveau is gemeten. Voor het presenteren van gegevens die zijn gemeten op nominaal niveau en ordinale discrete gegevens, maken we gebruik van een kruistabel. De Chi^2 (X^2) wordt berekend op grond van het verschil tussen de gevonden frequenties en de op grond van toeval te verwachten frequenties. Naarmate de Chi^2 groter is, is de kans dat de afwijking op toeval berust (de p-waarde) kleiner. Volgende notatie wordt gehanteerd bij de Chi^2 toets (X^2 (df, N) = ; p =) (Baarda, De Goede, & Van Dijkum, 2003);
- Om verschillen tussen een nominale splitsingsvariabele en een ordinale testvariabele na te gaan, maken we gebruik van de *Mann-Whitney U test* (*MW-U*). Dit is een nonparametrische test die via SPSS kan worden uitgevoerd. De Mann-Whitney test laat ons toe om bijvoorbeeld verschillen in geslacht (nominale splitsingsvariabele) voor bepaalde ordinale testvariabelen

na te gaan. Er is echter enkel sprake van een significant verschil wanneer de waarschijnlijkheid (p) dat de verdeling op toeval berust kleiner is dan 5% (de gebruikte alpha of onbetrouwbaarheid), dus de p -waarde $< 0,05$. Notatie voor de MW test is: (U (df, N) = ; $p =$) (Baarda et al., 2003; Verté, 2005-2006; De Donder, 2007-2008);

- De *Kruskall-Wallis-Toets (KW)* wordt gebruikt als het om meer dan twee niet-gekoppelde steekproeven gaat (bijvoorbeeld opleiding). Voorwaarde hier is dat er sprake is van een nominale splitsingsvariabele en een testvariabele op (minimaal) ordinaal niveau gemeten. De notatie voor de KW test is: (H (df, N) = ; $p =$) (Baarda et al., 2003);
- De *t-toets* is een analysetechniek om na te gaan of de gemiddelden van twee groepen (onafhankelijke steekproeven) op een testvariabele significant van elkaar verschillen. De testvariabele (bijvoorbeeld salaris) moet op interval-/rationiveau zijn gemeten. De splitsingsvariabele (bijvoorbeeld geslacht) is veelal op nominaal niveau gemeten. Hoe groter t , des te kleiner de kans dat het verschil op toeval berust. De t -toets rapporteren we met volgende formule (t (df, N) = ; $p =$) (Baarda et al., 2003);
- De *enkelvoudige variantieanalyse (F-waarde) of One-Way ANOVA* is een analysetechniek om na te gaan of de gemiddelden op een testvariabele van drie of meer niet-gekoppelde steekproeven significant van elkaar verschillen. Het gaat dan om een testvariabele die op interval-/rationiveau is gemeten. De splitsingsvariabele is veelal op nominaal niveau gemeten, of is een discrete ordinale variabele. De totale variantie in de testvariabele wordt gesplitst in de tussenvariantie (between) en de binnenvariantie (within). De significantie van de F -waarde is afhankelijk van het gekozen significantieniveau (alpha) en de df -waarden. De kans op significantie is groter naarmate het aantal respondenten groter en het aantal groepen kleiner is. Volgende notatie wordt gehanteerd bij de ONE-Way ANOVA: (F (df, N) = ; $p =$) (Baarda et al., 2003);
- De *Pearson's correlatiecoëfficiënt (r)* geeft aan in welke mate er een lineair verband bestaat tussen de schalen. De variabelen die worden vergeleken, moeten gemeten zijn op interval- of rationiveau. De waarde van r kan lopen van -1 tot $+1$. Als $r=1$, dan is er een perfect (lineair) positief verband tussen beide variabelen. Als variabele X hoog of laag is, dan geldt dat ook voor variabele Y . Bij $r=-1$ is er een perfect (lineair) negatief verband. Een hoge X gaat dan samen met een lage Y en een lage X met een hoge Y . Als $r=0$ dan is er geen lineair verband. Bij een steekproefonderzoek wordt de significantie bepaald aan de hand van de hoogte van de correlatie en het aantal steekproefelementen op basis waarvan de correlatie berekend is (Baarda et al., 2003).

3.2 Voorstelling onderzoekspopulatie

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de socio-demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie.

	totaalpopulatie	%
Leeftijd	65-74 jaar	48,1
	75- 84 jaar	37,7
	84-plus	14,2
Geslacht	Man	34
	Vrouw	66
Burgerlijke staat	Gehuwd	41,5
	Nooit gehuwd	8,5
	Gescheiden	8,5
	Samenwonend	0
	Weduw(e)naar	41,5
	Kloosterling(e)	0

Tabel 1: Socio-demografische gegevens

De leeftijd van de bevroagde senioren ligt tussen de 65 en 92 jaar (bijlage 6). De gemiddelde leeftijd is 75,7 jaar (SD 7,4) (bijlage 6). Uit voorgaande tabel is af te leiden dat 48,1% tot de categorie 65-74 jaar onder te brengen valt. 37,7% is 75 tot 84 jaar en 14,2% is ouder dan 84 jaar. In bijlage 6 bevindt zich een cirkeldiagram van de leeftijdsklassen.

In totaal hebben 106 senioren de vragenlijst ingevuld, waarvan 36 mannen en 70 vrouwen. Dit houdt in dat 34% man is en 66% vrouw (bijlage 7). Het lage aandeel mannen is mogelijk te verklaren door de hogere levensverwachting van vrouwen (Vlaamse statistieken, strategisch management en surveyonderzoek, 2008; Nationaal Instituut voor de Statistiek, 2008).

41,5% van de bevroagde senioren is gehuwd, wat overeenkomt met het percentage weduwen (41,5%). Het percentage bevroagde senioren dat nooit gehuwd is bedraagt 8,5%, dit komt tevens overeen met het percentage gescheiden senioren dat eveneens 8,5% bedraagt. Er bevinden zich geen kloosterlingen onder de bevroagde senioren. Bijlage 8 bevat de frequentietabel van deze verdeling.

De bevroagde senioren zijn allen woonachtig in Brussel, Vlaams-Brabant en Antwerpen. Inwoners uit de gemeenten Neder-Over-Heembeek, Merchtem, Dilbeek en Sint-Jans-Molenbeek zijn met zo'n 36,7% van de totale steekproef het sterkst vertegenwoordigd. De overige respondenten wonen in de Brusselse randgemeenten en gemeenten in Vlaams-Brabant en Antwerpen. In bijlage 9 bevindt zich een cirkeldiagram die de verschillende woonplaatsen van de respondenten weergeeft.

De respondenten zijn allen geboren in België (bijlage 10).

Uit de gegevens betreffende opleiding kunnen we het volgende vaststellen. Vooreerst herdefiniëren we de variabelen in drie categorieën: geen afgeronde opleiding, lager onderwijs, lager beroepsonderwijs en lager technisch onderwijs brengen we onder bij de categorie 'lager opgeleid'. De opleidingsniveaus lagere humaniora, hoger beroepsonderwijs, hoger technisch onderwijs en hogere humaniora worden ondergebracht bij de categorie 'middelbaar'. Tot slot bevat de categorie

'hoger onderwijs' het hoger niet-universitair onderwijs en het universitair onderwijs. Het percentage middelbaar opgeleiden bedraagt 44,3%, wat maakt dat dit opleidingsniveau de meest voorkomende is, gevolgd door de lager opgeleiden (31,1%) en het hoger onderwijsniveau (24,5%). Bijlage 11 geeft een cirkeldiagram volgens opleidingsniveau weer. Door middel van een kruistabel (bijlage 11) kunnen we het opleidingsniveau van mannen en vrouwen vergelijken. De Chi² toets laat ons zien dat er geen significant verschil is tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten wat betreft hun opleidingsniveau (X^2 (df = 2, N = 106) = 0,33; p = 0,849 > 0,05).

Het aantal kinderen varieert tussen 0 en 8. 54,7% van de respondenten heeft 1 of 2 kinderen en 17% bleef kinderloos (bijlage 12).

Met een percentage van 58,5% is/was bediende het meest voorkomende beroep. 12,3% werkt(e) als arbeider en 11,3% als zelfstandige. Een gedetailleerd overzicht van de verdeling over verschillende beroepen is te vinden in bijlage 13.

Van de bevroegde senioren is de overgrote meerderheid gepensioneerd (93,4%). 5,7% verricht betaalde arbeid, 2,8% is langdurig ziek of arbeidsongeschikt en nog eens 2,8% doet huishouden en/of opvoeding (bijlage 14).

Het meest voorkomende huidig maandelijks gezinsinkomen bij de bevroegde senioren ligt tussen 1000 en 1499 euro met een percentage van 43,2%, gevolgd door een gezinsinkomen van 1500 tot 1999 euro met 29,5%. 2,1% heeft een gezinsinkomen van meer dan 5000 euro (bijlage 15).

Van de bevroegde senioren woont de grote meerderheid nog thuis (77,4%). 15,1% verblijft in een rust- en verzorgingstehuis en 6,6% in een service flat en 0,9% is inwonend bij familie (bijlage 16). Voor verdere analyses brengen we 'inwonend bij familie' niet in rekening gezien het heel lage percentage. Wat de serviceflatbewoners betreft, hebben we vier van de zeven begeleid. In bijlage 17 is er een geclusterd staafdiagram te vinden waar het verschil tussen mannen en vrouwen op de variabele 'verblijf' is afgebeeld.

81,1% van de bevroegde senioren heeft geen verzorging thuis, terwijl 18,9% wel thuisverzorging heeft. Voor 20,8% van de bevroegde senioren is 'verzorging thuis' niet van toepassing. Dit wil zeggen dat deze laatsten niet thuis wonen of niet bij familie inwonen. De frequentietabel van deze verdeling is te vinden in bijlage 18.

De overgrote meerderheid van de bevroegde senioren is actief in het verenigingsleven (80%). 20% is niet actief in het verenigingsleven. Een kruistabel (bijlage 19) laat ons toe het actieve verenigingsleven van mannen en vrouwen te vergelijken. Op basis van de Chi² toets zien we dat er geen significant verschil is tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten wat betreft hun verenigingsleven (X^2 (df = 1, N = 106) = 0,38; p = 0,537 > 0,05).

3.3 Definiëren splitsingsvariabelen

In functie voor de beantwoording van de onderzoeksvragen, lijkt het ons interessant na te gaan in welke mate deze verschillen naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, verblijf (rusthuis, serviceflat, thuiswonend), het verenigingsleven en thuishulp. Door onze gegevens te onderwerpen aan een aantal statistische analysetechnieken, kunnen we dit te weten komen. De variabelen geslacht,

verblijf, verenigingleven en thuishulp zijn op nominaal niveau gemeten. De variabelen leeftijd en opleidingsniveau hebben we eerst gehercodeerd, wat het praktischer maakt de nodige statistische testen uit te voeren. De variabele leeftijd hebben we opgedeeld in drie categorieën, namelijk 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus. De frequenties binnen deze opdeling werden reeds hierboven beschreven. Vervolgens hebben we de variabele opleidingsniveau ook opgedeeld in drie categorieën, namelijk 'lager opgeleid', 'middelbaar' en 'hoger onderwijs'. Ook hier werden de frequenties binnen deze opdeling hierboven reeds beschreven.

De splitsingsvariabele 'verblijf' maakt het mogelijk de autonoom ingevulde enquêtes (veelal thuiswonenden) met de enquêtes die onder begeleiding waren ingevuld (veelal rusthuisbewoners en serviceflatbewoners) te vergelijken. Vervolgens maakt de splitsingsvariabele 'het verenigingsleven' het mogelijk diegenen die actief zijn in het verenigingsleven met diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven met elkaar te vergelijken.

3.4 Beschrijving van enkele variabelen

Om een breder beeld te hebben op de situatie, is het nodig dat er vooreerst een verkenning van het 'veld' wordt weergegeven. Dit trachten we te doen door het belgedrag, de suïcide-ervaring, de mate van gebruik en de bekendheid van de Zelfmoordlijn - alsook van andere telefonische hulplijnen - beschrijvend weer te geven d.m.v. frequentietabellen. Het gaat telkens over de 'Valid Percent', dus het percentage van respondenten die de bewuste vraag beantwoorden.

3.4.1 Het belgedrag

Wat betreft het belgedrag bij de bevroagde respondenten, blijkt de overgrote meerderheid (65,7%) graag te bellen (bijlage 20). Een kruistabel (bijlage 21) laat ons toe het belgedrag tussen mannen en vrouwen te vergelijken. Op basis van de Chi² toets zien we dat er een significant verschil is tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten wat betreft het belgedrag ('Telefoneert u graag?') (X^2 (df = 1, N = 102) = 5,57 ; p = 0,018 < 0,05). Vrouwen blijken liever te bellen dan mannen.

3.4.2 Suïcide-ervaring

Tabellen 2, 3, 4 en 5 geven een overzicht van de suïcide-ervaring bij de bevroagde respondenten.

Hebt u ooit ernstig overwogen een suïcidepoging te ondernemen of suicideplannen gemaakt?

	Afgelopen jaar
1. Nooit	90.6%
2. Zelden	2.8%
3. Soms	2.8%
4. Vaak	3.8%

	Langer dan een jaar geleden
1. Nooit	84%
2. Zelden	3.8%
3. Soms	9.4%
4. Vaak	2.8%

Tabel 2: Overzicht percentages vraag 22 i.v.m. suicide-ervaring

Uit voorgaande tabellen is af te leiden dat toch wel een groot deel van de bevroegde ouderen reeds ervaring met suicide had. 16% van de bevroegde respondenten heeft ooit wel eens overwogen een suicidepoging te ondernemen of heeft ooit al suicideplannen gemaakt langer dan een jaar geleden, waarvan 9,4% de antwoordcategorie 'soms' heeft aangeduid, gevolgd door de antwoordcategorie 'zelden' met 3,8% en tot slot de antwoordcategorie 'vaak' met 2,8%. Wat het afgelopen jaar betreft, heeft 9,4% het ooit wel eens overwogen een suicidepoging te ondernemen of heeft ooit al suicideplannen gemaakt. Verder geeft bijlage 22 weer dat 3,8% ooit een suicidepoging heeft ondernomen langer dan een jaar geleden.

Kent u iemand in uw nabije omgeving waar je een hechte band mee hebt/had die suicidegedachten heeft?

1	Nee, niemand.	80,2%
2	Ja, langer dan één jaar geleden.	15,1%
3	Ja, minder dan een jaar geleden.	4,7%

Tabel 3: Overzicht percentages vraag 24

Kent u iemand in uw nabije omgeving waar je een hechte band mee hebt/had die ooit een suicidepoging heeft ondernomen?

1	Nee, niemand.	72,6%
2	Ja, langer dan één jaar geleden.	23,6%
3	Ja, minder dan een jaar geleden.	3,8%

Tabel 4: Overzicht percentages vraag 25

Hebt u ooit een naaste waar u een hechte band mee had verloren door suicide?

1	Nee, niemand.	74,3%
2	Ja, langer dan één jaar geleden.	24,8%
3	Ja, minder dan een jaar geleden.	1,0%

Tabel 5: Overzicht percentages vraag 26

Ook hier heeft een groot deel van de ouderen reeds suicide-ervaring gehad wat betreft hun omgeving. Ongeveer 20% kent iemand in zijn nabije omgeving waar men een hechte band mee heeft/had die suicidegedachten heeft, waarvan zo'n 15% langer dan een jaar geleden en zo'n 5% minder dan een jaar geleden. Een opmerkelijk percentage van 27% kent iemand in zijn nabije omgeving waar men een hechte band mee heeft/had die ooit een suicidepoging heeft ondernomen, waarvan zo'n 24% langer dan een jaar geleden en zo'n 4% minder dan een jaar geleden. Van de bevroegde respondenten heeft 25,8% ooit een naaste waar men een hechte band mee had verloren door suicide, waarvan zo'n 25% langer dan een jaar geleden en 1,0% minder dan een jaar geleden.

Als we kijken naar de kruistabellen betreffende de vragen 22 t.e.m. 26 en het geslacht, zien we dat de vrouwen telkens de meerderheid in percentages (count en expected count) vormen. Hieruit kunnen we met voorzichtigheid stellen dat er meer vrouwen dan mannen zijn die ooit hebben overwogen een suïcidepoging te ondernemen of suïcideplannen hebben gemaakt, ooit suïcidepogingen hebben ondernomen, een naaste kennen die suïcidegedachten heeft of een suïcidepoging heeft ondernomen en tot slot een naaste hebben verloren door suïcide. Maar aangezien aan één van de voorwaarden van de Chi-kwadraattoets niet voldaan is, minstens 20% van de cellen moet een verwachte celfrequentie hebben die groter of gelijk vijf is (Baarda & De Goede, 2001), kunnen we niet spreken van een statistisch verschil. Dit is hoogstwaarschijnlijk te wijten aan het lage percentage dat 'ja' geantwoord heeft op deze vragen, alsook het feit dat de onderzoekspopulatie geen representatieve weerspiegeling is gezien het grotere aantal vrouwen. Ook is er, wat betreft de splitsingsvariabele 'verblijf', niet aan de voorwaarde kunnen voldaan worden.

3.4.3 Beroep op telefonische hulplijnen en hulporganisaties

Tabellen 6 en 7 geven een overzicht weer in welke mate de bevroegde respondenten beroep hebben gedaan op de Zelfmoordlijn of andere telefonische hulplijnen en hulporganisaties.

Hebt u al eens beroep gedaan op deze telefonische hulpverleningsdiensten?

	1.	2.	3.
	%	%	%
	1 keer	Meerdere keren	Nee
1 Tele-Onthaal	2,8	0,0	97,2
2 Aidstelefoon	0,0	0,0	100,0
3 Holebifoon	0,0	0,0	100,0
4 De Druglijn	0,9	0,0	99,1
5 De Kankerfoon	1,9	0,9	97,2
6 Veilig Vrijenlijn	0,9	0,0	99,1
7 Zelfmoordlijn	0,9	0,0	99,1

Tabel 6: Overzicht percentages vraag 31 i.v.m. beroep op telefonische hulplijnen

Uit bovenstaande tabel kunnen we het volgende afleiden: er heeft toch één iemand (0,9%) van de 106 respondenten één keer beroep gedaan op de **Zelfmoordlijn**. Dit is opmerkelijk gezien onze kleine steekproef. Aangezien het hier gaat om één iemand en de steekproef dus te klein is, is het onmogelijk er een conclusie aan te koppelen. Wel wordt er een korte beschrijving van deze persoon weergegeven. Het betreft een 85-jarige vrouwelijke respondent te zijn die actief is in het verenigingsleven (OKRA). Verder woont ze nog thuis, zonder thuishulp, en heeft ze geen afgeronde

opleiding gevolgd. Wat de ervaring met de Zelfmoordlijn betreft, was ze niet tevreden over de Zelfmoordlijn. De redenen waren volgens haar de volgende: de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn begrepen haar niet, de Zelfmoordlijn heeft haar niet geholpen en gaf geen gevoel van verbondenheid en emotionele steun.

Wat de **andere telefonische hulplijnen** betreft, kunnen we het volgende vaststellen. Van de bevroegde respondenten hebben er drie (2,8%) één keer beroep gedaan op Tele-Onthaal en hebben er eveneens drie respondenten beroep gedaan op de Kankerfoon, waarvan twee (1,9%) één keer en één iemand (0,9%) meerdere keren. Dit maakt dat deze hulplijnen, in vergelijking met de andere hulplijnen, de meest gebruikte zijn. Van de bevroegde respondenten heeft niemand uiteindelijk beroep gedaan op de Aidstelefoon en de Holebifoon.

Hebt u al eens beroep gedaan op deze hulporganisaties?

	1.	2.
	%	%
	Ja	Nee
1 Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg (CGG)	6,6	93,4
2 Een zelfhulpgroep	2,9	97,1
3 Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding (Vb. Werkgroep Verder)	0,0	100,0
4 Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	1,9	98,1
5 Centrum voor Levens- en Gezinsvragen	0,9	99,1
6 Het Luisterhuis 'De Open Deur'	0,0	100,0
7 Slachtofferhulp, Algemeen Welzijnswerk (steunpunt)	2,9	97,1

Tabel 7: Overzicht percentages vraag 29 i.v.m. beroep op hulporganisaties

Wat de **hulporganisaties** betreft, is het meest beroep gedaan op het CGG met 6,6%, gevolgd door een zelfhulpgroep (2,9%), Slachtofferhulp Algemeen Welzijnswerk (2,9%) en het CAW (1,9%). Geen van de bevroegde respondenten heeft beroep gedaan op het Luisterhuis 'De Open Deur' en Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding.

Omdat de bevroegde respondenten te weinig beroep op de hulporganisaties en hulplijnen hebben gedaan, laten de data ook hier niet toe te kijken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen. Maar als we kijken naar de frequenties (count en expected count) van de kruistabellen, zien we dat de vrouwen de grote meerderheid vormen wat betreft het contacteren van telefonische hulplijnen en hulpverleningsdiensten. Als we de 'count' optellen, zien we dat van de 16 respondenten die gebruik hebben gemaakt van een hulpverleningsdienst, slechts één man van de partij was. Van de acht respondenten die beroep hebben gedaan op een hulplijn, was ook slechts één man van de partij.

3.4.4 Bekendheid telefonische hulplijnen en hulporganisaties

Tabellen 8 en 10 geven een overzicht weer in welke mate de bevroegde respondenten de Zelfmoordlijn of andere telefonische hulplijnen en hulporganisaties kennen of er al van hebben gehoord. Tabel 9 geeft een overzicht weer in welke mate de respondenten op de hoogte zijn van de

werking van de Zelfmoordlijn en tabel 11 geeft een overzicht weer via welke kanalen de Zelfmoordlijn het bekendst is.

Kent u de volgende telefonische hulpverleningsdiensten?

1 = Ja

2 = Nee

3 = Ik heb er al van gehoord maar ik weet niet goed wat zij doen

	1. %	2. %	3. %
1 Tele-Onthaal	46,7	24,8	28,6
2 Aidstelefoon	33	36,8	30,2
3 Holebifoon	16	63,2	20,8
4 De Druglijn	29,2	39,6	31,1
5 De Kankerfoon	35,8	39,6	24,5
6 Veilig Vrijenlijn	12,4	66,7	21
7 Zelfmoordlijn	29,2	42,5	28,3

Tabel 8: Overzicht percentages vraag 30 i.v.m. bekendheid telefonische hulpverleningsdiensten

Uit voorgaande tabel is af te leiden dat de hulplijn 'Tele-Onthaal' het meest bekend is. Zo'n 47% kent Tele-Onthaal en 29% heeft er wel al van gehoord maar weet niet goed wat deze hulplijn doet. Dit maakt dat Tele-Onthaal bij zo'n 75% bekend is, gevolgd door de Aidstelefoon met 63% en de Druglijn en de Kankerfoon met elk 60%. De Holebifoon en de Veilig Vrijenlijn zijn de minst bekende hulplijnen. Wat de Zelfmoordlijn betreft, kent zo'n 29% deze hulplijn en heeft zo'n 28% er al van gehoord maar weet niet goed wat deze hulplijn doet. Ongeveer 43% kent de Zelfmoordlijn uiteindelijk niet, wat toch een redelijk hoog percentage is in vergelijking met Tele-Onthaal. Een kruistabel (bijlage 23) laat ons toe de bekendheid van de Zelfmoordlijn tussen mannen en vrouwen te vergelijken. Op basis van de Chi² toets zien we dat er geen significant verschil is tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten wat betreft de bekendheid van de Zelfmoordlijn ('Kent u de Zelfmoordlijn?') (X^2 (df = 2, N = 106) = 2,570 ; p = 0,277 > 0,05).

	1. %	2. %
	Juist	fout
1 De Zelfmoordlijn is een betalende telefoonlijn.	16,3	83,8
2 De Zelfmoordlijn is anoniem.	87,1	12,9
3 De Zelfmoordlijn is enkel bereikbaar tijdens de kantooruren.	10	90
4 De Zelfmoordlijn heeft een doorverwijsfunctie (naar de huisarts of gespecialiseerde hulp).	72,3	27,7
5 De Zelfmoordlijn is niet voor ouderen bestemd.	8,5	91,5
6 Het is mogelijk om naar de Zelfmoordlijn te bellen voor iemand anders.	64,8	35,2
7 De Zelfmoordlijn werkt enkel met vrijwilligers.	71,4	28,6

Tabel 9: Overzicht percentages vraag 33 i.v.m. bekendheid van de Zelfmoordlijn

Voorgaande tabel laat ons eveneens toe de bekendheid van de Zelfmoordlijn te meten, dit door middel van juiste of foute antwoordcategorieën. Uit deze cijfers kunnen we afleiden dat de meerderheid van de respondenten redelijk goed op de hoogte is van de werking van de Zelfmoordlijn. Bij de meerderheid werd bij elk item telkens het juiste antwoord gegeven. Een grote meerderheid van zo'n 92% wist dat de Zelfmoordlijn ook voor ouderen bestemd is, 90% wist dat de Zelfmoordlijn altijd bereikbaar is en zo'n 87% wist dat de Zelfmoordlijn anoniem is. Toch, een zeker percentage van ongeveer 35% had een fout antwoord gegeven wat betreft de mogelijkheid om naar de Zelfmoordlijn te bellen voor iemand anders, ongeveer 29% wist niet dat de Zelfmoordlijn enkel met vrijwilligers werkt en zo'n 28% wist niet dat de Zelfmoordlijn een doorverwijsfunctie heeft. We moeten hierbij rekening houden dat het aantal 'missings' wel vrij groot was bij deze vraag (zie bijlage 24).

Kent u de volgende hulporganisaties?

1 = Ja

2 = Nee

3 = Ik heb er al van gehoord maar ik weet niet goed wat zij doen

	1.	2.	3.
	%	%	%
1 Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg (CGG)	30,5	48,6	21
2 Een zelfhulpgroep	26,7	44,8	28,6
3 Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding (Vb. Werkgroep Verder)	13,3	62,9	23,8
4 Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	24,8	52,4	22,9
5 Centrum voor Levens- en Gezinsvragen	14,2	65,1	20,8
6 Het Luisterhuis 'De Open Deur'	6,6	78,3	15,1
7 Slachtofferhulp, Algemeen Welzijnswerk (steunpunt)	26,4	44,3	29,2

Tabel 10: Overzicht percentages vraag 28 i.v.m. bekendheid hulporganisaties

Uit voorgaande tabel kent toch een redelijk groot percentage de in de enquête opgesomde hulporganisaties niet. Maar liefst 78% kent het Luisterhuis 'De Open deur' niet, 65% kent het Centrum voor Levens- en Gezinsvragen niet en 63% kent de Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding niet. Verder is het Slachtofferhulp, Algemeen Welzijnswerk het meest bekend bij de bevraagde respondenten met zo'n 56%, gevolgd door een zelfhulpgroep (55%) en het CGG (52%).

Ik ken de Zelfmoordlijn via:

1 Familie	0,0%
2 Kennissen / vrienden	2,9%
3 Hulpverleners (dokter, psychiater,...)	5,7%
4 Folders / affiches	57,1%
5 Krant / dagbladen	40%
6 Tv / radio / internet	68,6%

Tabel 11: Overzicht percentages vraag 32 i.v.m. kanalen bekendheid Zelfmoordlijn

Van diegenen die de Zelfmoordlijn kennen en al van hebben gehoord, kent de meerderheid (69%) de Zelfmoordlijn via tv, radio of internet, gevolgd door folders en affiches (57%) en kranten of dagbladen (40%). Niemand van de bevraagde respondenten kent de Zelfmoordlijn via hun familie. Ook hier waren het aantal 'missings' vrij groot..

3.5 Constructie van schalen

In onderstaande deel gaan we eerst na welke schalen o.b.v. de vragen in de enquête kunnen worden geconstrueerd, dit a.h.v. de factoranalyse. Vervolgens zijn een aantal vragen uit de

enquête afkomstig van bestaande schalen. Tot slot gaan we de correlaties tussen een aantal schalen na.

3.5.1 Nieuwe schalen

We trachten hier nieuwe schalen te construeren die ons meer informatie kunnen geven i.f.v. onze onderzoeksvragen, namelijk de bekendheid van de Zelfmoordlijn, het imago van de Zelfmoordlijn en de intentie tot het zoeken van hulp.

3.5.1.1 Bekendheid van de Zelfmoordlijn

Vooreerst geven we een overzicht van de frequentie per item (tabel 12). De meningen worden in percentages weergegeven. Ook hier gaat het telkens over de 'Valid Percent'.

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
1 Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord.	22,1	35,6	6,7	31,7	3,8
2 Ik heb er al eens aan gedacht de Zelfmoordlijn te bellen.	57,7	24,0	10,6	3,8	3,8
3 Ik heb over de Zelfmoordlijn al gehoord, maar ik heb het niet nodig.	6,0	7,0	45,0	23,0	19,0
4 Ik weet wat de Zelfmoordlijn inhoudt.	14,4	31,7	37,5	14,4	1,9
5 Er is te weinig informatie over de Zelfmoordlijn.	3,8	13,5	33,7	38,5	10,6
6 Ik zou niet weten hoe ik de Zelfmoordlijn moet gebruiken.	9,6	19,2	25,0	35,6	10,6
7 Al zou ik graag over mijn problemen willen praten, ik weet niet goed wat ik me van de Zelfmoordlijn mag verwachten.	6,1	9,2	39,8	36,7	8,2
8 Ik wil meer weten over de Zelfmoordlijn.	19,4	25,2	27,2	28,2	0,0

Tabel 12: Overzicht percentages vraag 34 i.v.m. de bekendheid van de Zelfmoordlijn

'Slechts' 8% heeft er al eens aan gedacht de Zelfmoordlijn te bellen. Opmerkelijk tegenover voorgaande stellingen uit vraag 33 is dat een relatief klein percentage (16,3%) weet wat de Zelfmoordlijn inhoudt. Bijna de helft weet niet hoe men de Zelfmoordlijn moet gebruiken en ongeveer 50% vindt dat er te weinig informatie is over de Zelfmoordlijn. Zo'n 45% zou graag over zijn problemen willen praten, maar weet niet goed wat men van de Zelfmoordlijn mag verwachten. Amper iets meer dan een vierde wil tot slot meer weten over de Zelfmoordlijn.

Het resultaat van de factoranalyse (bijlage 25: Cronbach's Alpha = -0,040) geeft weer dat de gegeven stellingen niet allemaal hetzelfde meten. Na de items te hebben proberen te dwingen op

een schaal is de interne consistentie van de schaal nog steeds niet voldoende (Cronbach's Alpha = 0,068). We hebben besloten de interessantste items uit vraag 34 te toetsen aan de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen om verschillen naargelang geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, verblijf, het verenigingsleven en thuishulp na te gaan.

Allereerst willen we het item **'Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord'** (v34_01) toetsen aan de splitsingsvariabelen. Via een Mann-Whitney toetsen we de variabelen geslacht, actief in vereniging en hulp thuis. Wat het geslacht betreft, is er geen significant verschil op te merken tussen mannen en vrouwen wat betreft het item 'Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord' (U (N=104) = 1178,500; p = 0,835 > 0,05). Ook is er geen significant verschil op te merken tussen 'actief in het verenigingsleven' en 'niet actief in het verenigingsleven' (U (N=103) = 669,000; p = 0,099 > 0,05). Op basis van 'hulp thuis' en 'geen hulp thuis' stellen we eveneens geen significant verschil vast (U (N=72) = 379,500; p = 0,951 > 0,05). Om de leeftijd, het opleidingsniveau en het verblijf te toetsen, gebruiken we de Kruskal Wallis- toets. Wat de leeftijd betreft, kan er een significant verschil gerapporteerd worden tussen 65-74 jaar (gemiddelde rangordscore = 42,69), 75-84 jaar (gemiddelde rangordscore = 58,69) en 84-plus (gemiddelde rangordscore = 69,86) (H (df = 2, N = 104) = 12,726; p = 0,002 < 0,05). Wat betreft het item 'Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord', scoren de 84-plussers gemiddeld hoger dan de 65-74 jarigen en 75-84 jarigen. 84-plussers hebben dus meer dan de andere leeftijdscategorieën nog nooit gehoord van de Zelfmoordlijn, gevolgd door de 75-84 jarigen en ten slotte de 65-74 jarigen. Ook kan er een significant verschil gerapporteerd worden tussen lager opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 56,27), middelbaar opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 56,75) en hoger opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 40,35) (H (df = 2, N = 104) = 6,176; p = 0,046 < 0,05). De middelbaar opgeleiden scoren gemiddeld hoger dan de lager opgeleiden en hoger opgeleiden wat betreft het item 'Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord'. Het verschil tussen de middelbaar opgeleiden en de lager opgeleiden is echter niet erg groot. Wanneer we naar het verblijf kijken, kan er eveneens een significant verschil vastgesteld worden tussen de thuiswonenden (gemiddelde rangordscore = 47,48), serviceflatbewoners (gemiddelde rangordscore = 58,14) en RVT-bewoners (gemiddelde rangordscore = 71,94) (H (df = 2, N = 103) = 10,138; p = 0,006 < 0,05). De RVT-bewoners scoren gemiddeld hoger dan de serviceflatbewoners en de thuiswonenden wat betreft het item 'Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord'. De RVT-bewoners hebben nog meer dan de andere bewoners nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord. Daarna komt de groep serviceflatbewoners, en ten slotte de groep thuiswonenden. Het verschil tussen de thuiswonenden en de beide overige groepen is in negatieve zin groter dan het verschil tussen de serviceflatbewoners en de RVT-bewoners.

Verder willen we het item **'Ik heb er al eens aan gedacht de Zelfmoordlijn te bellen'** (v34_02) toetsen aan de splitsingsvariabelen. Wat het geslacht betreft, is er geen significant verschil op te merken tussen mannen en vrouwen wat betreft het item 'Ik heb er al eens aan gedacht de Zelfmoordlijn te bellen' (U (N=104) = 1073,500 ; p = 0,301 > 0,05). Ook is er geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (U (N=103) = 820,500; p = 0,929 > 0,05). Op basis van 'hulp thuis' en 'geen hulp thuis' stellen we eveneens geen significant verschil (U (N=72) = 370,000; p = 0,821 > 0,05). Wat de leeftijd betreft, is er ook geen significant verschil op te

merken tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 104) = 4,565; p = 0,102 > 0,05$). Ook kan er geen significant verschil gerapporteerd worden tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 104) = 0,039; p = 0,981 > 0,05$). Als we naar het verblijf kijken, kunnen we eveneens geen significant verschil vaststellen tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 103) = 0,513; p = 0,774 > 0,05$).

Vervolgens willen we het item **'Ik weet wat de Zelfmoordlijn inhoudt'** (v34_04) toetsen aan de splitsingsvariabelen. Als we kijken naar het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen wat betreft het item 'Ik weet wat de Zelfmoordlijn inhoudt' ($U(N=104) = 1086,000; p = 0,323 > 0,05$). Ook is er geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=103) = 679,000; p = 0,187 > 0,05$). Op basis van 'thuishulp' (gemiddelde rangordescor = 47,65) en 'geen thuishulp' (gemiddelde rangordescor = 34,04) stellen we wel een significant verschil vast ($U(N=72) = 238,500; p = 0,025 < 0,05$). Diegenen die thuishulp krijgen, weten vaker wat de Zelfmoordlijn inhoudt. De gemiddelde rangordescor voor diegenen die geen thuishulp krijgen, is significant lager dan diegenen die wel thuishulp krijgen. Op gebied van de leeftijd, zien we geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 104) = 3,428; p = 0,180 > 0,05$). Wanneer we naar het opleidingsniveau kijken, kan er eveneens geen significant verschil opgemerkt worden tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 104) = 0,826; p = 0,662 > 0,05$). Wat het verblijf betreft, kan er wel een significant verschil vaststellen tussen de thuiswonenden (gemiddelde rangordescor = 56,81), serviceflatbewoners (gemiddelde rangordescor = 42,50) en RVT-bewoners (gemiddelde rangordescor = 32,09) ($H(df = 2, N = 103) = 10,854; p = 0,004 < 0,05$). De thuiswonenden hebben een hoger gemiddelde score en de RVT-bewoners de laagste gemiddelde score. De serviceflatbewoners nemen een tussenpositie in. De thuiswonenden weten dus meer dan de andere bewoners wat de Zelfmoordlijn inhoudt.

Tot slot willen we het item **'Er is te weinig informatie over de Zelfmoordlijn'** (v34_05) toetsen aan de splitsingsvariabelen. Als we kijken naar het geslacht, zien we dat er een significant verschil vast te stellen is tussen mannen (gemiddelde rangordescor = 38,68) en vrouwen (gemiddelde rangordescor = 59,21) wat betreft het item 'Er is te weinig informatie over de Zelfmoordlijn' ($U(N=104) = 720,000; p = 0,001 < 0,05$). Vrouwen vinden gemiddeld vaker dan mannen dat er te weinig informatie over de Zelfmoordlijn is. De gemiddelde rangordescor voor de mannen (38,68) is significant lager dan die van de vrouwen (59,21). Wat het verenigingsleven betreft, is er geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=103) = 822,000; p = 0,737 > 0,05$). Ook is er geen significant verschil op te merken tussen hulp thuis' en 'geen hulp thuis' ($U(N=72) = 310,500; p = 0,149 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 104) = 0,731; p = 0,694 > 0,05$). Leeftijd heeft dus geen effect op het item 'Er is te weinig informatie over de Zelfmoordlijn'. Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 104) = 0,618; p = 0,734 > 0,05$). Tot

slot kunnen we geen significant verschil vaststellen tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 103) = 2,880 ; p = 0,237 > 0,05$).

3.5.1.2 Imago van de Zelfmoordlijn

Ook hier rapporteren we eerst de gevonden frequenties (tabel 13).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
1 De Zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar.	26,4	39,6	29,2	3,8	0,9
2 De Zelfmoordlijn is volgens mij effectief of doeltreffend.	3,8	5,7	36,8	49,1	4,7
3 De Zelfmoordlijn is volgens mij niet professioneel genoeg.	5,7	25,5	63,2	4,7	0,9
4 De Zelfmoordlijn levert volgens mij kwaliteitsvol werk.	0,9	1,9	45,3	47,2	4,7
5 Ik heb het gevoel dat de Zelfmoordlijn niet nuttig is.	19,8	52,8	21,7	4,7	0,9
6 De Zelfmoordlijn geeft mij een gevoel van wantrouwen.	17,9	43,4	33,0	2,8	2,8
7 Volgens mij is de Zelfmoordlijn ongeloofwaardig.	18,1	51,4	26,7	2,9	1,0
8 Ik denk dat de Zelfmoordlijn geen emotionele steun en een verbondenheidsgevoel kan geven.	14,3	43,8	34,3	7,6	0,0
9 Ik denk dat de Zelfmoordlijn van belangrijke waarde is.	1,9	5,7	24,5	57,5	10,4
10 De Zelfmoordlijn is volgens mij niet zinvol.	20,8	49,1	26,4	3,8	0,0
11 De Zelfmoordlijn is volgens mij te afstandelijk.	7,7	21,2	51,9	19,2	0,0
12 De naam 'Zelfmoordlijn' geeft me een huiveringwekkend gevoel	11,3	36,8	22,6	21,7	7,5
13 De vrijwilligers van de Zelfmoordlijn zullen me niet begrijpen.	13,5	39,4	40,4	5,8	1,0

Tabel 13: Overzicht percentages vraag 36 i.v.m. imago van de Zelfmoordlijn

Over het algemeen kunnen we uit deze cijfers afleiden dat de meerderheid van de ouderen een positief imago van de Zelfmoordlijn rapporteert. Een grote meerderheid van zo'n 73% heeft niet het gevoel dat de Zelfmoordlijn niet nuttig is. Ook is ongeveer 70% het niet eens dat de Zelfmoordlijn niet zinvol en ongeloofwaardig is en nog eens zo'n 70% denkt dat de Zelfmoordlijn belangrijke is. Opvallend tegenover de andere negatieve imagopercentages, vindt een zeker percentage (29,2%) dat de naam 'Zelfmoordlijn' hen een huiveringwekkend gevoel geeft.

Via een factoranalyse trachten we een schaal imago van de Zelfmoordlijn te construeren. Het resultaat van de factoranalyse (bijlage 26) leert ons dat de vraag kan opgedeeld worden in drie

componenten. Na de items op één schaal gedwongen te hebben en de items 'De zelfmoordlijn is volgens mij niet professioneel genoeg', 'De Zelfmoordlijn geeft mij een gevoel van wantrouwen' en 'De naam Zelfmoordlijn geeft me een huiveringwekkend gevoel' te hebben weggelaten, bekomen we een intern consistente schaal met Cronbach's $\alpha = 0,89$. De consistentie is groot genoeg om de items samen te nemen tot een schaal imago van de Zelfmoordlijn. Op die manier kunnen we een imagoschaal van de Zelfmoordlijn construeren welke ons meer informatie geeft over hoe de ouderen denken over de Zelfmoordlijn. Hoe hoger de score, hoe negatiever het imago van de Zelfmoordlijn.

Vervolgens gaan we na of er een significant verschil is naargelang de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen.

Via een t-test toetsen we de variabelen geslacht, verenigingsleven en thuishulp. Wat het geslacht als nominale splitsingsvariabele betreft, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen betreffende het imago van de Zelfmoordlijn (t ($df = 104$, $N = 106$) = $-1,65$; $p = 0,103 > 0,05$). We kunnen dus besluiten dat mannen en vrouwen niet significant verschillend rapporteren wat betreft het imago van de Zelfmoordlijn. Op basis van de nominale splitsingsvariabele 'verenigingsleven' stellen we eveneens geen significant verschil vast tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103$, $N = 105$) = $-0,06$; $p = 0,952 > 0,05$). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die thuishulp krijgen en diegenen die geen thuishulp krijgen (t ($df = 72$, $N = 74$) = $0,34$; $p = 0,738 > 0,05$). Om de leeftijd, het opleidingsniveau en het verblijf te toetsen, gebruiken we de ONE-Way ANOVA. Wat de nominale splitsingsvariabele leeftijd betreft, constateren we dat er ook geen significant verschil bestaat tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = $0,38$; $p = 0,686 > 0,05$). De ONE-Way ANOVA met opleidingsniveau als nominale splitsingsvariabele levert ons een tendens op tussen lager opgeleiden (gemiddelde = $14,05$), middelbaar opgeleiden (gemiddelde = $4,49$) en hoger opgeleiden (gemiddelde = $2,25$) (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = $3,09$; $p = 0,05 = 0,05$). Als we een post-hoc-test uitvoeren, kunnen we zien of er groepen van elkaar verschillen, welke groepen van elkaar verschillen en in welke mate ze van elkaar verschillen. Hieruit kunnen we afleiden dat er geen significant verschil bestaat tussen de verschillende groepen aangezien de p-waarde telkens $> 0,05$ is. Tot slot constateren we op basis van de enkelvoudige variantieanalyse dat er tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners geen significant verschil bestaat wat betreft het imago van de Zelfmoordlijn (F ($df1 = 3$, $df2 = 102$, $N = 105$) = $0,47$; $p = 0,701 > 0,05$).

3.5.1.3 Intentie tot het zoeken van hulp

Ook hier geven we eerst een overzicht van de meningen in percentages weer (tabel 14).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

Als u suïcidegedachten of suïcidegevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn"...

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
1 Ik zou hulp zoeken.	3,8	4,8	20,2	61,5	9,6
2 Ik zou er met anderen over praten.	2,9	12,5	29,8	52,9	1,9
3 Ik zou bellen naar een hulplijn (Zelfmoordlijn, Tele-Onthaal,...).	5,7	12,4	39,0	39,0	3,8
4 Ik zou het voor mezelf houden.	14,4	34,6	22,1	23,1	5,8
5 Ik zou er willen over praten. Maar ik zou schrik hebben dat de mensen me zullen veroordelen.	7,7	23,1	28,8	36,5	3,8
6 Ik zou wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon.	11,5	21,2	38,5	26,0	2,9
7 Ik zou pas hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn als alle andere opties uitgesloten zijn.	1,9	20,4	30,1	38,8	8,7

Tabel 14: Overzicht percentages vraag 38 i.v.m. intentie hulp zoeken

Uit deze cijfers kunnen we afleiden dat de meerderheid van de ouderen geneigd is hulp te zoeken als ze suïcidegedachten zouden hebben of als ze depressief zouden zijn. Zo'n 71% zou hulp zoeken in een dergelijke situatie, zou 55% er met anderen over praten en zou 43% bellen naar een hulplijn. Wel zou slechts 28,9% wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon, zou 40% er willen over praten maar schrik hebben dat de mensen hen zullen veroordelen en zou ongeveer 50% pas hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn als alle andere opties uitgesloten zijn. Via een factoranalyse trachten we een schaal 'intentie tot het zoeken van hulp' te construeren. Na de items te hebben gedwongen op één schaal en na eliminatie van niet-consistente items krijgen we een Cronbach's α van 0,64 (bijlage 27). De consistentie is groot genoeg om de items samen te nemen tot een schaal intentie hulp zoeken. Het betreft wel maar een schaal van 3 items (v38_1, v38_3 en v38_6) Hoe hoger de score op deze schaal, hoe meer men geneigd is hulp te zoeken. We testen opnieuw de splitsingsvariabelen.

Wat het geslacht betreft, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen wat betreft de intentie hulp te zoeken als men suïcidegedachten zou hebben of als men depressief zou zijn (t (df = 104, N = 106) = 0,29 ; p = 0,775 > 0,05). Op het gebied van het verenigingsleven, kunnen we eveneens geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t (df = 103, N = 105) = 0,11 ; p = 0,910 > 0,05). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die thuishulp krijgen en diegenen die geen thuishulp krijgen (t (df = 72, N = 74) = -1,14 ; p = 0,258

> 0,05). Er valt ook geen significant verschil vast te stellen in mate van intentie tot hulp zoeken tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar ($F(df1 = 2, df2 = 103, N = 106) = 2,14 ; p = 0,123 > 0,05$). Vervolgens gaan we het effect van opleidingsniveau na. Hier valt echter ook geen significant verschil te rapporteren ($F(df1 = 2, df2 = 103, N = 106) = 0,82 ; p = 0,445 > 0,05$). Tot slot valt er ook geen significant verschil op te merken wat betreft het verblijf ($F(df1 = 3, df2 = 102, N = 106) = 0,61 ; p = 0,611 > 0,05$).

3.5.2 Bestaande schalen

Aangezien een aantal vragen uit de enquête afkomstig zijn van bestaande schalen, analyseren we vervolgens de vragen die afkomstig zijn van bestaande schalen, namelijk TPB, ATTS, SOQ, ATSPPHS en BHSS. We gaan na welke schalen kunnen geconstrueerd worden en welke informatie ze verschaffen over onze steekproef.

3.5.2.1 De intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn

Vraag 37 gaat de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn na. Deze vraag is gebaseerd op een schaal ontwikkeld door Ajzen en Fishbein (1991). Deze schaal draagt de naam 'Theory of Planned Behaviour' (TPB). Binnen deze schaal kunnen we 3 factoren onderscheiden die de intentie bepalen, namelijk de specifieke *attitude*, de *subjectieve norm* en de *'perceived behavioral control'*. We geven de scores, opgedeeld naar de 3 factoren, weer (tabellen 15, 16, 17 en 18). Ook geven we de *'generalised intention'* (algemene intentie) weer (tabel 19).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

Als u suicidegedachten of suicidegevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn"...

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen schadelijk zijn.	26,9	46,2	24,0	2,9	0,0
Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen onaangenaam zijn.	14,4	28,8	34,6	21,2	1,0
Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen juist zijn om te doen.	1,9	3,8	33,7	57,7	2,9
Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen waardeloos zijn.	25,0	49,0	23,1	2,9	0,0

Tabel 15: Attitude

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zou druk ervaren vanuit mijn omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen.	16,3	28,8	36,5	16,3	1,9
Er zal van mij worden verwacht dat ik naar de Zelfmoordlijn bel.	14,4	23,1	34,6	26,9	1,0

Tabel 16: Subjectieve norm

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zou met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als ik wil.	11,7	14,6	32,0	39,8	1,9
Bellen naar de Zelfmoordlijn zou moeilijk zijn voor mij.	3,9	15,5	29,1	44,7	6,8

Tabel 17: Perceived behaviour (self-efficacy/capability)

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zou geheel zelf bepalen of ik naar de Zelfmoordlijn bel.	0,0	3,9	15,5	67,0	13,6

Tabel 18: Perceived behaviour (controllability)

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zou van plan zijn om de Zelfmoordlijn te bellen.	15,5	11,7	34,0	35,0	3,9
Ik zou de Zelfmoordlijn willen bellen.	17,0	12,0	34,0	33,0	4,0

Tabel 19: Generalised intention

Uit voorgaande tabellen kunnen we het volgende afleiden. Maar liefst zo'n 80% zou geheel zelf bepalen naar de Zelfmoordlijn te bellen als men suïcidedgedachten zou hebben of depressief zou zijn. De 'perceived behaviour controllability' is hier dus hoog. Ongeveer 74% is het er niet mee eens dat bellen naar de Zelfmoordlijn over het algemeen waardeloos en schadelijk zou zijn in dergelijke situatie. Zo'n 61% vindt dat het in zo'n situatie juist is om te doen en amper 22% zou het onaangenaam vinden. Uit deze cijfers i.v.m. de attitude, kunnen we afleiden dat de meerderheid een vrij positieve attitude heeft t.a.v. de Zelfmoordlijn. Opmerkelijk is dat toch de helft het moeilijk zou hebben om naar de Zelfmoordlijn te bellen als men suïcidedgedachten zou hebben of depressief zou zijn. De 'perceived behaviour self-efficacy/capability', het vermogen en de overtuiging om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren, is hier dus vrij laag. Toch zou een zeker percentage (41,7%) met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als men suïcidedgedachten zou hebben of depressief zou zijn. De 'perceived behaviour, self-efficacy/capability' is hier dus vrij

hoog. Amper 18% meent dat men geen druk zou ervaren vanuit zijn omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen als men suïcidegedachten zou hebben of depressief zou zijn. De subjectieve norm is hier dus vrij laag. Verder zou ongeveer 40% van plan zijn of 27% niet van plan zijn de Zelfmoordlijn te bellen en zou 37% de Zelfmoordlijn willen bellen of 29% de Zelfmoordlijn niet willen bellen in dergelijke situatie. De 'generalised intention' is hier dus redelijk hoog.

Om een te lange vragenlijst te voorkomen, hebben we een aantal items uit deze bestaande schaal weggelaten met als gevolg dat we geen schalen hebben kunnen maken van de 'subjectieve norm' en de 'perceived behavioral control' die o.a. de intentie bepalen. Gezien de schaal gebroken is, waren er telkens te weinig items om er een schaal van te maken. Ook hier hebben we besloten de interessantste items uit vraag 37 te toetsen aan de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen. Wel hebben we een schaal kunnen maken van de specifieke attitude. Na de items op één schaal gedwongen te hebben (bijlage 28) en het item 'Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen juist zijn om te doen' te hebben weggelaten, bekomen we een intern consistente schaal met Cronbach's $\alpha = 0,99$. De consistentie is groot genoeg om de items samen te nemen tot een schaal 'attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn'. Hoe hoger de score, hoe negatiever de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn.

Allereerst gaan we de schaal **attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn** toetsen aan de splitsingsvariabelen. Wat het geslacht betreft, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen wat betreft de specifieke attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn (t ($df = 104$, $N = 106$) = $0,47$; $p = 0,640 > 0,05$). Op het gebied van het verenigingsleven, kunnen we eveneens geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103$, $N = 105$) = $0,80$; $p = 0,428 > 0,05$). Er valt ook geen significant verschil op te merken tussen diegenen die thuishulp krijgen en diegenen die geen thuishulp krijgen (t ($df = 72$, $N = 74$) = $1,12$; $p = 0,267 > 0,05$). Op basis van de ONE-Way ANOVA constateren we eveneens dat tussen de 65-74 jarigen, de 75-84 jarigen en de 84-plussers geen significant verschil bestaat in de specifieke attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = $1,49$; $p = 0,230 > 0,05$). Ook valt er wat betreft het opleidingsniveau geen significant verschil te rapporteren (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = $0,68$; $p = 0,507 > 0,05$). Tot slot valt er ook geen significant verschil op te merken wat betreft het verblijf (F ($df1 = 3$, $df2 = 102$, $N = 106$) = $0,29$; $p = 0,836 > 0,05$).

Zoals eerder aangehaald, gaan we verder de interessantste items uit vraag 37 toetsen aan de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen. Allereerst gaat we het item '**Ik zou druk ervaren vanuit mijn omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen als ik suïcidegedachten of suïcidegevoelens zou hebben of als ik depressief zou zijn**' (v37-01; 'subjectieve norm'). Als we kijken naar het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen (U ($N=104$) = $1159,500$; $p = 0,730 > 0,05$). Wel is er een significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordescore = $55,61$) en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordescore = $37,90$) (U ($N=103$) = $565,000$; $p = 0,011 < 0,05$) wat betreft het item van de factor 'subjectieve norm'. Diegenen die actief zijn in het verenigingsleven scoren gemiddeld hoger en zouden gemiddeld vaker dan diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven druk ervaren van zijn omgeving om

naar de Zelfmoordlijn te bellen als ze suïcidegedachten zouden hebben of als ze depressief zouden zijn. Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=72) = 327,000$; $p = 0,383 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 104) = 1,602$; $p = 0,449 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 104) = 0,117$; $p = 0,943 > 0,05$). Tot slot kunnen we geen significant verschil vaststellen tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 103) = 0,366$; $p = 0,833 > 0,05$).

Vervolgens bespreken we het item '**Ik zou met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als ik suïcidegedachten of suïcidegevoelens zou hebben of als ik depressief zou zijn**' ($v37_3$; 'perceived behaviour: self-efficacy/capability'). Wat betreft het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen ($U(N=103) = 1142,000$; $p = 0,725 > 0,05$). Wel is er een significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordscore = 56,25) en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordscore = 33,19) ($U(N=102) = 466,000$; $p = 0,001 < 0,05$) wat betreft het item van de factor 'perceived behaviour' ('self-efficacy/capability'). Diegenen die actief zijn in het verenigingsleven hebben scores gemiddeld hoger dan diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven en zouden dus gemiddeld vaker dan diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als ze suïcidegedachten zouden hebben of als ze depressief zouden zijn. Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=71) = 266,000$; $p = 0,078 > 0,05$). Wel is er een significant verschil vast te stellen tussen de 65-74 jarigen (gemiddelde rangordscore = 58,79), 75-84 jarigen (gemiddelde rangordscore = 48,78) en 84-plussers (gemiddelde rangordscore = 37,53) ($H(df = 2, N = 103) = 7,273$; $p = 0,026 < 0,05$). De 65-74 jarigen scoren gemiddeld hoger dan diegenen tussen 75-84 jaar en de 84-plussers wat betreft het item van de factor 'perceived behaviour' ('self-efficacy/capability'). 65-74 jarigen zouden dus gemiddeld vaker dan de andere leeftijdscategorieën met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn in dergelijke situatie, gevolgd door de 75-84 jarigen en tot slot de 84-plussers. Op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 103) = 1,066$; $p = 0,587 > 0,05$). Tot slot valt er een significant verschil vast te stellen tussen de thuiswonenden (gemiddelde rangordscore = 56,04), serviceflatbewoners (gemiddelde rangordscore = 58,86) en RVT-bewoners (gemiddelde rangordscore = 25,88) ($H(df = 2, N = 102) = 15,931$; $p = 0,000 < 0,05$). De serviceflatbewoners scoren gemiddeld hoger en zouden dus gemiddeld vaker dan de RVT-bewoners en de thuiswonenden met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn in dergelijke situatie. Wel is het verschil tussen de serviceflatbewoners en de thuiswonenden niet zo groot.

Wat betreft het item '**Ik zou geheel zelf bepalen of ik naar de Zelfmoordlijn bel als ik suïcidegedachten of suïcidegevoelens zou hebben of als ik depressief zou zijn**' ($v37_4$; 'perceived behaviour, controllability'), is er qua geslacht geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen ($U(N=103) = 1121,000$; $p = 0,564 > 0,05$). Er is eveneens geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=102) = 785,000$; $p = 0,724 > 0,05$).

Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=72) = 342,000$; $p = 0,472 > 0,05$). Wat de leeftijd betreft, kan er een significant verschil gerapporteerd worden tussen 65-74 jaar (gemiddelde rangordescor = 57,94), 75-84 jaar (gemiddelde rangordescor = 44,04) en 84-plus (gemiddelde rangordescor = 51,43) ($H(df = 2, N = 103) = 6,706$; $p = 0,035 < 0,05$). De 65-74 jarigen scoren gemiddeld hoger dan de 75-84 jarigen en de 84-plussers wat betreft het item van de factor 'perceived behaviour' ('controllability'). 65-74 jarigen zouden dus gemiddeld vaker dan de andere leeftijdscategorieën geheel zelf bepalen of ze naar de Zelfmoordlijn bellen als ze suïcidegedachten zouden hebben, gevolgd door de 84-plussers en tot slot de 75-84 jarigen. Ook kan er een significant verschil gerapporteerd worden tussen lager opgeleiden (gemiddelde rangordescor = 45,38), middelbaar opgeleiden (gemiddelde rangordescor = 51,57) en hoger opgeleiden (gemiddelde rangordescor = 61,52) ($H(df = 2, N = 103) = 6,014$; $p = 0,049 < 0,05$). De hoger opgeleiden scoren gemiddeld hoger dan de lager opgeleiden en middelbaar opgeleiden wat betreft het item van de factor 'perceived behaviour' ('controllability'). De hoger opgeleiden zouden dus gemiddeld vaker dan de andere groepen geheel zelf bepalen of men naar de Zelfmoordlijn belt in dergelijke situatie, gevolgd door de middelbaar opgeleiden en tot slot de lager opgeleiden. Tot slot is er geen significant verschil vast te stellen tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 102) = 2,594$; $p = 0,273 > 0,05$).

Tot slot bespreken we het item '**Ik zou van plan zijn de Zelfmoordlijn te bellen als ik suïcidegedachten of suïcidegevoelens zou hebben of als ik depressief zou zijn**' (v37_5, 'generalised intention'). Wat betreft het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen ($U(N=103) = 951,500$; $p = 0,082 > 0,05$). Wel is er een significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordescor = 55,66) en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (gemiddelde rangordescor = 37,69) ($U(N=103) = 560,500$; $p = 0,010 < 0,05$) wat betreft het item van de factor 'generalised intention'. Diegenen die actief zijn in het verenigingsleven scoren gemiddeld hoger en zouden dus gemiddeld vaker dan diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven van plan zijn de Zelfmoordlijn te bellen als ze suïcidegedachten zouden hebben of als ze depressief zouden zijn. Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=72) = 262,500$; $p = 0,062 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 103) = 3,113$; $p = 0,211 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 103) = 2,716$; $p = 0,257 > 0,05$). Tot slot valt er wel een significant verschil vast te stellen tussen de thuiswonenden (gemiddelde rangordescor = 53,81), serviceflatbewoners (gemiddelde rangordescor = 65,50) en RVT-bewoners (gemiddelde rangordescor = 32,63) ($H(df = 2, N = 102) = 8,926$; $p = 0,012 < 0,05$). De serviceflatbewoners scoren gemiddeld hoger en zouden dus gemiddeld vaker dan de RVT-bewoners en de thuiswonenden van plan zijn te bellen naar de Zelfmoordlijn in dergelijke situatie.

3.5.2.2 Attitude t.a.v. suïcide

Via een factoranalyse trachten we een schaal *attitude t.a.v. suicide* te construeren. Deze schaal laat ons toe de subonderzoeksvraag 'Wat is de attitude t.a.v. suïcide bij 65-plussers?' te beantwoorden. Vraag 27 steunt grotendeels op de 'The Attitudes Towards Suicide questionnaire' (ATTS) ontwikkeld door Renberg en Jacobsson (2003) en slechts in kleine mate op de 'Suicide Opinion Questionnaire' (SOQ) van Domino, Moore, Westlake en Gibson (1982). Het resultaat van de factoranalyse leert ons dat de vraag kan opgedeeld worden in zes componenten. Er waren telkens te weinig items om er een schaal van te maken. Na de items op 3 schalen gedwongen te hebben, kunnen we twee schalen maken, maar de Cronbach's α is redelijk laag (bijlage 29) . Ook is het moeilijk namen aan de twee schalen te geven, waardoor we hebben besloten de interessantste items uit vraag 27 afzonderlijk te bespreken. Vooraleer we nagaan of er een significant verschil is naargelang de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen, geven we eerst een overzicht van de frequentie per item (tabel 20).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
1 Zelfdoding is begrijpbaar.	9,7	13,6	27,2	41,7	7,8
2 Iemand die er aan denkt om zelfdoding te plegen, zal meestal op voorhand op een duidelijke manier te kennen geven dat hij/zij aan zelfdoding denkt.	5,7	24,8	35,2	32,4	1,9
3 Zelfdoding betekent dat je wegloopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.	8,6	19,0	23,8	41,0	7,6
4 Bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie.	2,8	8,5	11,3	65,1	12,3
5 Er kunnen situaties zijn waarbij zelfdoding de enige redelijke oplossing is.	7,5	15,1	24,5	43,4	9,4
6 Iedereen kan zelfdoding plegen.	6,7	25,7	24,8	35,2	7,6
7 Eens iemand heeft beslist om zelfdoding te plegen, kan niemand hem/haar nog tegenhouden.	7,6	25,7	31,4	33,3	1,9
8 Iemand die zelfdodinggedachten heeft, zal die altijd blijven hebben.	4,7	24,5	36,8	32,1	1,9
9 Mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden.	4,7	22,6	44,3	24,5	3,8
10 Praten over zelfdoding is taboe.	25,5	29,4	18,6	22,5	3,9
11 Het is je plicht als mens om iemand die zelfdoding wil plegen tegen te houden.	0,9	11,3	17,9	52,8	17,0
12 Over zelfdoding praat je beter niet, want je kan iemand op verkeerde gedachten brengen.	17,9	29,2	26,4	19,8	6,6
13 Een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.	8,6	26,7	29,5	30,5	4,8
14 Zelfdoding kan voorkomen worden.	1,0	10,8	48,0	35,3	4,9
15 Mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.	16,2	21,0	24,8	32,4	5,7
16 Zelfdoding is een ziekte.	18,3	28,8	24,0	24,0	4,8
17 Ik zou me beschaamd voelen als een lid van mijn familie zelfdoding pleegde.	29,2	34,9	18,9	17,0	0,0
18 Zelfdoding is het gevolg van een tekort aan religieuze overtuiging.	39,6	30,2	17,9	11,3	0,9

Tabel 20: Overzicht vraag 27 i.v.m. attitude t.a.v. suicide

Een grote meerderheid van 77% meent dat bij mensen die suicide plegen, sprake is van een psychiatrische aandoening. 70% vindt het zijn plicht om iemand die suicide wil plegen, tegen te houden wat maakt dat een groot deel van de bevraagde populatie bereid is te voorkomen. Verder

vindt 40% tegenover 12% dat suïcide kan worden voorkomen. 70% is het oneens dat suïcide het gevolg is van een tekort aan religieuze overtuiging (= item uit de SOQ). 64% zou zich niet beschaamd voelen als een lid van zijn familie suïcide pleegde. Iets meer dan een tweede vindt praten over suïcide geen taboe. Eveneens iets meer dan de helft meent dat er situaties kunnen zijn waarbij suïcide de enige redelijke oplossing is. 50% vindt suïcide begrijpbaar en voor nog eens 50% betekent suïcide dat men wegloopt van zijn dagelijkse verantwoordelijkheden. Verder vindt toch zo'n 43% dat iedereen suïcide kan plegen.

Uit de tabel is ook af te leiden dat mythes of misverstanden van suïcide bij de respondenten in gelijke mate aanwezig als afwezig zijn. Zo zijn evenveel ouderen het eens als oneens dat eens iemand heeft beslist suïcide te plegen, niemand hem nog kan tegenhouden en dat mensen die zeggen dat ze suïcide willen plegen het zelden doen.

Wat betreft het item **'Zelfdoding is begrijpbaar'** (v27_1), is er qua geslacht geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen ($U(N=103) = 1166,000$; $p = 0,959 > 0,05$). Er is eveneens geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven wat betreft de begrijpbaarheid van suïcide ($U(N=102) = 764,500$; $p = 0,455 > 0,05$). Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuishulp' ($U(N=71) = 334,500$; $p = 0,331 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 103) = 0,868$; $p = 0,648 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 103) = 0,888$; $p = 0,641 > 0,05$). Tot slot is er ook geen significant verschil vast te stellen tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 102) = 0,599$; $p = 0,741 > 0,05$).

Vervolgens bespreken we het item **'Iedereen kan zelfdoding plegen'** (v27_6). Wat betreft het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen wat betreft de 'normaalheidsfactor' van suïcide ($U(N=105) = 1069,000$; $p = 0,270 > 0,05$). Er is eveneens geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=104) = 686,000$; $p = 0,118 > 0,05$). Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuishulp' ($U(N=73) = 374,000$; $p = 0,573 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 105) = 2,767$; $p = 0,251 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 105) = 0,503$; $p = 0,777 > 0,05$). Tot slot valt er ook geen significant verschil op te merken tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 104) = 1,375$; $p = 0,503 > 0,05$).

Wat betreft het item **'Mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden'** (v27_9) , is er qua geslacht geen significant verschil vast te stellen tussen mannen en vrouwen ($U(N=106) = 1128,000$; $p = 0,350 > 0,05$). Ook is er geen significant verschil vast te stellen tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven wat betreft één van de mythes of misverstanden van suïcide (Hjelmeland &

Knizek, 2004) ($U(N=105) = 881,000$; $p = 0,993 > 0,05$). Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=74) = 377,000$; $p = 0,523 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 106) = 4,188$; $p = 0,123 > 0,05$). Wel is er een significant verschil tussen de lager opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 59,91), de middelbaar opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 55,61) en de hoger opgeleiden (gemiddelde rangordscore = 41,56) wat betreft één van de mythes of misverstanden rond suïcide ($H(df = 2, N = 106) = 6,293$; $p = 0,043 < 0,05$). De lager opgeleiden scoren gemiddeld hoger en zouden dus gemiddeld vaker dan de middelbaar- en hoger opgeleiden het eens zijn met bovenstaande mythe. Tot slot valt er geen significant verschil op te merken tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 105) = 3,132$; $p = 0,209 > 0,05$).

Vervolgens bespreken we het item '**Praten over zelfdoding is taboe**' (v27_10). Wat betreft het geslacht, kunnen we geen significant verschil vaststellen tussen mannen en vrouwen wat betreft het taboe rond suïcide ($U(N=102) = 983,000$; $p = 0,168 > 0,05$). Eveneens is er geen significant verschil vast te stellen tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=101) = 830,500$; $p = 0,935 > 0,05$). Verder is er geen significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' en 'geen thuis hulp' ($U(N=71) = 285,500$; $p = 0,160 > 0,05$). Wanneer we naar de leeftijd kijken, zien we ook geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 102) = 1,185$; $p = 0,553 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 102) = 1,312$; $p = 0,519 > 0,05$). Tot slot valt er ook geen significant verschil op te merken tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 101) = 2,101$; $p = 0,350 > 0,05$).

Tot slot bespreken we het item '**Zelfdoding kan voorkomen worden**' (v27_14). Wat betreft het geslacht, zien we dat er geen significant verschil vast te stellen is tussen mannen en vrouwen wat betreft de 'voorkombaarheid' van suïcide ($U(N=102) = 1041,000$; $p = 0,313 > 0,05$). Er is eveneens geen significant verschil op te merken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven ($U(N=101) = 614,000$; $p = 0,069 > 0,05$). Wel is er een significant verschil op te merken tussen 'thuishulp' (gemiddelde rangordscore = 25,46) en 'geen thuis hulp' (gemiddelde rangordscore = 38,01) wat betreft de 'voorkombaarheid' van zelfdoding ($U(N=70) = 251,500$; $p = 0,025 < 0,05$). Diegenen die geen thuis hulp hebben scoren gemiddeld hoger en zouden dus gemiddeld vaker dan diegenen die wel thuis hulp hebben het eens zijn met bovenstaande stelling. Als we naar de leeftijd kijken, zien we geen significant verschil tussen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 84-plus ($H(df = 2, N = 102) = 2,654$; $p = 0,265 > 0,05$). Ook op het gebied van opleidingsniveau, zien we geen significant verschil tussen lager opgeleiden, middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden ($H(df = 2, N = 102) = 0,442$; $p = 0,802 > 0,05$). Tot slot valt er ook geen significant verschil op te merken tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ($H(df = 2, N = 101) = 0,170$; $p = 0,919 > 0,05$).

3.5.2.3 Attitude t.a.v. hulp zoeken

Wat de attitude t.a.v. hulp zoeken betreft, kunnen we dit onderverdelen in de attitude t.a.v. het zoeken van professionele psychologische hulp (ATSPPHS: Attitudes Towards Seeking Professional

Psychological Help Scale van Mackenzie, Knox, Gekoski en Macaulay, 2004) en barrières t.a.v. hulp zoeken (BHSS: Barriers to Help Seeking Scale van Mansfield, Addis en Courtenay, 2005). Deze schalen laten ons toe de subonderzoeksvraag 'Wat is de attitude t.a.v. hulp zoeken bij 65-plussers?' te beantwoorden.

Uit vragen 38 en 39 hebben we de items betreffende de twee schalen apart genomen en tot onderstaande tabellen herleidt. De schaal ATSPPHS bestaat uit drie factoren, namelijk 'psychological openness', 'help-seeking propensity' en 'indifference to stigma'. We voegen hierbij nog de 'original' aan toe. De schaal BHSS bestaat uit vijf factoren, namelijk 'need for control and self-reliance', 'minimizing problem and resignation', 'concrete barriers and distrust of caregivers', 'privacy' en 'emotional control'. We geven de scores opgedeeld naar de verschillende factoren weer (tabellen 25, 26, 27, 28 en 29). Vooreerst bespreken we de ATSPPHS en geven we een overzicht van de frequentie per item weer wat betreft de ATSPPHS (tabellen 21, 22, 23 en 24).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

Als u suïcidegedachten of suïcidegevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn"...

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Men zou zijn eigen problemen moeten oplossen; professionele hulp vragen zou een laatste redmiddel moeten zijn.	7,5	35,8	25,5	30,2	0,9
Persoonlijke en emotionele moeilijkheden zullen vanzelf wel opgelost geraken.	14,2	44,3	28,3	13,2	0,0
Er zijn sommige problemen die niet zouden besproken mogen worden buiten de familie.	12,3	44,3	16,0	23,6	3,8

Tabel 21: Psychological openness (psychologische oenheid)

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik zou naar mijn huisarts gaan.	2,9	2,0	17,6	52,9	24,5
Ik zou professionele hulp willen krijgen.	1,9	8,7	14,6	61,2	13,6
Ik zou overtuigd zijn dat ik steun zou kunnen vinden bij professionele hulp.	1,9	9,7	23,3	53,4	11,7

Tabel 22: Help-seeking propensity (intentie tot het zoeken van professionele hulp)

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik zou me ongemakkelijk voelen om naar een mentale gezondheidsprofessioneel te gaan, omdat ik me zorgen maak wat sommigen mensen zullen denken.	12,5	32,7	26,0	26,9	1,9

Tabel 23: Indifference to stigma (onverschilligheid tegenover stigmatisering)

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik zou liever advies krijgen van een goede vriend dan een mentale gezondheidsprofessioneel (psychiater, psycholoog, therapeut,...).	5,7	22,9	27,6	39,0	4,8
Een depressieve persoon wordt vermoedelijk enkel beter met professionele hulp.	1,9	11,3	29,2	52,8	4,7
Het is moeilijk om persoonlijke problemen te vertellen aan hoog opgeleide mensen, zoals dokters, leraren en geestelijken.	14,2	50,0	16,0	18,9	0,9

Tabel 24: Original

Opvallend is dat maar liefst zo'n 77% naar een huisarts zou gaan als men suïcidegedachten zou hebben of als men depressief zou zijn. Ongeveer 75% zou in dit geval professionele hulp willen krijgen en 65% zou overtuigd zijn steun te kunnen vinden bij professionele hulp. Uit deze cijfers kunnen we afleiden dat de geneigdheid tot het zoeken van professionele hulp vrij groot is. Een vrij groot percentage van 64% vindt het niet moeilijk persoonlijke problemen te vertellen aan hoog opgeleide mensen. Wel zou zo'n 44% liever advies krijgen van een goede vriend dan van een mentale gezondheidsprofessioneel. Ook kunnen we eruit afleiden dat er een redelijk grote psychologische openheid op te merken valt. Zo is ongeveer 59% het oneens dat persoonlijke en emotionele moeilijkheden vanzelf zullen opgelost geraken en vindt 57% dat sommige problemen wel zouden besproken mogen worden buiten de familie. Er is verder toch een vrij grote onverschilligheid tegenover stigmatisering op te merken. Zo zou 45% tegenover 28% zich ongemakkelijk voelen om naar een gezondheidsprofessioneel te gaan omdat men zich zorgen maakt wat sommige mensen zullen denken.

Gezien er hier ook een aantal items zijn weggelaten uit de oorspronkelijke schaal, is het niet mogelijk van elke factor betreffende ATSPPHS een schaal te maken. Ofwel waren er te weinig items om een schaal te maken, ofwel was er geen goede Cronbach's α . Wel hebben we een schaal van 3 items kunnen maken wat betreft de factor 'help-seeking propensity', wat geneigdheid tot het zoeken van hulp betekent. De consistentie is groot genoeg om de items samen te nemen tot een schaal (bijlage 30). Hoe hoger de score, hoe hoger de intentie om professionele hulp te zoeken.

Vervolgens gaan we de schaal *intentie tot het zoeken van professionele hulp* toetsen aan de splitsingsvariabelen. Wat het geslacht betreft, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen (t ($df = 104$, $N = 106$) = 0,83 ; $p = 0,407 > 0,05$) in geneigdheid tot het

zoeken van professionele hulp. Op het gebied van het verenigingsleven, kunnen we eveneens geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103, N = 105$) = 0,23 ; $p = 0,820 > 0,05$). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die thuishulp krijgen en diegenen die geen thuishulp krijgen (t ($df = 72, N = 74$) = -1,11 ; $p = 0,270 > 0,05$). Er valt ook geen significant verschil vast te stellen in de intentie tot het zoeken van professionele hulp tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar (F ($df1 = 2, df2 = 103, N = 106$) = 0,28 ; $p = 0,758 > 0,05$). Vervolgens gaan we het effect van opleidingsniveau na. Hier valt echter ook geen significant verschil te rapporteren (F ($df1 = 2, df2 = 103, N = 106$) = 0,65 ; $p = 0,525 > 0,05$). Tot slot constateren we op basis van de enkelvoudige variantieanalyse dat er tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners ook geen significant verschil bestaat (F ($df1 = 3, df2 = 102, N = 105$) = 0,18 ; $p = 0,911 > 0,05$).

Vervolgens bespreken we de BHSS. Ook hier rapporteren we eerst de gevonden frequenties (tabellen 25, 26, 27, 28 en 29).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

Als u suicidegedachten of suicidegevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn"...

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik heb niet graag dat anderen me vertellen wat ik moet doen.	4,8	32,4	17,1	35,2	10,5
Om hulp vragen is een teken van zwakte	21,0	51,4	10,5	16,2	1,0
Ik beslis liever zelf en wordt niet graag beïnvloed door anderen.	1,9	21,9	23,8	42,9	9,5
Ik wil niet zwakker lijken dan mijn leeftijdsgenoten.	4,8	32,4	23,8	32,4	6,7

Tabel 25: Need for control and self-reliance (nood aan controle en zelfvertrouwen)

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zou wachten met hulp te zoeken tot ik zeker ben dat het probleem serieus is.	2,8	16,0	30,2	46,2	4,7
Ik zou het probleem niet de moeite waard vinden om hulp voor te zoeken.	12,5	40,4	35,6	10,6	1,0

Tabel 26: Minimizing problem and resignation (problemen minimaliseren en berusting)

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik zou niet weten welke soort hulp beschikbaar is.	9,5	35,2	21,0	31,4	2,9
Financiële moeilijkheden zouden een obstakel vormen om hulp te zoeken.	11,4	35,2	21,0	27,6	4,8
Ik heb geen vertrouwen in dokters en andere gezondheidsprofessionelen.	32	51,5	10,7	4,9	1,0

Tabel 27: Concrete barriers and distrust of caregivers (concrete barrières en wantrouwen in verzorgers)

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Privacy is belangrijk voor mij en ik wil niet dat anderen weten dat ik problemen heb.	2,9	31,7	27,9	32,7	4,8

Tabel 28: Privacy

Ik praat niet graag over gevoelens.	4,8	24,0	27,9	38,5	4,8
Ik toon anderen liever niet wat ik voel.	3,9	24,3	24,3	41,7	5,8

Tabel 29: Emotional control

Uit de voorgaande tabellen kunnen we onder andere afleiden dat een grote meerderheid van 84% vertrouwen heeft in dokters en andere gezondheidsprofessionelen. Ook vindt een grote meerderheid van 72% dat om hulp vragen geen teken van zwakte is, wat een lage nood aan controle en zelfvertrouwen betekent en de barrière om hulp te zoeken dus verlaagt. Toch beslist zo'n 52% tegenover 23% liever zelf en wordt niet graag beïnvloed door anderen, en heeft zo'n 46% niet graag dat anderen hun vertellen wat ze moeten doen, wat toch een vrij hoge nood aan controle en zelfvertrouwen betekent en de barrière om hulp te zoeken dus verhoogt. Iets meer dan de helft zou het probleem de moeite waard vinden om hulp voor te zoeken als men suïcidegedachten zou hebben of als men depressief zou zijn. Eveneens de helft zou wachten met hulp te zoeken tot men zeker is dat het probleem serieus is. Toch zo'n 43% praat niet graag over gevoelens en bijna een tweede toont anderen liever niet wat men voelt. En 'slechts' 34% zou niet weten welke soort hulp beschikbaar is.

Gezien er hier ook een aantal items zijn weggelaten uit de oorspronkelijke schaal, is het niet mogelijk van elke factor betreffende BHSS een schaal te maken. Wel hebben we een schaal van drie items kunnen maken wat betreft de factor 'nood aan controle en zelfvertrouwen' ('need for control and self-reliance'). Na eliminatie van een niet-consistent item krijgen we een Cronbach's α van 0,655 (bijlage 31). De consistentie is groot genoeg om de items samen te nemen tot een schaal. Hoe hoger de score, hoe hoger de nood aan controle en zelfvertrouwen en dus hoe groter de barrière om hulp te zoeken.

Tot slot gaan we de schaal *nood aan controle en zelfvertrouwen* toetsen aan de splitsingsvariabelen. Wat het geslacht betreft, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen (t ($df = 104$, $N = 106$) = 1,19 ; $p = 0,236 > 0,05$) wat betreft nood aan controle en zelfvertrouwen. Ook kunnen we op het gebied van verenigingsleven geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103$, $N = 105$) = 1,03 ; $p = 0,305 > 0,05$). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die huishulp krijgen en diegenen die geen huishulp krijgen (t ($df = 13,78$, $N = 74$) = 1,28 ; $p = 0,223 > 0,05$). Er valt ook geen significant verschil vast te stellen wat betreft nood aan controle en zelfvertrouwen tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 0,60 ; $p = 0,550 > 0,05$). Vervolgens gaan we het effect van opleidingsniveau na. Hier valt echter ook geen significant verschil te rapporteren (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 0,69 ; $p = 0,504 > 0,05$). Tot slot constateren we eveneens geen significant verschil tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners (F ($df1 = 3$, $df2 = 102$, $N = 105$) = 0,31 ; $p = 0,815 > 0,05$).

3.5.3 Correlaties tussen schalen

In dit deel gaan we de correlatie na tussen de verschillende schalen. Er wordt nagegaan in welke mate er een lineair verband bestaat tussen de variabelen, d.w.z. in welke mate een hoge score op een bepaalde schaal ook een hoge score op een andere schaal voorspelt. De Pearson's correlatiecoëfficiënt is hiervoor de geschikte analysetechniek.

Vooreerst gaan we de correlatie na tussen de nieuw geconstrueerde schalen *intentie hulp zoeken* en *imago van de Zelfmoordlijn*. Er is sprake van een zwakke positieve correlatie of verband (r ($N = 106$) = 0,16; $p = 0,093 > 0,05$). Een hoge intentie om hulp te zoeken (dus een hoge score op schaal intentie hulp zoeken) voorspelt een negatiever imago over de Zelfmoordlijn (hoge score op de schaal imago van de Zelfmoordlijn), maar slechts in beperkte mate. Het verschil is dan ook niet significant.

Vervolgens gaan we de correlaties van de *schaal intentie hulp zoeken* na met de bestaande schalen:

- Met de schaal over de *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* is er sprake van een positief matige correlatie die bovendien significant is tot op het 1%-niveau (r ($N = 106$) = 0,29; $p = 0,002 < 0,05$). Dus hoe hoger de intentie om hulp te zoeken, hoe negatiever de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn.
- Met de schaal attitude t.a.v. professionele psychologische hulp zoeken (ATSPPHS) met factor '*intentie tot het zoeken van professionele hulp*' ('help-seeking propensity') is er eveneens een positief matige samenhang die significant is tot op het 1%-niveau (r ($N = 106$) = 0,33; $p = 0,001 < 0,05$). Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken, hoe meer geneigd men is professionele hulp te zoeken.
- Met de schaal barrières om hulp te zoeken (BHSS) met factor '*nood aan controle en zelfvertrouwen*' ('need for control and self-reliance') is er een eveneens een positief matige

correlatie die significant is tot op het 5%-niveau ($r(N = 106) = 0,23$; $p = 0,019 < 0,05$). Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken, hoe hoger de nood aan controle en zelfvertrouwen.

- Met de *eenzaamheidsschaal* (zie verder: 3.6.1) is er een zeer zwakke negatieve samenhang ($r(N = 106) = -0,05$; $p = 0,650 > 0,05$). Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken (hoge score op schaal intentie hulp zoeken), hoe minder eenzaam men is (lage score op de eenzaamheidsschaal), maar slechts in zeer beperkte mate. Het verschil is dan ook niet significant.
- Met de *negatief affectenschaal* (zie verder: 3.6.1) is er eveneens zeer zwakke negatieve correlatie, maar niet significant ($r(N = 106) = -0,06$; $p = 0,523 > 0,05$). Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken (hoge score op schaal intentie hulp zoeken), hoe minder negatieve affecten men heeft (lage score op de negatieve affectenschaal), maar slechts in zeer beperkte mate.

Tenslotte gaan we nog de onderlinge correlaties van de bestaande schalen na:

Tussen de *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* en de '*intentie tot het zoeken van professionele hulp*' bestaat er een positief matige correlatie die significant is tot op het 1%-niveau ($r(N = 106) = 0,27$; $p = 0,006 < 0,05$). Een hoge score op de schaal '*intentie tot het zoeken van professionele hulp*' voorspelt dus een hoge score op de schaal *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* (= negatievere attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn).

Tussen de *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* en de '*nood aan controle en zelfvertrouwen*' is er een zeer zwakke negatieve correlatie die niet significant is ($r(N = 106) = -0,03$; $p = 0,742 > 0,05$).

Tussen de *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* en de *eenzaamheidsschaal* is er eveneens een zeer zwakke negatieve correlatie die niet significant is ($r(N = 106) = -0,005$; $p = 0,960 > 0,05$).

Tussen de *attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn* en de *negatief affectenschaal* is er eveneens een zeer zwakke negatieve correlatie die niet significant is ($r(N = 106) = -0,03$; $p = 0,753 > 0,05$).

Tussen de *eenzaamheidsschaal* en de *negatief affectenschaal* bestaat er een matig positief verband dat significant is tot op het 1%-niveau ($r(N = 106) = 0,35$; $p = 0,000 < 0,05$). Een hoge score op de *negatief affectenschaal* voorspelt dus een matige hoge score op de *eenzaamheidsschaal*. Dus hoe meer negatieve gevoelens, hoe eenzamer men is.

3.6 Overige componenten

In dit deel bespreken we, a.h.v. frequentietabellen, de overige componenten die in de vragenlijst voorkwamen en die eveneens nuttig zijn voor ons onderzoek, namelijk het welbevinden, het sociaal contact, de theorieën i.v.m. ouder worden ('Disengagementtheorie', de activiteitentheorie en de 'Productive Activity' theorie), het topic 'persoonlijkheid', SSOSH, DDI en tot slot het topic 'adviesverlening'. In functie van onze onderzoeksvragen is dit nuttig aangezien we zo een beter beeld van de respondenten zelf kunnen krijgen (welbevinden, het sociaal contact, persoonlijkheid

en welk beeld ze hebben van het verenigingsleven) en meer informatie kunnen hebben over het topic 'hulp zoeken' (SSOSH, DDI en adviesverlening).

3.6.1 Welbevinden

Wat het welbevinden betreft, hebben we gebruik gemaakt van de bestaande schalen 'eenzaamheid' (vraag 19) en 'negatieve affecten' (vraag 20) die steunen of gebaseerd zijn op de Manual of Loneliness Scale 1999 van De Jong Gierveld en Van Tilburg. Wat betreft vraag 19, zien we dat we na eliminatie van inconsistente items een Cronbach's α hebben van 0,884 (bijlage 32). We mogen de afzonderlijke items bij elkaar optellen. Wat betreft vraag 20, zien we dat we na eliminatie van inconsistente items een Cronbach's α hebben van 0,867 (bijlage 33). De afzonderlijke items mogen bij elkaar worden opgeteld. In onderstaande tabellen (30 en 31) wordt een overzicht gegeven van de gevonden frequenties wat betreft de eenzaamheidsgevoelens en de negatieve gevoelens.

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
1 Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.	2,9	12,4	14,3	53,3	17,1
2 Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van tegenslag kan terugvallen.	3,8	12,5	19,2	52,9	11,5
3 Ik ervaar leegte om mij heen.	34,6	31,7	16,3	12,5	4,8
4 Ik vind mijn kennissenkring te beperkt.	25,2	38,8	13,6	16,5	5,8
5 Er zijn voldoende mensen met wie ik mij verbonden voel.	4,9	11,8	15,7	53,9	13,7
6 Ik mis mensen om mij heen.	34,0	34,0	18,4	7,8	5,8
7 Ik voel mij vaak in de steek gelaten.	41,0	36,2	13,3	5,7	3,8
8 Ik ken genoeg mensen op wie ik kan vertrouwen.	3,9	6,8	16,5	60,2	12,6
9 Ik mis gezelligheid om mij heen.	35,9	29,1	16,5	13,6	4,9
10 Ik mis een echte goede vriend of vriendin.	40,2	32,4	11,8	9,8	5,9

Tabel 30: Overzicht frequenties vraag 19 i.v.m. eenzaamheidsgevoelens

1 = helemaal niet

3 = meer dan gewoonlijk

2 = niet meer dan gewoonlijk

4 = opvallend meer dan

	1.	2.	3.	4.
	%	%	%	%
1 Ik voel me hulpeloos.	66,7	24,8	5,7	2,9
2 Ik voel me fit.	10,5	75,2	12,4	1,9
3 Ik ben tevreden over mijn leven.	9,5	50,5	31,4	8,6
4 Ik heb het gevoel dat ik mijn zelfvertrouwen verlies.	55,8	28,8	12,5	2,9
5 Ik slaap slecht en lig vaak wakker door kopzorgen.	50,0	34,6	11,5	3,8
6 Ik voel me een echte levensgenieter.	20,0	61,9	14,3	3,8
7 Ik heb het gevoel niets meer waard te zijn.	72,6	15,1	10,4	1,9
8 Ik heb het gevoel dat ik constant onder spanning sta.	54,8	30,8	11,5	2,9
9 Ik voel me ongelukkig of depressief.	69,8	17,9	9,4	2,8
10 Ik voel me ongezond.	56,9	35,3	5,9	2,0

Tabel 31: Overzicht frequenties vraag 20 i.v.m. negatieve affecten

Uit bovenstaande tabellen kunnen we volgende opvallende vaststellingen afleiden:

- Over het algemeen worden geen ernstige eenzaamheidsgevoelens gerapporteerd;
- De meerderheid van de populatie rapporteert geen ernstige mate van negatieve affecten.

Als we de eenzaamheidsschaal en negatieve affectenschaal aan de splitsingsvariabelen toetsen, zijn er geen significante verschillen vast te stellen.

3.6.2 Sociaal contact

Tabellen 32, 33 en 34 geven een overzicht van de hoeveelheid sociale contacten, de ervaring van de sociale contacten en de mate van het communiceren als men het moeilijk heeft. Het betreft hier de 'percent', dus inclusief 'niet van toepassing' (NVT) en de 'missings'.

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %	6. %	7. %
	nooit	minder dan 1 x per maand	maandelijks	1 à 2 x per week	(bijna) dagelijks	NVT	Missings
1 Kinderen / schoonkinderen	0,9	5,7	16,0	35,8	22,6	16,0	2,9
2 Kleinkinderen	1,9	11,3	20,8	26,4	2,8	30,2	6,6
3 Broers /zussen	5,7	21,7	19,8	12,3	0,9	29,2	10,4
4 Ouders	1,9	0,0	0,9	0,9	5,7	81,1	8,5
5 Andere familieleden	11,3	28,3	11,3	11,3	0,0	16,0	21,7
6 Vrienden / kennissen	1,9	24,5	29,2	26,4	8,5	3,8	5,7
7 Buren / mensen uit de wijk	17,0	17,0	17,9	19,8	11,3	4,7	12,3
8 Partner	0,9	0,0	0,0	3,8	15,1	56,6	23,6
9 Huisarts	7,5	40,6	33,0	0,9	0,0	1,9	16,0
10 Verpleegkundige	31,1	2,8	0,0	2,8	7,5	32,1	23,6
11 Poetshulp / bejaardenhulp	13,2	0,0	11,3	19,8	4,7	35,8	15,1

Tabel 32: Overzicht frequenties vraag 16 i.v.m. de hoeveelheid sociale contacten

1 = Uiterst negatief

4 = Eerder positief

7 = Missings

2 = Eerder negatief

5 = Uiterst positief

3 = Noch negatief / noch positief

6 = Niet van toepassing

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %	6. %	7. %
1 Kinderen / schoonkinderen	1,9	0,9	0,9	19,8	58,5	16,0	1,9
2 Kleinkinderen	0,9	0,9	0,9	15,1	50,9	23,6	7,5
3 Broers / zussen	2,8	1,9	8,5	22,6	23,6	29,2	11,3
4 Ouders	0,9	0,0	0,9	3,8	6,6	81,1	6,6
5 Andere familieleden	1,9	0,0	13,2	34,0	17,9	16,0	17,0
6 Vrienden / kennissen	0,0	3,8	6,6	44,3	39,6	2,8	2,8
7 Buren / mensen uit de wijk	0,0	2,8	12,3	45,3	22,6	1,9	15,1
8 Partner	0,0	0,0	0,9	11,3	21,7	48,1	17,9
9 Huisarts	0,9	0,9	9,4	38,7	29,2	6,6	14,2
10 Verpleegkundige	0,0	1,9	0,9	13,2	11,3	50,9	21,7
11 Poetshulp / bejaardenhulp	0,9	0,0	7,5	15,1	10,4	36,8	29,2

Tabel 33: Overzicht frequenties vraag 17 i.v.m. de ervaring van sociale contacten

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
	Zelden of nooit	Soms	Vaak	NVT	Missings
1 Kinderen / schoonkinderen	12,3	30,2	29,2	15,1	13,2
2 Kleinkinderen	30,2	12,3	7,5	26,4	23,6
3 Broers /zussen	17,0	18,9	13,2	29,2	21,7
4 Ouders	3,8	1,9	3,8	77,4	13,2
5 Andere familieleden	35,8	13,2	7,5	11,3	32,1
6 Vrienden / kennissen	19,8	41,5	17,9	3,8	17,0
7 Buren / mensen uit de wijk	39,6	19,8	6,6	3,8	30,2
8 Partner	1,9	6,6	23,6	44,3	23,6
9 Huisarts	16,0	38,7	17,9	5,7	21,7
10 Verpleegkundige	8,5	4,7	4,7	48,1	34,0
11 Poetshulp / bejaardenhulp	14,2	7,5	1,9	46,2	30,2

Tabel 34: Overzicht frequenties vraag 18 i.v.m. de mate van het communiceren als men het moeilijk heeft

Uit bovenstaande tabellen kunnen we volgende opvallende vaststellingen afleiden:

- Een groot deel van de bevroegde populatie blijkt regelmatig contacten te onderhouden, voornamelijk met de kinderen, schoonkinderen, kleinkinderen, vrienden en kennissen en met de huisarts. 8% blijkt nog (een) hoogbejaarde ouder(s) in leven te hebben en onderhoudt hiermee contacten;
- Over het algemeen kunnen we stellen dat een groot deel van de populatie een positieve ervaring heeft wat betreft hun sociale contacten;
- Men blijkt voornamelijk zijn/haar kinderen of schoonkinderen, vrienden of kennissen en huisarts te contacteren als men het moeilijk heeft.

3.6.3 Theorieën i.v.m. ouder worden

Vraag 19 gaat o.a. over theorieën i.v.m. ouder worden, zoals de 'activiteitentheorie' en de 'Disengagementtheorie' (Cumming & Henry, 1961) en de 'Productive Activity theorie' (Morrow-

Howell, 2000). We geven de scores opgedeeld naar de verschillende theorieën weer (tabellen 35, 36 en 37).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1. %	2. %	3. %	4.	5. %
Iemand die zijn actieve deelname aan het maatschappelijk leven afbouwt, is gelukkiger dan iemand die zijn actief leven voortzet.	42,9	30,5	20,0	5,7	1,0

Tabel 35: Disengagementtheorie

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Participeren aan sociale activiteiten geeft me een gevoel van genoeg en volbrenging.	1,9	8,6	18,1	51,4	20,0
Participeren aan sociale activiteiten geeft mij de mogelijkheid kennis betreffende verschillende topics te verhogen.	2,9	9,7	17,5	52,4	17,5

Tabel 36: Activiteitentheorie

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Het verenigingsleven biedt een uitstekende gelegenheid om sociale contacten te onderhouden.	1,9	2,9	18,3	56,7	20,2

Tabel 37: Productive activity

Uit bovenstaande tabellen kunnen we volgende opvallende vaststellingen afleiden: De meerderheid van de populatie vindt de actieve deelname aan het maatschappelijk leven, zoals het participeren aan sociale activiteiten en het verenigingsleven, belangrijk.

3.6.4 Persoonlijkheid

Om een breder beeld te hebben van de bevroegde respondenten, hebben we ook een aantal items i.v.m. persoonlijkheid in de vragenlijst weergegeven, zoals 'openness to experience', wat openheid tot ervaring betekent. Het betreft een dimensie van persoonlijkheid als één van de vijf factoren van de 'Big Five' persoonlijkheidstheorie. Ook hebben we gebruik gemaakt van de 'Mental Health Locus of Control scale' (MHLC) van Hill en Bale (1980) om de interne en externe 'locus of control' bij de respondenten na te gaan. In tabel 38 wordt een overzicht van de gevonden frequenties wat betreft het topic persoonlijkheid.

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik weet wat ik wil.	0,9	3,8	9,4	69,8	16,0
Als ik van plan ben iets te doen, dan doe ik dat ook.	0,9	2,8	18,9	64,2	13,2
Ik ben nieuwsgierig naar de dingen om me heen.	0,0	9,4	12,3	57,5	20,8
Ik pas me gemakkelijk aan aan veranderingen.	1,9	11,4	19,0	62,9	4,8
Het zou mijn eigen schuld zijn als ik psychologische problemen zou hebben.	13,3	34,3	29,5	21,9	1,0
Een goede mentale gezondheid is grotendeels een kwestie van geluk.	7,5	19,8	28,3	37,7	6,6

Tabel 38: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. persoonlijkheid

Opvallend is dat de meerderheid een grote vastberadenheid en een grote openheid tot ervaring heeft. Een hoge score op deze laatste factor betekent dat de meerderheid de neiging heeft nieuwsgierig te zijn en een rijke ervaringswereld heeft. Verder is er in beperkte mate sprake van een interne 'locus of control' wat betreft mentale gezondheid. Slechts 23% vindt dat het zijn eigen schuld zou zijn moest men psychologische problemen hebben. Wel is er een matige externe 'locus of control' aanwezig bij de populatie. Zo vindt toch zo'n 44% dat een goede mentale gezondheid grotendeels een kwestie van geluk is.

3.6.5 SSOSH

Een aantal items uit vraag 39 berust op de bestaande schaal 'Self-Stigma of Seeking Help' (SSOSH), wat zelfstigma t.a.v. het zoeken van hulp betekent (Vogel, Wade & Haake, 2006). Deze schaal bestaat uit 10 items. Echter, we hebben een aantal items uit de bestaande schaal weggelaten om een te lange vragenlijst te voorkomen. Na factoranalyse van onderstaande 4 items, hebben we een Cronbach's α van 0,676 (bijlage 34). We kunnen de afzonderlijke items bij elkaar optellen. Vooraleer we nagaan of er een significant verschil is naargelang de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen, geven we eerst een overzicht van de frequentie per item (tabel 39).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Ik zie mezelf niet in staat om naar een gezondheidsprofessioneel te gaan.	13,9	47,5	25,7	12,9	0,0
Als ik een probleem heb, zoek ik nauwelijks mensen op om erover te praten.	4,8	28,8	25,0	37,5	3,8
Ik zou me minderwaardig voelen om een gezondheidsprofessioneel te raadplegen.	20,4	55,3	15,5	8,7	0,0
Als ik niet mijn eigen problemen zou kunnen oplossen, zou ik me slecht voelen.	4,9	30,1	20,4	39,8	4,9

Tabel 39: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. SSOSH

Opvallend is dat toch zo'n 41% nauwelijks mensen zoekt om over zijn problemen te praten. Ongeveer 45% zou zich slecht voelen als men niet zijn eigen problemen zou kunnen oplossen. De meerderheid zou zich niet minderwaardig voelen om een gezondheidsprofessioneel te raadplegen en zou zichzelf wel in staat voelen om naar een gezondheidsprofessioneel te gaan. Over het algemeen is er geen ernstige mate van zelfstigma t.a.v. hulp zoeken op te merken. Via een t-test gaan we even na of er een verschil is in geslacht bij deze schaal. We stellen geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen wat betreft het zelfstigma tot het zoeken van hulp (t ($df = 104$, $N = 106$) = 0,51 ; $p = 0,608 > 0,05$). Op het gebied van het verenigingsleven, kunnen we eveneens geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103$, $N = 105$) = 1,41 ; $p = 0,163 > 0,05$). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die huishulp krijgen en diegenen die geen huishulp krijgen (t ($df = 72$, $N = 74$) = 0,33 ; $p = 0,746 > 0,05$). Er valt ook geen significant verschil vast te stellen tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 0,65 ; $p = 0,527 > 0,05$). Vervolgens gaan we het effect van opleidingsniveau na. Hier valt echter ook geen significant verschil te rapporteren (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 0,04 ; $p = 0,966 > 0,05$). Tot slot constateren we op basis van de enkelvoudige variantieanalyse dat er tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners eveneens geen significant verschil bestaat (F ($df1 = 3$, $df2 = 102$, $N = 105$) = 0,22 ; $p = 0,886 > 0,05$).

3.6.6 DDI

Onderstaande tabel geeft ons informatie over de Distress Disclosure Index (DDI), wat de nood aan openbaarmaking ('self-disclosure') of het voor zich houden ('self-concealment') van ellende of problemen betekent. Een aantal items uit vraag 39 berusten op deze bestaande schaal uit 12 items (Kahn & Hessling, 2001). Ook hier hebben we enkele items uit de bestaande schaal genomen. Een

Cronbach's α van 0,775 laat ons toe de onderstaande afzonderlijke items bij elkaar op te tellen (bijlage 35). Vooral eer we nagaan of er een significant verschil is naargelang de hierboven gedefinieerde splitsingsvariabelen, geven we eerst een overzicht van de frequentie per item (tabel 40).

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
	%	%	%	%	%
Ik verkies niet te praten over mijn problemen.	3,8	34,6	26,9	30,8	3,8
Meestal discussieer ik niet over zaken die me van streek brengen.	4,9	30,1	25,2	37,9	1,9
Als ik me depressief voel of slecht voel, heb ik de neiging deze gevoelens voor mezelf te houden.	3,8	26,0	26,0	41,3	2,9
Ik probeer mensen te vinden om over mijn problemen te praten.	8,7	23,1	31,7	34,6	1,9
Als ik humeurig ben, praat ik erover met mijn vrienden.	8,7	28,2	29,1	30,1	3,9

Tabel 40: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. DDI

Uit voorgaande tabel kunnen we afleiden dat er zowel nood is aan openbaarmaking als het voor zich houden van problemen. Zo verkiest zo'n 38% te praten over zijn problemen en verkiest zo'n 35% niet te praten over zijn problemen. 35% discussieert meestal over zaken die hem van streek brengen en 40% meent dat niet te doen. Ongeveer 37% probeert mensen te vinden om over zijn problemen te praten, 32% meent dat niet te doen. 34% praat met zijn vrienden als men humeurig is, 37% meent dat niet te doen. Toch zo'n 44% heeft de neiging zijn gevoelens voor zichzelf te houden als men zich depressief of slecht voelt. Wat betreft het geslacht, stellen we geen significant verschil vast tussen mannen en vrouwen (t ($df = 104$, $N = 106$) = -0,38 ; $p = 0,705 > 0,05$) wat betreft DDI. Op het gebied van het verenigingsleven, kunnen we eveneens geen significant verschil opmerken tussen diegenen die actief zijn in het verenigingsleven en diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven (t ($df = 103$, $N = 105$) = -1,47 ; $p = 0,145 > 0,05$). Ook kunnen we geen significant verschil opmerken tussen diegenen die huishulp krijgen en diegenen die geen huishulp krijgen (t ($df = 72$, $N = 74$) = 1,23 ; $p = 0,224 > 0,05$). Er valt ook geen significant verschil vast te stellen tussen mensen van 65 tot 74 jaar, mensen van 75 tot 84 jaar en mensen ouder dan 84 jaar (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 1,26 ; $p = 0,288 > 0,05$). Vervolgens gaan we het effect van opleidingsniveau na. Hier valt echter ook geen significant verschil te rapporteren (F ($df1 = 2$, $df2 = 103$, $N = 106$) = 0,79 ; $p = 0,455 > 0,05$). Tot slot constateren we dat er tussen de thuiswonenden, serviceflatbewoners en RVT-bewoners eveneens geen significant verschil bestaat (F ($df1 = 3$, $df2 = 102$, $N = 105$) = 0,15 ; $p = 0,931 > 0,05$).

3.6.7 Adviesverlening

In tabel 41 geven we een overzicht van de gevonden frequenties wat betreft het topic adviesverlening.

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1. %	2. %	3. %	4. %	5. %
Moest ik iemand kennen die aan zelfdoding denkt, zou ik hem adviseren om de Zelfmoordlijn te bellen.	1,9	6,8	20,4	51,5	19,4
Moest ik iemand kennen die aan zelfdoding denkt, dan zou ik bellen naar de Zelfmoordlijn voor advies.	4,9	11,7	31,1	40,8	11,7

Tabel 41: Overzicht frequenties deels vraag 37 i.v.m. adviesverlening m.b.t. de Zelfmoordlijn

Een groot deel van de bevroagde populatie (71%) zou iemand met suïcidedgedachten trachten te adviseren om naar de Zelfmoordlijn te bellen en 53% zou zelf naar de Zelfmoordlijn bellen voor advies.

4 Discussie

In deze discussie halen we de volgende topics aan: suïcide-ervaring en attitude t.a.v. suïcide, factoren die de intentie tot het zoeken van hulp kunnen beïnvloeden, attitude t.a.v. hulp zoeken, intentie tot het zoeken van hulp en het gebruik van hulpverleningsdiensten. Er wordt verder dieper ingegaan op het imago van de Zelfmoordlijn en de bekendheid van hulpverleningsdiensten met in het bijzonder de Zelfmoordlijn.

Suïcide-ervaring: Het onderzoek toont aan dat toch een groot deel van de bevroegde ouderen reeds ervaring met suïcide heeft gehad. Maar liefst 17 van de 106 ouderen hebben ooit overwogen een suïcidepoging te ondernemen of hebben suïcideplannen gemaakt, waarvan 10 ouderen het afgelopen jaar. Van die 17 ouderen hebben er in totaal zes ooit beroep gedaan op hulpverleningsdiensten en hulplijnen, namelijk op het CGG, een zelfhulpgroep, Slachtofferhulp Algemeen Welzijnswerk, CAW, Tele-Onthaal, de Druglijn, Zelfmoordlijn en de Veilig Vrijenlijn. Vier van die 17 ouderen hebben ook effectief een suïcidepoging ondernomen. Van die vier heeft één iemand beroep gedaan op het CGG en het CAW en één iemand op het CGG, Slachtofferhulp Algemeen Welzijnswerk en Tele-Onthaal.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat, naast het individuele aspect, er ook vrij veel ouderen suïcide-ervaring hebben gehad wat betreft hun omgeving. Een vijfde kent iemand in zijn nabije omgeving die suïcidegedachten heeft. Iets meer dan een vierde kent iemand die ooit een suïcidepoging heeft ondernomen en iets minder dan een vierde heeft ooit een naaste verloren door suïcide.

Deze onderzoeksresultaten tonen aan dat er wel degelijk aandacht moet besteed worden aan deze leeftijdsgroep wat betreft het topic 'suïcide', zoals ook in de literatuurstudie reeds naar voor kwam (Turvey, Conwell, Jones, Phillips, Simonsick, Pearson, et al., 2002; O'Connell, Ai-Vyrn Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004; Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004; Loebel, 2005).

Attitude t.a.v. suïcide: In het algemeen kunnen we stellen dat er een vrij positieve attitude t.a.v. suïcide bij de bevroegde ouderen op te merken is. Een grote meerderheid van de ouderen vindt het zijn plicht om iemand die suïcide wil plegen, tegen te houden. Verder vindt een meerderheid dat suïcide kan worden voorkomen. Wat betreft de variabele thuishulp, is er hierin een verband op te merken. Zo zouden diegenen die geen thuishulp krijgen gemiddeld vaker menen dat suïcide voorkomen kan worden. Ook vindt de meerderheid suïcide normaal en aanvaardbaar wat overeen komt met de literatuurbevindingen (Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004). Eveneens een aanzienlijk deel van de ouderen vindt dat suïcide niet het gevolg is van een tekort aan religieuze overtuiging, in tegenstelling tot de literatuur (Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2004). Verder is er geen taboe rond suïcide op te merken bij ouderen, in tegenstelling tot de literatuur (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008). Vervolgens kunnen we stellen dat de mythes rond suïcide nog altijd bestaan (Hjelmeland & Knizek, 2004). Wat betreft de mythe 'mensen die zeggen dat ze suïcide willen plegen, doen het zelden' is er een verband met opleiding op te merken. Hoe minder opleiding men heeft genoten, hoe vaker men het eens is met deze mythe.

Factoren die de intentie tot het zoeken van hulp kunnen beïnvloeden: In tegenstelling tot de literatuur, staat de meerderheid van de 17 ouderen (waaronder de 10) open voor ervaringen. Volgens Duberstein (1995) zijn suïcidale ouderen gekarakteriseerd door een lagere openheid tot ervaring. Verder heeft de meerderheid van de 17 ouderen een grote vastberadenheid in het algemeen. Dit *persoonlijkheidskenmerk* is redelijk gevaarlijk wat betreft de intentie om suïcide te plegen en doet de aanpak en suïcidepreventie bij ouderen bemoeilijken, zoals in de literatuur aangehaald werd (Willems, 2005, Cattell, 2000, Bouckaert, 2002, De Leo & Scocco, 2000 & Van Heeringen & Van Kerkhof, 2000).

Over het algemeen is er een vrij hoge mate van *welbevinden* bij de ouderen op te merken. Maar van de ouderen die ooit aan suïcide hebben gedacht en/of suïcide hebben gepleegd, heeft de helft te kampen met ernstige eenzaamheid en negatieve gevoelens. Zo ervaart de meerderheid leegte om zich heen, mist men gezelligheid en vindt men zijn kennissenkring te beperkt. Verder heeft men het gevoel dat men constant onder spanning staat, dat men ongelukkig of depressief is en dat men zijn zelfvertrouwen verliest. Deze gevoelens zijn risicofactoren want ze creëren barrières bij het zoeken naar hulp (De Leo en Scocco, 2000; O'Connell, Ai-Vyrn Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004).

Het onderzoek toont tevens aan dat een actieve deelname aan het *maatschappelijk leven* als belangrijk wordt bestempeld. Dit ontkracht de 'disengagementtheorie', zoals dat door Cumming en Henry werd omschreven (Cumming en Henry, 1961), maar bevestigt de activiteitentheorie en de 'productive activity'-theorie (Elchardus & De Groof, 2005; Morrow-Howell, 2000; Verté & De Witte, 2006). Doch moeten we rekening houden met het feit dat de meerderheid van de ouderen actief is in het verenigingsleven.

We stellen verder vast dat een groot deel van de ouderen regelmatig positieve *sociale contacten* heeft met zowel familie, vrienden, kennissen als met de huisarts. Bij problemen zal men deze personen dan ook contacteren, wat overeenkomt met onze literatuurbevindingen. Volgens De Leo et al. (2002), zijn verwanten of familieleden de meest frequente bron voor hulp bij oudere individuen. Volgens De Leo en Scocco (2000) zijn huisartsen de meest geraadpleegde bron voor hulp bij ouderen.

Attitude t.a.v. hulp zoeken: Dit onderzoek toont aan dat er een vrij positieve attitude t.a.v. hulp zoeken bij *de Zelfmoordlijn* bij de meerderheid van de bevroagde ouderen op te merken. Zo vindt een aanzienlijk deel van de ouderen de Zelfmoordlijn niet waardeloos en niet schadelijk als men suïcidegedachten zou hebben. Eveneens een grote meerderheid vindt dat bellen naar de Zelfmoordlijn juist is om te doen in dergelijke situatie. Volgens Lester (2000) zijn ouderen meestal afwerend om hun problemen via de telefoon aan vreemden uitvoerig te vertellen. In de onderzoeksresultaten is dit niet echt op te merken aangezien een meerderheid het bellen naar de Zelfmoordlijn niet onaangenaam zou vinden. Wat betreft de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn, is er een opmerkelijk verband vast te stellen met de intentie tot het zoeken van hulp én de intentie tot het zoeken van professionele hulp. Hoe hoger de intentie tot het zoeken van (professionele) hulp, hoe negatiever de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn. Verder zijn er, in tegenstelling tot de literatuur, geen verschillen tussen vrouwen en mannen vast te stellen wat betreft de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn. Volgens de literatuurbevindingen

(Mishara et al., 2005 in Kryszynska, & De Leo, 2007) zijn vrouwen meer dan mannen gekenmerkt door positieve attitudes t.a.v. hulp zoeken.

Ondanks de wijdverspreide veronderstelling dat ouderen negatieve *attitudes* hebben *t.a.v. GGZ*, heeft een grote meerderheid van de ouderen vertrouwen in huisartsen en andere gezondheidsprofessionelen (Robb, Haley, Becker, Polivka, & Chwa, 2003; Segal, Mincic, Coolidge, & O'Riley, 2005). Verder is er in het algemeen geen ernstige mate van *zelfstigma t.a.v. hulp zoeken* op te merken bij de bevroegde ouderen. Zo meent een meerderheid dat men zich niet ongemakkelijk zou voelen om naar een mentale gezondheidsprofessioneel te gaan omdat men zich zorgen maakt wat sommige mensen zullen denken. Ook zou men zich niet minderwaardig voelen om een gezondheidsprofessioneel te raadplegen en zou men zichzelf wel in staat voelen om naar een gezondheidsprofessioneel te gaan. De mogelijke veronderstelling dat negatieve stereotypen over mentale ziekte bij ouderen een rol kunnen spelen in hun ondergebruik van geestelijke gezondheidsdiensten, wordt hier teniet gedaan (Segal, Mincic, Coolidge & O'Riley, 2005).

Uit het onderzoek is vast te stellen dat bij ouderen de nood aan *openbaarmaking* even groot is als de wil om problemen voor zich houden van problemen. Wel heeft een meerderheid de neiging zijn gevoelens voor zichzelf te houden als men zich depressief voelt. Dit is hoogstwaarschijnlijk te linken met de vrij hoge *emotionele controle* bij de meerderheid van de ouderen. Een meerderheid praat niet graag over zijn gevoelens en toont anderen liever niet wat men voelt. Volgens Kastenbaum (1991) zijn oudere mannen minder geneigd kansen of mogelijkheden om over hun situatie te discussiëren, te aanvaarden en gaan ze over het algemeen minder interpersoonlijke relaties aan. Volgens andere literatuurbevindingen (Haste et al., 1998 in De Leo, Bille-Brahe, Kerkhof, & Schmidtke, 2004; Harwood, & Jacoby, 2000) zijn oudere mannen meer afwerend om hun innerlijke gevoelens te verbaliseren. In tegenstelling tot deze literatuurbevindingen, is er uit de onderzoeksresultaten geen significant verschil tussen vrouwen en mannen op te merken wat betreft de emotionele controle.

Dit onderzoek toont eveneens aan dat een grote meerderheid het niet eens is met de stelling dat om hulp vragen een teken van zwakte is, wat een lage *nood aan controle en zelfvertrouwen* betekent en de barrière om hulp te zoeken dus verlaagt. Toch wordt de meerderheid van de ouderen niet graag beïnvloed door anderen en heeft men niet graag dat anderen hen vertellen wat ze moeten doen, wat een hoge nood aan controle en zelfvertrouwen betekent en de barrière om hulp te zoeken dus vergroot. Wat betreft de nood aan controle en zelfvertrouwen, is er een opmerkelijk verband met de intentie tot het zoeken van hulp vast te stellen. Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken, hoe hoger de nood aan controle en zelfvertrouwen. Vervolgens is er zowel *berusting* als geen berusting bij de ouderen op te merken. Zo zou de meerderheid het de moeite waard vinden om hulp te zoeken als men suïcidedgedachten zou hebben. Toch zou de meerderheid wachten met hulp te zoeken tot men zeker is dat het probleem serieus is. De bevroegde ouderen minimaliseren het probleem wel en niet.

Intentie tot het zoeken van hulp: Uit het onderzoek kunnen we verder afleiden dat de meerderheid van de ouderen geneigd is om hulp te zoeken als ze suïcidedgedachten zouden hebben, maar schrik hebben dat de mensen hen zullen veroordelen als ze hierover praten. Hierbij zou de meerderheid bellen naar een hulplijn maar pas hulp zoeken bij een hulplijn als alle andere opties

uitgesloten zijn. Wat de *intentie tot het hulpzoekend gedrag bij de Zelfmoordlijn* betreft, kunnen we stellen dat de 'generalised intention' bij de ouderen vrij hoog is. Zo zou een meerderheid van plan zijn de Zelfmoordlijn te bellen als men suïcidedgedachten zou hebben. Hier is er een verband op te merken wat betreft het verenigingsleven en het verblijf. Hoe actiever men in het maatschappelijk leven is en hoe zelfstandiger men woont, hoe vaker men van plan zou zijn de Zelfmoordlijn te bellen in een dergelijke situatie. Verder kunnen we stellen dat een aanzienlijk deel van de ouderen geheel zelf zou bepalen of men naar de Zelfmoordlijn belt als men suïcidedgedachten zou hebben. De 'perceived behaviour controllability' is hier dus hoog. Wat betreft deze laatste, is er een verband op te merken wat betreft de leeftijdscategorieën en opleiding. Hoe 'jonger' men is en hoe meer opleiding men heeft genoten, hoe vaker men geheel zelf zou bepalen om naar de Zelfmoordlijn te bellen in een dergelijke situatie. Vervolgens is er zowel een lage als hoge 'perceived behaviour self-efficacy/capability', d.i. het vermogen en de overtuiging om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren, bij de ouderen op te merken. Zo zou de meerderheid van de ouderen het moeilijk hebben om naar de Zelfmoordlijn te bellen (lage 'perceived behaviour self-efficacy/capability') en zou de meerderheid met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als men suïcidedgedachten zou hebben (hoge 'perceived behaviour self-efficacy/capability'). Wat dit laatste betreft, is er een verband op te merken wat betreft het verenigingsleven, de leeftijdscategorieën en het verblijf. Hoe actiever men in het maatschappelijk leven is, hoe 'jonger' men is en hoe zelfstandiger men woont, hoe vaker men met veel overtuiging zou bellen naar de Zelfmoordlijn in een dergelijke situatie. Verder is er een lage subjectieve norm bij de ouderen vast te stellen. Een minderheid van de ouderen zou druk ervaren vanuit zijn omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen als men suïcidedgedachten zou hebben. Hier is er een verband op te merken wat betreft het verenigingsleven. Diegenen die actief zijn in het verenigingsleven zouden gemiddeld vaker dan diegenen die niet actief zijn in het verenigingsleven druk ervaren vanuit hun omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen in een dergelijke situatie.

Onderzoek toont verder aan dat er een vrij grote *intentie tot het zoeken van professionele hulp* vast te stellen is. Als men suïcidedgedachten zou hebben, zou een grote meerderheid naar een huisarts gaan en professionele hulp willen krijgen. De meerderheid zou in dit geval overtuigd zijn steun te kunnen vinden bij professionele hulp en zou het niet moeilijk hebben om persoonlijke problemen aan hoog opgeleide mensen te vertellen, in tegenstelling tot de literatuur. Volgens Scott (1996 in Law, 1997) hebben ouderen de traditie niet om emotionele ondersteuning bij vreemden te zoeken of begeleiders en andere professionelen te consulteren. Wel zou een meerderheid liever advies krijgen van een goede vriend dan van een mentale gezondheidsprofessional, wat deels overeenstemt met de literatuurbevindingen (De Leo et al, 2002).

Voorts is er een samenhang tussen *de intentie tot het zoeken van hulp en de intentie tot het zoeken van professionele hulp* vast te stellen. Hoe hoger de intentie om hulp te zoeken, hoe meer geneigd men is professionele hulp te zoeken. Verder zijn er geen verschillen tussen vrouwen en mannen vast te stellen wat betreft de intentie tot het zoeken van professionele hulp en gewone hulp als men suïcidedgedachten zou hebben. In tegenstelling tot de literatuurbevindingen (Morgan, Ness & Robinson, 2003 in Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006; Mishara et al, 2005 in Krysinska, & De Leo, 2007; Khalida, 2003), tonen de onderzoeksresultaten aan dat vrouwen niet meer geneigd

zijn hulp te zoeken dan mannen (Barber et al., 2004 in Krysinska, & De Leo, 2007; Kelly & Achter, 1995; Vogel & Wester, 2003 in Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006).

In het volgende deel komen de volgende topics aan bod: het gebruik van hulpverleningsdiensten, het imago van de Zelfmoordlijn en de bekendheid van hulpverleningsdiensten.

Het gebruik van hulpverleningsdiensten: Wat het gebruik van de *Zelfmoordlijn* betreft, hebben toch acht ouderen er al eens aan gedacht en dus de intentie getoond om de Zelfmoordlijn te bellen. Ondanks dit, blijken ze het effectief gedrag, bellen naar de Zelfmoordlijn, niet uit te voeren. Slechts één iemand van de 106 respondenten heeft beroep gedaan op deze telefonische hulpverleningsdienst, wat heel weinig is en dus overeenkomt met de literatuur (Jaarverslag CPZ, 2007). Aangezien het bellen naar de Zelfmoordlijn een zeldzame gebeurtenis bij ouderen is en mijn steekproef beperkt is, is het deels toeval dat er toch één iemand uit de onderzoekspopulatie naar de Zelfmoordlijn heeft gebeld. De kans dat we iemand konden vinden die toch gebeld heeft naar de Zelfmoordlijn was immers zeer klein. De ervaring van deze respondent met de Zelfmoordlijn was echter niet zo positief. Wat de *andere telefonische hulpverleningsdiensten* betreft, hebben zowel drie ouderen beroep gedaan op de Tele-Onthaal als op de Kankerfoon, wat maakt dat deze telefonische hulpverleningsdiensten, in vergelijking met de andere hulplijnen, de meest gebruikte zijn. Als we kijken naar de crisislijnen 'Zelfmoordlijn' en Tele-Onthaal', zien we dat de Zelfmoordlijn in vergelijking met Tele-Onthaal, het minst gebruikt is. Wat de *hulporganisaties* betreft, is het meest beroep gedaan op het CGG (zeven ouderen), gevolgd door een zelfhulpgroep (drie ouderen), Slachtofferhulp Algemeen Welzijnswerk (drie ouderen) en het CAW (2 ouderen). Ondanks de opmerkelijk grote aantallen wat betreft suicide-ervaring, maken er weinigen gebruik van de hulpverleningsdiensten en hulplijnen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt tevens dat de intentie tot het zoeken van (professionele) hulp groter is dan de intentie om hulp te zoeken bij de hulplijnen, wat ook uit de literatuur bleek (Robb et al, 2003).

De verhoudingen geven dus eerder een trend aan, in overeenstemming met de literatuur. Volgens de literatuurbevindingen vormt de huidige generatie ouderen een kleine proportie van bellers naar hulplijnen (Burns & Patton, 2000; Gould & Kramer, 2001 in Krysinska, K.E. & De Leo, D. 2007; Lester, 2000). Telecommunicatie, waar de meeste crisisdiensten op gebaseerd zijn, is geen populaire vorm van menselijk contact onder de ouderen (De Leo, & Scocco, 2000; Law, 1997). Toch blijkt uit het onderzoek dat een meerderheid van die 10 ouderen graag belt, voornamelijk de vrouwen. Wel zou een aanzienlijk deel van de bevroegde ouderen iemand met suicidegedachten trachten te adviseren om naar de Zelfmoordlijn te bellen en zelf naar de Zelfmoordlijn bellen voor advies.

Imago van de Zelfmoordlijn: Wat het imago van de Zelfmoordlijn betreft, kunnen we stellen dat er over het algemeen een positief imago van de Zelfmoordlijn op te merken is. Een grote meerderheid (73%) heeft niet het gevoel dat de Zelfmoordlijn niet nuttig en niet zinvol is. Ook is een grote meerderheid het er niet eens dat de Zelfmoordlijn ongeloofwaardig is en een gevoel van wantrouwen geeft, in tegenstelling tot de literatuur. Volgens Mc Intosh (1994) kunnen o.a. ongeloofwaardigheid en een zeker wantrouwen tegenover dergelijke diensten mogelijke redenen zijn voor het ondergebruik van crisisinterventiecentra. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dit niet het geval te zijn. Eveneens een aanzienlijk deel van de ouderen denkt dat de Zelfmoordlijn

belangrijk is. Verder is een groot deel het niet eens dat de Zelfmoordlijn onbetrouwbaar is en geen emotionele steun en verbondenheidsgevoel kan geven. Volgens de meerderheid is de Zelfmoordlijn effectief en doeltreffend en levert de Zelfmoordlijn kwaliteitsvol werk. Eveneens een meerderheid is het niet eens met de stelling dat de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn hen niet zullen begrijpen. Verder is er sprake van een opmerkelijk verband tussen de intentie tot het zoeken van hulp en het imago van de Zelfmoordlijn. Hoe groter de intentie tot het zoeken van hulp, hoe negatiever het imago t.a.v. de Zelfmoordlijn, maar slechts in beperkte mate. Het verband is dan ook niet significant.

Bekendheid van hulpverleningsdiensten: Wat de bekendheid van telefonische hulpverleningsdiensten betreft, heeft dit onderzoek aangetoond dat Tele-Onthaal het meest bekend is bij de bevraagde ouderen (75,3%), met op de tweede plaats de Aidstelefoon (63,2%), op de derde plaats zowel de Druglijn als de Kankerfoon (60,3%), op de vierde plaats de Zelfmoordlijn (57,5%), op de vijfde plaats de Holebifoon (36,8%) en tot slot op de laatste plaats de Veilig Vrijenlijn (33,4%). Wat de Zelfmoordlijn betreft, kent 29,2% deze crisislijn, 28,3% heeft er al van gehoord maar weet niet goed wat deze inhoudt en uiteindelijk 42,5% kent het niet. In vergelijking met Tele-Onthaal (24,8%) is het aantal dat de Zelfmoordlijn niet kent redelijk hoog.

De bekendheid van de *Zelfmoordlijn* staat als volgt in relatie tot leeftijd, opleiding en verblijf: hoe ouder men is, hoe minder opleiding men heeft genoten en hoe minder zelfstandig men woont, hoe kleiner de bekendheid van de Zelfmoordlijn. Wat betreft de werking van de Zelfmoordlijn, wist een grote meerderheid dat de Zelfmoordlijn ook voor ouderen bestemd is, in tegenstelling tot de literatuur. Volgens Mc Intosh (1994) is de overtuiging dat dergelijke diensten niet voor hun bestemd zijn één van de mogelijke redenen voor het ondergebruik ervan. Verder wist een grote meerderheid dat de Zelfmoordlijn altijd bereikbaar en anoniem is. Uit deze resultaten blijkt dat de grote meerderheid goed op de hoogte is van de werking van de Zelfmoordlijn. Nochtans weet een meerderheid niet hoe men de Zelfmoordlijn moet gebruiken en weet slechts een kleine minderheid wat de Zelfmoordlijn inhoudt, wat mogelijke barrières kunnen zijn voor het gebruik van dergelijke diensten (Robb, Haley, Becker, Polivka & Chwa, 2003). Wat betreft dit laatste, is er een verband op te merken tussen de bekendheid van de Zelfmoordlijn en de verblijfsituatie. Van alle verblijfsituaties weten mensen die thuis wonen en hulp krijgen het meest wat de Zelfmoordlijn inhoudt. Tot onze verbazing is er verder geen leeftijdseffect wat betreft dit item op te merken. Verder zou een meerderheid graag over hun problemen willen praten, maar weet men niet goed wat men van de Zelfmoordlijn mag verwachten. Deze onduidelijkheid m.b.t. de Zelfmoordlijn, kan een mogelijke barrière zijn voor het gebruik van een dergelijke dienst (Robb, Haley, Becker, Polivka & Chwa, 2003). Ondanks dat amper 28,2% meer wilt weten over de Zelfmoordlijn, vindt de meerderheid (49,1%) dat er te weinig informatie over de Zelfmoordlijn is, wat eveneens een mogelijke verklaring kan zijn voor het ondergebruik (Mc Intosh, 1994). Wat betreft dit laatste, vinden vrouwen gemiddeld vaker dan mannen dat er te weinig informatie is over de Zelfmoordlijn. Het onderzoek toont verder aan dat de Zelfmoordlijn vooral via tv, radio of internet het bekendst is.

Wat de bekendheid van de *hulporganisaties* betreft, kent een aanzienlijk deel van de ouderen de hulporganisaties niet. Onder de bevraagde ouderen, is het Slachtofferhulp Algemeen Welzijnswerk

het meest bekend. In het algemeen kunnen we stellen dat telefonische hulpverleningsdiensten in vergelijking met de hulporganisaties het meest bekend zijn bij de ouderen.

5 Conclusie

Vooraleer we overgaan tot conclusies, dienen we een aantal belangrijke kanttekeningen te plaatsen. Het betreft hier in grote mate een exploratief onderzoek. Aangezien er op dit moment nog maar weinig onderzoek naar de intentie tot het hulpzoekend gedrag op latere leeftijd is uitgevoerd en gezien de specifieke wijze van steekproefafbakening, is het niet mogelijk de vaststellingen te veralgemenen naar de gehele populatie. Wel kan men een aantal trends vaststellen die bevestigd worden door de literatuur.

Allereerst is er de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen. Uit de onderzoeksresultaten is er een vrij hoge intentie tot het zoeken van hulp vast te stellen. Er is een duidelijke discrepantie tussen intentie (hoog: uit de onderzoeksresultaten) en gedrag (laag: uit de bovenstaande literatuur) vast te stellen.

Ondanks de opmerkelijk grote aantallen wat betreft suïcide-ervaring en de vrij positieve attitude t.a.v. suïcide, maken slechts weinig ouderen gebruik van de beschikbare hulpverleningsdiensten en hulplijnen. Uit onze onderzoeksresultaten blijkt tevens dat de intentie tot het zoeken van (professionele) hulp groter is dan bij de hulplijnen. De verhoudingen geven een trend aan, in overeenstemming met de literatuur. Telecommunicatie, waar de meeste crisisdiensten op gebaseerd zijn, is geen populaire vorm van menselijk contact onder de ouderen. Wel zou een groot deel van de bevroegde ouderen iemand met suïcidegedachten trachten te adviseren om naar de Zelfmoordlijn te bellen en alsook zelf naar de Zelfmoordlijn bellen voor advies voor iemand anders.

Het onderzoek toont verder aan dat er een vrij positief imago van de Zelfmoordlijn vast te stellen is, alsook een positieve attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn. Hierin is het opmerkelijk dat de hoe hoger de intentie tot het zoeken van (professionele) hulp, hoe negatiever de attitude t.a.v. hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn.

Vervolgens kunnen we stellen dat telefonische hulpverleningsdiensten in vergelijking met de hulporganisaties het meest bekend zijn bij de ouderen. Maar als we kijken naar de Zelfmoordlijn in het bijzonder, is een gebrek aan bekendheid en een onduidelijkheid wat betreft de inhoud en werking ervan op te merken bij de ouderen. Ook vindt de meerderheid dat er te weinig informatie over de Zelfmoordlijn is, ondanks het feit dat slechts weinigen meer willen weten over de Zelfmoordlijn. In vergelijking met de Zelfmoordlijn is Tele-Onthaal het bekendst bij de ouderen. Deze bovenstaande gegevens kunnen mogelijke verklaringen zijn voor het laag hulpzoekend gedrag van ouderen naar de Zelfmoordlijn toe.

Ik hoop dat deze scriptie een bijdrage kan betekenen en een eerste overzicht gegeven heeft wat betreft de intentie tot het hulpzoekend gedrag bij ouderen en de attitudes t.a.v. laagdrempelige telefonische hulpverlening, in het bijzonder de Zelfmoordlijn. Toch pretendeer ik zeker niet volledig te zijn in deze weergave. Verder onderzoek is dan ook warm aanbevolen, niet in het minst vanuit het beleid zelf.

Naar de toekomst toe, loont het de moeite dit onderzoek op een grotere schaal uit te voeren, in een andere context, zodat ook ouderen met suïcidegedachten kunnen bevroegd worden.

Ongetwijfeld kunnen er dan nog andere vaststellingen gedaan worden. Een dergelijk breed onderzoek was aangezien het gevoelige thema vrij moeilijk en was tevens in het kader van een masterscriptie helaas niet mogelijk. Ook zou het de moeite lonen een andere methode uit te proberen. Het is immers interessant de oudere op een andere manier te benaderen en gezien de meerderheid van de ouderen liever een interview aflegden, is dit het proberen waard. Verder zou het de moeite lonen dat er onderzoek gebeurt naar de effectiviteit van types van interventie voor bepaalde risicopopulaties, meer bepaald bij ouderen.

Om te zorgen dat het gedrag (gebruik van de Zelfmoordlijn) volgt, zou de Zelfmoordlijn in een volgende campagne aandacht moeten schenken aan het verlagen van drempels die bij ouderen aanwezig zijn als deze naar de Zelfmoordlijn willen bellen. Dit aan de hand van informatieverbreiding via de tv, radio of het internet gezien deze de bekendste kanalen bij ouderen zijn. Eens de oudere meer weet wat deze dienst juist inhoudt, zullen hun gevoelens van weerstand hoogstwaarschijnlijk verminderen.

Tot slot is de rol van een eerste gezondheidszorgdienst betreffende suïcidepreventie van belangrijke waarde aangezien huisartsen de meest geraadpleegde bron voor hulp zijn bij ouderen. Eveneens is het een taak van de omgeving om tot suïcidepreventie bij te dragen. Er is, met andere woorden, nog heel wat werk aan de winkel!

Figuren en tabellen

Figuren

Figuur 1: Evolutie van de zelfmoordcijfers volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000	4
Figuur 2: Het suïcidaal proces	6
Figuur 3: The Theory of Planned Behavior (Ajzen, 2002)	13

Tabellen

Tabel 1: Socio-demografische gegevens	35
Tabel 2: Overzicht percentages vraag 22 i.v.m. suïcide-ervaring	38
Tabel 3: Overzicht percentages vraag 24	38
Tabel 4: Overzicht percentages vraag 25	38
Tabel 5: Overzicht percentages vraag 26	38
Tabel 6: Overzicht percentages vraag 31 i.v.m. beroep op telefonische hulplijnen.....	39
Tabel 7: Overzicht percentages vraag 29 i.v.m. beroep op hulporganisaties	40
Tabel 8: Overzicht percentages vraag 30 i.v.m. bekendheid telefonische hulpverleningsdiensten .	41
Tabel 9: Overzicht percentages vraag 33 i.v.m. bekendheid van de Zelfmoordlijn	42
Tabel 10: Overzicht percentages vraag 28 i.v.m. bekendheid hulporganisaties	43
Tabel 11: Overzicht percentages vraag 32 i.v.m. kanalen bekendheid Zelfmoordlijn.....	43
Tabel 12: Overzicht percentages vraag 34 i.v.m. de bekendheid van de Zelfmoordlijn	44
Tabel 13: Overzicht percentages vraag 36 i.v.m. imago van de Zelfmoordlijn.....	47
Tabel 14: Overzicht percentages vraag 38 i.v.m. intentie hulp zoeken	49
Tabel 15: Attitude	50
Tabel 16: Subjectieve norm	51
Tabel 17: Perceived behaviour (self-efficacy/capability)	51
Tabel 18: Perceived behaviour (controllability)	51
Tabel 19: Generalised intention.....	51
Tabel 20: Overzicht vraag 27 i.v.m. attitude t.a.v. suïcide.....	56
Tabel 21: Psychological openness (psychologische oenheid)	59
Tabel 22: Help-seeking propensity (intentie tot het zoeken van professionele hulp)	59
Tabel 23: Indifference to stigma (onverschilligheid tegenover stigmatisering)	60
Tabel 24: Original	60

Tabel 25: Need for control and self-reliance (nood aan controle en zelfvertrouwen)	61
Tabel 26: Minimizing problem and resignation (problemen minimaliseren en berusting).....	61
Tabel 27: Concrete barriers and distrust of caregivers (concrete barrières en wantrouwen in verzorgers)	62
Tabel 28: Privacy	62
Tabel 29: Emotional control	62
Tabel 30: Overzicht frequenties vraag 19 i.v.m. eenzaamheidsgevoelens.....	65
Tabel 31: Overzicht frequenties vraag 20 i.v.m. negatieve affecten	66
Tabel 32: Overzicht frequenties vraag 16 i.v.m. de hoeveelheid sociale contacten	67
Tabel 33: Overzicht frequenties vraag 17 i.v.m. de ervaring van sociale contacten.....	68
Tabel 34: Overzicht frequenties vraag 18 i.v.m. de mate van het communiceren als men het moeilijk heeft	69
Tabel 35: Disengagementtheorie	70
Tabel 36: Activiteitentheorie	70
Tabel 37: Productive activity	70
Tabel 38: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. persoonlijkheid.....	71
Tabel 39: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. SSOSH.....	72
Tabel 40: Overzicht frequenties deels vraag 39 i.v.m. DDI	73
Tabel 41: Overzicht frequenties deels vraag 37 i.v.m. adviesverlening m.b.t. de Zelfmoordlijn	74

Referentielijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002, herzien op januari 2006). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Geraadpleegd op <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>.
- Ajzen, I. (2008), *Professor of Psychology University of Massachusetts*. Geraadpleegd op 25 Februari, 2008, op <http://www.people.umass.edu/ajzen/>
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R. (2002). *Social Psychology* (4de ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M.. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Van dijkum, C.J. (2003). *Basisboek statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P. J., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2006). *Ouderen. Gezondheidsenquête 2004*. Geraadpleegd op 1 Maart, 2008, op http://www.statbel.fgov.be/studies/thesis_nl.asp?q=17
- Bouckaert, F. (2002). Preventie van depressie bij bewoners en aspirant-bewoners van rust- en verzorgingstehuizen. In *Depressie en zelfmoord: 10 preventiestrategieën* (pp. 36-39). Brussel: Documentatiemap gezondheidsconferentie.
- Brancherapporten VWS (2005, 18 Mei). *Den Haag: VWS*. Geraadpleegd op 19 september, 2007, op <http://www.brancherapporten.minvws.nl>
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 102-108.
- Cattell, H., & Jolley, D.J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 166, 451-457.
- Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry*, 17 (2), 82-91.
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) (2004, 23 December). *Persmededeling CPZ vzw: Ouderen bellen Zelfmoordlijn*. Geraadpleegd op 15 September, 2007, op http://www.zelfmoordpreventie.be/docs/pm_12_04.pdf

Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) (2008). *Algemeen*. Geraadpleegd op 15 September, 2007, op <http://www.zelfmoordpreventie.be/zelfmoord/algemeen.php>

Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) (2008). *FAQ*. Geraadpleegd op 15 September, 2007, op <http://www.zelfmoordpreventie.be/algemeen/faq.php>

Cheng, S., Lam, T., & Hsu, C. (2005). Testing the sufficiency of the theory of planned behavior: a case of customer dissatisfaction responses in restaurants. *International Journal of Hospitality Management*, 24 (4), 475-492.

Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

De Bruyn, P. (2005). *Lang zullen we leven! 25 jaar Centrum ter Preventie van Zelfmoord* vzw. Brussel: Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

De Donder, L. (2007-2008). *Cursus Thesisseminarie Vrijetijdsagogiek: SPSS-lessen*. Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9 (3), 289-299.

De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999* (pp.26). Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.

De Leo, D., & Meneghel, G. (2001). *The elderly and suicide*. London, UK: Martin Dunitz.

De Leo, D., & Scocco, P. (2000). Treatment and prevention of suicidal behaviour in the elderly. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 556-570). Chichester: Wiley & Sons.

De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., & Schmidtke, A. (2004). *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., Carollo, G., & Dello Buono, M. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152, 632-634.

De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.

De Witte, N., & Verté, D. (2006). Ouderen en hun participatie aan het maatschappelijk leven.

Demyttenaere, B. (2000). *De last van het leven. Zelfmoord in België en Nederland*. Antwerpen: Icarus.

Dimmick, J.W., Sikand, J., & Patterson, S.J. (1994). The gratifications of the Household Telephone. *Communication Research*, 21 (5), 643-663.

Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: a factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (2):257-262.

- Eco, U. (2002). *Hoe schrijf ik een scriptie?* Amsterdam: Bert Bakker.
- Eenheid voor zelfmoordonderzoek (2008). *Voorstelling*. Geraadpleegd op 14 Maart, 2008, op <http://users.ugent.be/~cvheerin/Voorstelling.html>
- Elchardus, M., & De Groof, S. (2005). Zolang ge maar gezond zijt en uwe man nog hebt. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36 (2), 47-59.
- Forceville, G. (2008). Directrice, Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ), Brussel.
- Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., et al.. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual for health services researchers*. Upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle.
- Fret, B. (2006-2007). *Beeldvorming over ouderen door ouderen. Hoe kijken ouderen naar zichzelf?* Licentiaatverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Ginsberg, J. (1996-1997). *De rol van de hulpverlening gezien vanuit het perspectief van patiënten die een zelfmoordpoging ondernomen hebben en van patiënten die zelfmoordgedachten hebben*. Licentiaatverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Haas, L.J., Kobos, J.C., & Benedict, J.G. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and practice*, 27 (2), 154-160.
- Harwood, D., & Jacoby, R. (2000). *Suicidal behaviour among the elderly*, In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 275-292). Chichester: Wiley & Sons.
- Harwood, D.M., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2000). Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (8), 736-743.
- Hill, D.J., & Bale, R.M. (1980). Development of the mental health locus of control and mental health locus of origins scales. *Journal of Personality Assessment*, 44 (2), 148-156.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B.L. (2004). The General Public's Views on Suicide and Suicide Prevention, and their Perception of Participating in an Study on Attitudes towards Suicide. *Archives of Suicide Research*, 8 (4), 345-359.
- Jaarverslag Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) (2007). *Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw - De Zelfmoordlijn - Voor de babbel van je leven. Jaarverslag 2007*. Geraadpleegd op 6 Maart, 2008, op <http://www.zelfmoordpreventie.be/docs/jaarverslag2007.pdf>
- Jaarverslag Tele-Onthaal (2006). *Jaarverslag 2006. Federatie van Tele-Onthaaldiensten in Vlaanderen vzw*. Geraadpleegd op 16 September, 2007, op <http://www.tele-onthaal.be/userfiles/Jaarverslag%20fto%202006.pdf>
- Jones, B.N. (2002). Suicide among the elderly: the promise of telecommunications. *British Journal of Psychiatry*, 181, 191-192.

- Kahn, J.H., & Hessling, R.M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical psychology, 20*, 41-65.
- Kastenbaum, R. (1991). Death, Suicide and the older adult. In A. Leenaars, R.W. Maris., J.L. McIntosh, & J. Richman (Eds.), *Suicide and the Older Adult* (pp. 1-14). New York: The Guilford Press.
- Khalida, I. (2003). Correspondence. *British Journal of psychiatry, 182*, 266-268.
- Krysinska, K.E., & De Leo, D. (2007). Telecommunications and suicide prevention: hopes and challenges for the new century. *The Journal of Death and Dying, 55* (3), 237-253.
- Law, F.Y.W. (1997). Elderly suicides in Hong Kong: the role of volunteer befrienders. *Crisis, 18*, 55-56.
- Lawrence, V., Banerjee, S., Bhugra, D., Sangha, K., Turner, S., & Murray, J. (2006). Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine, 36* (10), 1375-1383.
- Lester, D. (2000). *Suicide Prevention. Resources for the Millennium*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Lester, D. (2002). *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C Thomas.
- Loebel, J.P. (2005). Practical geriatrics: completed suicide in late life. *Psychiatric Services, 56*, 260-262.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*, 909-916.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health, 10* (6), 574-582.
- Mackenzie, C.S., Knox, V.J., Gekoski, W.L., & Macaulay, H.L. (2004). An adaption and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology, 34* (11), 2410-2435.
- Mansfield, A.K., Addis, M.E., & Courtenay, W. (2005). Measurements of men's help-seeking: Development and evaluation of the barriers to help seeking scale. *Psychology of Men and masculinity, 6* (2), 95-108.
- McIntosh, J.L., Santos, J.F., Hubbard, R.W., Overholser, J.C. (1994). *Elder Suicide: Research, Theory and Treatment*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Miller, W.B. (1973). The telephone in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 27*, 15-26.
- Morrow-Howell, N. (2000). *Productive Engagement of Older Adults: Effects on Well-being*. Washington: Center for Social Development.
- Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Research on Social Work Practice, 8* (1), 28-46.
- Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care

professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 63 (5), 1363-1373.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (2008). Geraadpleegd op 13 Maart, 2008, op http://www.statbel.fgov.be/figures/d23_nl.asp#Levensverwachting

O'Connell, H., Ai-Vyrn Chin, Cunningham, C., & Lawlor, B.A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *Medical expertise at your fingertips (BMJ)*, 329, 895-899.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2003-2004). *Zelfmoord in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 1998-2000*. Geraadpleegd op 11 Maart, 2008, op <http://www.observatbru.be/documents/graphics/suicide-nl.pdf>

Ono, Y., Tanaka, E. Oyama, H, Toyokawa, K., Koizumi, T., Shinohe, K., et al. (2001). Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 605-610.

Op De Beek, L. (1999-2000). *Zelfmoord bij ouderen*. Licentiaatverhandeling, Hogeschool Erasmus, Brussel.

Pearson, J.L., Caine, E.D., Lindsay, J., Conwell, Y., & Clark, D.C. (1999). Studies of suicide in later life. Methodologic considerations and research directions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (3), 203-210.

Pepermans, R. (2006). *Cursus Arbeids- en organisatiepsychologie*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

Peters, F., (1995). *Altijd gehoor: handleiding telefonisch hulpverleners en informatie verstrekken*. Utrecht.

Plass, S., & Mulder, A. (1993). *Suicide bij jongeren*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Renberg, E.S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (1), 52-64.

Reynders, A. (2008). *Stafmedewerker Onderzoek, Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ)*, Brussel.

Robb, C., Haley, W.E., Becker, M.A., Polivka, L.A., & Chwa, H.J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging & Mental Health*, 7, 142-152.

Rosenfield, M. (1997). *Counselling by telephone*. London: Sage.

Sakamoto, S., Tanaka, E., Neichi, K. & Ono, Y. (2004). Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 522-530.

Sarkisan, C.A., Lee-Henderson, M.H., & Mangione, C.M. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old" age believe it is important to seek care? *Journal of General Internal*

Medicine, 18 (12),1001-1005.

Schmidtke, A. (1997). Perspective: suicide in Europe. *Suicide and Life Threatening Behaviour* 27 (1), 127-137.

Scott, V. (1996). Reaching the suicidal: the volunteer's role in preventing suicide. *Crisis*, 17, 102-104.

Segal, D.L., Mincic, M.S., Coolidge, F.L., & O'Riley, A. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies*, 28, 671-678.

Segal, D.L., Mincic, M.S., Coolidge, F.L., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 363-367.

Trimbosinstituut (2007). *Weinig ouderen met psychische problemen zoeken hulp. Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Geraadpleegd op 26 Februari, 2008, op <http://www.trimbos.nl/default19917.html?date=1&back=1>

Tudiver, F., & Talbot, Y. (1999). Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behavior among men. *The Journal of Family Practice*, 48 (1):47-52.

Turvey, C.L., Conwell, Y., Jones, M.P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J.L., et al. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 398-406.

Van de Ven, L. (2007). Psychologie van het ouder worden. In B. Coolsaet, *HOMage* (pp. 31-44). Leuven: Van Halewyck.

Van Heeringen, C., & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Schijndel, P. (1992). Visie op zorg is visie op ouder worden. *InfoBulletin*, 19.

Vanlaere, L. (2004). Zelfdoding bij ouderen: nood aan een zorgethisch perspectief. *Hospitalia*, 48 (2), 21-25.

Verbruggen, P. (2007, 11 September). Persbericht Het Laatste Nieuws: *Meeste zelfdodingen bij 65-plussers*. Geraadpleegd op 20 September, 2007, op <http://www.mediargus.be>

Verkaaik, A.J.B. (1994). *Depressie op latere leeftijd*. Nijkerk: Intro.

Verté, D. (2005-2006). *Cursus Onderzoeksmethoden en –technieken van de agogische wetenschappen*. Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2008). *Depressie en zelfdoding*. Geraadpleegd op 23 Februari, 2008, op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventiezelfdoding.aspx>

Vlaams Parlement (2007). *Commissievergadering, Commissie voor welzijn, volksgezondheid en gezin*. Geraadpleegd op 3 Maart, 2008, op http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/handelingen_commissies/2007-2008/c0m015wel2-09102007.pdf

Vlaamse Gemeenschap (2008). *Zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke gezondheidszorg, Preventiestrategieën*. Geraadpleegd op 25 September, 2007, op

<http://www.zelfmoordpreventievlaanderen.be/>

Vlaamse statistieken, strategisch management en surveyonderzoek (2001, 17 Oktober).

Gezondheidsindicatoren: meer zelfdoding bij ouderen. Geraadpleegd op 5 Maart, 2007, op http://aps.vlaanderen.be/statistiek/nieuws/gezondheid/2001_10_gezondheidsindicatoren.htm

Vogel, D.L., Wade, N.G., & Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated with Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), 325-337.

Weijers, E. (2008). *Carrièretijger. The Big Five*. Geraadpleegd op 1 Maart, 2008, op <http://www.carrièretijger.nl/functioneren/ontwikkelen/persoonlijkheidsmodellen/the-big-five>

Wetenschapswinkel Antwerpen, Brussel (2005). *Handleiding bij het schrijven van een thesis*. Geraadpleegd op 18 Februari, 2008, op http://www.vub.ac.be/wetenschapswinkel/HandleidingWeWi_def.pdf

Willems, L., (2008). Stafmedewerker vrijwilligersbeleid, Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ), Brussel.

World Health Organization (WHO) (2000). *Preventing Suicide: A resource for General Physicians*. Geraadpleegd op 23 Februari, 2008, op http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf

Zhu, S.H., Tedeschi, G.J., Anderson, C.M., & Pierce, J.P. (1996). Telephone counselling for smoking cessation: What's in a call? *Journal of counselling and development*, 75, 93-102.

Zonder naam (z.n.), zonder datum (z.d.). *Anonieme telefonische hulpverlening: Een exploratieve studie naar voor- en nadelen*. Licentiaatverhandeling, Universiteit Gent, Gent.

Bijlagen

Bijlage 1: De vragenlijst

Er wordt vandaag de dag te weinig aandacht besteed aan hoe senioren zich voelen. Hierin willen wij verandering brengen. Daarom hebben we uw steun nodig.

Dit onderzoek is een initiatief van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (CPZ) in samenwerking met de Vrije Universiteit te Brussel (VUB). Het CPZ start samen met de VUB een onderzoek naar het welbevinden en het hulpzoekend gedrag van senioren in verband met zelfdoding.

De resultaten van dit onderzoek zullen de kwaliteit van de dienstverlening van het CPZ ten goede komen. We hopen hiermee een beter inzicht te verwerven in de noden van de senioren. Op basis van de resultaten van dit onderzoek bekijkt het CPZ of de huidige service al dan niet moet worden uitgebreid en/of aangepast. Daarom willen we u graag een aantal vragen voorleggen.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 40 minuten. We vragen u de vragenlijst individueel in te vullen. Het is belangrijk dat iedereen zijn eigen mening geeft. Lees elke vraag aandachtig en antwoord datgene wat het best bij jouw mening past. Er zijn geen juiste of foute antwoorden; we zijn geïnteresseerd in je persoonlijke mening. De antwoorden zullen **vertrouwelijk** worden verwerkt. Niemand kan achteraf zien wie wat heeft ingevuld. Dank u voor uw medewerking.

ID nr:

1. Geboortjaar: 19.....
2. Geslacht? (kruis aan a.u.b.)

1. Man	<input type="checkbox"/>
2. Vrouw	<input type="checkbox"/>

3. Wat is de postcode van uw gemeente?
4. Wat is uw nationaliteit?

5. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond? (kruis aan a.u.b.)

1. Geen afgeronde opleiding		6. Hoger beroepsonderwijs	
2. Lager onderwijs		7. Hoger technisch onderwijs	
3. Lager beroepsonderwijs		8. Hogere humaniora	
4. Lager technisch onderwijs		9. Hoger niet-universitair onderwijs	
5. Lagere humaniora		10. Universitair onderwijs	

6. Wat is of was uw hoofdberoep? (kruis aan a.u.b.)

1. Arbeider	
2. Bediende	
3. Zelfstandige	
4. Huisvrouw/man	
5. Indien andere (vul in a.u.b.):	

7. Wat is van toepassing op uw huidige situatie? (kruis aan a.u.b.: er zijn verschillende antwoorden mogelijk)

1. Verricht betaalde arbeid	
2. In opleiding	
3. Huishouden en/of opvoeding	
4. Werkloos	
5. Langdurig ziek of arbeidsongeschikt	
6. Gepensioneerd	

8. Wat is uw huidig maandelijks gezinsinkomen? (kruis aan a.u.b.)

1. Tussen de 500 en 999 euro (20 000 en 39 999 bef.)	
2. Tussen de 1 000 en 1 499 euro (40 000 en 59 999 bef.)	
3. Tussen de 1 500 en 1 999 euro (60 000 en 79 999 bef.)	
4. Tussen de 2 000 en 2 499 euro (80 000 en 99 999 bef.)	
5. Tussen de 2 500 en 3 999 euro (100 000 en 159 999 bef.)	
6. Tussen de 4 000 en 4 999 euro (160 000 en 199 999 bef.)	
7. Meer dan 5 000 euro (200 000 bef.)	

9. Wat is uw huidige burgerlijke staat? (kruis aan a.u.b.)

1. Gehuwd		4. Samenwonend	
2. Nooit gehuwd		5. Weduw(e)naar	
3. Gescheiden		6. Kloosterling(e)	

10. Hoeveel eigen en/of geadopteerde kinderen, in leven, hebt u? (vul in a.u.b.)

..... kinderen

11. Wat is uw huidige verblijfplaats? (kruis aan a.u.b.)

1. Thuiswonend	
2. Service flat	
3. Rust- en verzorgingstehuis (RVT)	
4. Kortverblijf	
5. Inwonend bij familie	
6. Indien andere (vul in a.u.b.):	

12. Als u niet thuiswonend bent of bij familie inwoont, hoeft u deze vraag **NIET** te beantwoorden. Als u wel thuiswonend bent:

Hebt u verzorging thuis? (vb. familieleden, thuisverpleegkundigen, bejaardenhulp, warme maaltijdservice,...) (kruis aan a.u.b.)

1. Ja	<input type="checkbox"/>
2. Nee	<input type="checkbox"/>

13. Bent u actief in het verenigingsleven? (vb. een vrouwenbeweging, een vereniging voor gepensioneerden, een hobbyclub, een groepering in een plaatselijk café,...) (kruis aan a.u.b.)

1. Ja	<input type="checkbox"/>
2. Nee	<input type="checkbox"/>

14. Beschikt u over een telefoon / gsm? (kruis aan a.u.b.)

1. Ja	<input type="checkbox"/>
2. Nee	<input type="checkbox"/>

15. Telefoneert u graag? (kruis aan a.u.b.)

1. Ja	<input type="checkbox"/>
2. Nee	<input type="checkbox"/>

16. Hoe vaak gaat u op bezoek bij / ontvangt u bezoek van / hebt u telefonisch contact met:
(kruis elk item aan a.u.b.)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	nooit	minder dan 1 maal per maand	maandelijks	1 à 2 maal per week	(bijna) dagelijks	niet van toepassing
1. Kinderen / schoonkinderen						
2. Kleinkinderen						
3. Broers /zussen						
4. Ouders						
5. Andere familieleden						
6. Vrienden / kennissen						
7. Buren / mensen uit de wijk						
8. Partner						
9. Huisarts						
10. Verpleegkundige						
11. Poetshulp / bejaardenhulp						
12. Indien andere (vul in a.u.b.):						

17. Hoe ervaart u het contact met: (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = Uiterst negatief

4 = Eerder positief

2 = Eerder negatief

5 = Uiterst positief

3 = Noch negatief / noch positief

6 = Niet van toepassing

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Kinderen / schoonkinderen						
2. Kleinkinderen						
3. Broers / zussen						
4. Ouders						
5. Andere familieleden						
6. Vrienden / kennissen						
7. Buren / mensen uit de wijk						
8. Partner						
9. Huisarts						
10. Verpleegkundige						
11. Poetshulp / bejaardenhulp						
12. Indien andere (vul in a.u.b.):.....						

18. Met wie en hoe vaak praat u doorgaans als u het moeilijk hebt? (kruis elk item aan a.u.b.)

	1.	2.	3.	4.
	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Niet van toepassing
1. Kinderen / schoonkinderen				
2. Kleinkinderen				
3. Broers /zussen				
4. Ouders				
5. Andere familieleden				
6. Vrienden / kennissen				
7. Buren / mensen uit de wijk				
8. Partner				
9. Huisarts				
10. Verpleegkundige				
11. Poetshulp / bejaardenhulp				
12. Indien andere (vul in a.u.b.):.....				

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. sociale omgeving.

19. In hoeverre bent u het eens of oneens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.					
2. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van tegenslag kan terugvallen.					
3. Ik ervaar leegte om mij heen.					
4. Ik vind mijn kennissenkring te beperkt.					
5. Er zijn voldoende mensen met wie ik mij verbonden voel.					
6. Ik mis mensen om mij heen.					
7. Ik voel mij vaak in de steek gelaten.					
8. Ik ken genoeg mensen op wie ik kan vertrouwen.					
9. Ik mis gezelligheid om mij heen.					
10. Ik mis een echte goede vriend of vriendin.					
11. Iemand die zijn actieve deelname aan het maatschappelijk leven afbouwt, is gelukkiger dan iemand die zijn actief leven voortzet.					
12. Het verenigingsleven biedt een uitstekende gelegenheid om sociale contacten te onderhouden.					
13. Participeren aan sociale activiteiten geeft me een gevoel van genoeg en volbrenging.					
14. Participeren aan sociale activiteiten geeft mij de mogelijkheid kennis betreffende verschillende topics te verhogen.					

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. het welbevinden.

20. Wanneer u de afgelopen maand in beschouwing neemt, in welke mate bent u het dan eens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal niet

3 = meer dan gewoonlijk

2 = niet meer dan gewoonlijk

4 = opvallend meer dan
gewoonlijk

	1.	2.	3.	4.
1. Ik voel me hulpeloos.				
2. Ik voel me fit.				
3. Ik ben tevreden over mijn leven.				
4. Ik heb het gevoel dat ik mijn zelfvertrouwen verlies.				
5. Ik slaap slecht en lig vaak wakker door kopzorgen.				
6. Ik voel me een echte levensgenieter.				
7. Ik heb het gevoel niets meer waard te zijn.				
8. Ik heb het gevoel dat ik constant onder spanning sta.				
9. Ik voel me ongelukkig of depressief.				
10. Ik voel me ongezond.				

21. Hebt u ooit gedacht dat u er beter niet meer was of hebt u ooit gewenst dat u dood was? (kruis aan a.u.b.)

	Afgelopen jaar
1. Nooit	
2. Zelden	
3. Soms	
4. Vaak	

	Langer dan een jaar geleden
1. Nooit	
2. Zelden	
3. Soms	
4. Vaak	

22. Hebt u ooit ernstig overwogen een poging tot zelfdoding te ondernemen of hebt u ooit zelfdodingplannen gemaakt? (kruis aan a.u.b.)

	Afgelopen jaar
1. Nooit	
2. Zelden	
3. Soms	
4. Vaak	

	Langer dan een jaar geleden
1. Nooit	
2. Zelden	
3. Soms	
4. Vaak	

23. Hebt u ooit een poging tot zelfdoding ondernomen? (kruis aan a.u.b.)

1. Nee, nog nooit.	
2. Ja, langer dan één jaar geleden.	
3. Ja, minder dan een jaar geleden.	

24. Kent u iemand in uw nabije omgeving waar je een hechte band mee hebt/had (vb. familie, vrienden,...) die zelfdodinggedachten heeft? (kruis aan a.u.b.)

1. Nee, niemand.	
2. Ja, langer dan één jaar geleden.	
3. Ja, minder dan een jaar geleden.	

25. Kent u iemand in uw nabije omgeving waar je een hechte band mee hebt/had (vb. familie, vrienden,...) die ooit een zelfdodingpoging heeft ondernomen? (kruis aan a.u.b.)

1. Nee, niemand.	
2. Ja, langer dan één jaar geleden.	
3. Ja, minder dan een jaar geleden.	

26. Hebt u ooit een naaste waar u een hechte band mee had (vb. familie, vrienden, ...) verloren door zelfdoding? (kruis aan a.u.b.)

1. Nee, niemand.	
2. Ja, langer dan één jaar geleden.	
3. Ja, minder dan een jaar geleden.	

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. de houding tegenover zelfdoding.

27. In hoeverre bent u het eens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Zelfdoding is begrijpbaar.					
2. Iemand die er aan denkt om zelfdoding te plegen, zal meestal op voorhand op een duidelijke manier te kennen geven dat hij/zij aan zelfdoding denkt.					
3. Zelfdoding betekent dat je wegloopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.					
4. Bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie.					
5. Er kunnen situaties zijn waarbij zelfdoding de enige redelijke oplossing is.					
6. Iedereen kan zelfdoding plegen.					
7. Eens iemand heeft beslist om zelfdoding te plegen, kan niemand hem/haar nog tegenhouden.					
8. Iemand die zelfdodinggedachten heeft, zal die altijd blijven hebben.					
9. Mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden.					
10. Praten over zelfdoding is taboe.					
11. Het is je plicht als mens om iemand die zelfdoding wil plegen tegen te houden.					

12. Over zelfdoding praat je beter niet, want je kan iemand op verkeerde gedachten brengen.					
13. Een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.					
14. Zelfdoding kan voorkomen worden.					
15. Mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.					
16. Zelfdoding is een ziekte.					
1 = helemaal mee oneens 2 = mee oneens 3 = noch mee oneens/noch mee eens 4 = mee eens 5 = helemaal mee eens	1.	2.	3.	4.	5.
17. Ik zou me beschaamd voelen als een lid van mijn familie zelfdoding pleegde.					
18. Zelfdoding is het gevolg van een tekort aan religieuze overtuiging.					

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. de bekendheid van hulporganisaties en telefonische hulpverlening.

28. Kent u de volgende hulporganisaties? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = Ja

2 = Nee

3 = Ik heb er al van gehoord maar ik weet niet goed wat zij doen

	1.	2.	3.
1. Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg (CGG)			
2. Een zelfhulpgroep			
3. Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding (Vb. Werkgroep Verder)			
4. Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)			
5. Centrum voor Levens- en Gezinsvragen			
6. Het Luisterhuis 'De Open Deur'			
7. Slachtofferhulp, Algemeen Welzijnswerk (steunpunt)			

29. Hebt u al eens beroep gedaan op deze hulporganisaties? (kruis elk item aan a.u.b.)

	1.	2.
	Ja	Nee
1. Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg (CGG)		
2. Een zelfhulpgroep		
3. Zelfhulpgroepen voor nabestaanden van zelfdoding (Vb. Werkgroep Verder)		
4. Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)		
5. Centrum voor Levens- en Gezinsvragen		
6. Het Luisterhuis 'De Open Deur'		
7. Slachtofferhulp, Algemeen Welzijnswerk (steunpunt)		

30. Kent u de volgende telefonische hulpverleningsdiensten? (kruis elk item aan a.u.b.)

31. Hebt u al eens beroep gedaan op deze telefonische hulpverleningsdiensten? (kruis elk item aan a.u.b)

	1.	2.	3.	4.
	Ja	1 keer	Meerdere keren	Nee
1. Tele-Onthaal				
2. Aidstelefoon				
3. Holebifoon				
4. De Druglijn				
5. De Kankerfoon				
6. Veilig Vrijenlijn				
7. Zelfmoordlijn				

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. de bekendheid van de Zelfmoordlijn.

32. Als u de Zelfmoordlijn niet kent, hoeft u deze vraag **NIET** te beantwoorden. Als u de Zelfmoordlijn wel kent:

Ik ken de Zelfmoordlijn via: (kruis aan a.u.b.: er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

1. Familie	
2. Kennissen / vrienden	
3. Hulpverleners (dokter, psychiater,...)	
4. Folders / affiches	
5. Krant / dagbladen	
6. Tv / radio / internet	

33. Hieronder volgen een aantal uitspraken. Wat denkt u: zijn de volgende uitspraken juist of fout? Deze vraag is ook van toepassing als u de Zelfmoordlijn niet kent of u er nog niet naar gebeld heeft (kruis elk item aan a.u.b.)

	1.	2.
	Juist	fout
1. De Zelfmoordlijn is een betalende telefoonlijn.		
2. De Zelfmoordlijn is anoniem.		
3. De Zelfmoordlijn is enkel bereikbaar tijdens de kantooruren.		
4. De Zelfmoordlijn heeft een doorverwijsfunctie (naar de huisarts of gespecialiseerde hulp).		
5. De Zelfmoordlijn is niet voor ouderen bestemd.		
6. Het is mogelijk om naar de Zelfmoordlijn te bellen voor iemand anders.		
7. De Zelfmoordlijn werkt enkel met vrijwilligers.		

34. In hoeverre bent u het eens of oneens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ik heb nog nooit van de Zelfmoordlijn gehoord.					
2. Ik heb er al eens aan gedacht de Zelfmoordlijn te bellen.					
3. Ik heb over de Zelfmoordlijn al gehoord, maar ik heb het niet nodig.					
4. Ik weet wat de Zelfmoordlijn inhoudt.					
5. Er is te weinig informatie over de Zelfmoordlijn.					
6. Ik zou niet weten hoe ik de Zelfmoordlijn moet gebruiken.					
7. Al zou ik graag over mijn problemen willen praten, ik weet niet goed wat ik me van de Zelfmoordlijn mag verwachten.					
8. Ik wil meer weten over de Zelfmoordlijn.					

35. Als u nog niet heeft gebeld naar de Zelfmoordlijn, hoeft u deze vraag **NIET** te beantwoorden. Als u wel al naar de Zelfmoordlijn heeft gebeld:

In hoeverre bent u het eens of oneens met volgende uitspraken: (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ik ben tevreden over de Zelfmoordlijn.					
2. Ik had een negatieve ervaring met de Zelfmoordlijn.					
3. Ik heb herhaaldelijk gebruik gemaakt van de Zelfmoordlijn.					
4. De vrijwilligers van de Zelfmoordlijn begrepen me niet.					
5. De Zelfmoordlijn was lastig om te gebruiken.					
6. De Zelfmoordlijn gaf een gevoel van verbondenheid en emotionele steun.					
7. De Zelfmoordlijn heeft me geholpen.					

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. het imago van de Zelfmoordlijn. Wij zijn geïnteresseerd in wat u over de Zelfmoordlijn denkt, ook als u de Zelfmoordlijn niet (goed) kent.

36. In hoeverre bent u het eens of oneens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. De Zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar.					
2. De Zelfmoordlijn is volgens mij effectief of doeltreffend.					
3. De Zelfmoordlijn is volgens mij niet professioneel genoeg.					
4. De Zelfmoordlijn levert volgens mij kwaliteitsvol werk.					
5. Ik heb het gevoel dat de Zelfmoordlijn niet nuttig is.					
6. De Zelfmoordlijn geeft mij een gevoel van wantrouwen.					
7. Volgens mij is de Zelfmoordlijn ongeloofwaardig.					
8. Ik denk dat de Zelfmoordlijn geen emotionele steun en een verbondenheidsgevoel kan geven.					
9. Ik denk dat de Zelfmoordlijn van belangrijke waarde is.					
10. De Zelfmoordlijn is volgens mij niet zinvol.					
11. De Zelfmoordlijn is volgens mij te afstandelijk.					
12. De naam 'Zelfmoordlijn' geeft me een huiveringwekkend gevoel					
13. De vrijwilligers van de Zelfmoordlijn zullen me niet begrijpen.					

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. het hulpzoekend gedrag.

37. Als u zelfdodingedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn", in hoeverre bent u het dan eens met de volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ik zou druk ervaren vanuit mijn omgeving om naar de Zelfmoordlijn te bellen.					
2. Er zal van mij worden verwacht dat ik naar de Zelfmoordlijn bel.					
3. Ik zou met veel overtuiging bellen naar de Zelfmoordlijn als ik wil.					
4. Ik zou geheel zelf bepalen of ik naar de Zelfmoordlijn bel.					
5. Ik zou van plan zijn om de Zelfmoordlijn te bellen.					
6. Ik zou de Zelfmoordlijn willen bellen.					
7. Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen schadelijk zijn.					
8. Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen onaangenaam zijn.					
9. Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen juist zijn om te doen.					
10. Bellen naar de Zelfmoordlijn zou over het algemeen waardeloos zijn.					
11. Bellen naar de Zelfmoordlijn zou moeilijk zijn voor mij.					
12. Moest ik iemand kennen die aan zelfdoding denkt, zou ik hem adviseren om de Zelfmoordlijn te bellen.					
13. Moest ik iemand kennen die aan zelfdoding denkt, dan zou ik bellen naar de Zelfmoordlijn voor advies.					

38. Als u zelfdodingedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als u depressief "zou zijn", in hoeverre bent u het dan eens met de volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ik zou hulp zoeken.					
2. Ik zou er met anderen over praten.					
3. Ik zou bellen naar een hulplijn (Zelfmoordlijn, Tele-Onthaal,...).					
4. Ik zou het voor mezelf houden.					
5. Ik zou er willen over praten. Maar ik zou schrik hebben dat de mensen me zullen veroordelen.					
6. Ik zou wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon.					
7. Ik zou pas hulp zoeken bij de Zelfmoordlijn als alle andere opties uitgesloten zijn.					
8. Ik zou naar mijn huisarts gaan.					
9. Ik zou professionele hulp willen krijgen.					
10. Ik zou overtuigd zijn dat ik steun zou kunnen vinden bij professionele hulp.					
11. Ik zou liever advies krijgen van een goede vriend dan een mentale gezondheidsprofessioneel (psychiater, psycholoog, therapeut,...).					
12. Ik zou me ongemakkelijk voelen om naar een mentale gezondheidsprofessioneel te gaan, omdat ik me zorgen maak wat sommigen mensen zullen denken.					
13. Ik zou niet weten welke soort hulp beschikbaar is.					
14. Financiële moeilijkheden zouden een obstakel vormen om hulp te zoeken.					
15. Ik zou wachten met hulp te zoeken tot ik zeker ben dat het probleem serieus is.					
16. Ik zou het probleem niet de moeite waard vinden om hulp voor te zoeken.					

Hieronder volgen een aantal uitspraken i.v.m. uw persoonlijkheid.

39. In hoeverre bent u het eens of oneens met volgende uitspraken? (kruis elk item aan a.u.b.)

1 = helemaal mee oneens

4 = mee eens

2 = mee oneens

5 = helemaal mee eens

3 = noch mee oneens/noch mee eens

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ik weet wat ik wil.					
2. Als ik van plan ben iets te doen, dan doe ik dat ook.					
3. Ik ben nieuwsgierig naar de dingen om me heen.					
4. Ik pas me gemakkelijk aan aan veranderingen.					
5. Het zou mijn eigen schuld zijn als ik psychologische problemen zou hebben.					
6. Een goede mentale gezondheid is grotendeels een kwestie van geluk.					
7. Depressie is een teken van zwakheid.					
8. Ik ben zelf in staat om problemen op te lossen zonder hulp van anderen.					
9. Ik heb het gevoel dat ik de problemen niet aan kan.					
10. Een depressieve persoon wordt vermoedelijk enkel beter met professionele hulp.					
11. Men zou zijn eigen problemen moeten oplossen; professionele hulp vragen zou een laatste redmiddel moeten zijn.					
12. Persoonlijke en emotionele moeilijkheden zullen vanzelf wel opgelost geraken.					

13. Er zijn sommige problemen die niet zouden besproken mogen worden buiten de familie.					
14. Het is moeilijk om persoonlijke problemen te vertellen aan hoog opgeleide mensen, zoals dokters, leraren en geestelijken.					
15. Ik heb niet graag dat anderen me vertellen wat ik moet doen.					
16. Om hulp vragen is een teken van zwakte.					
17. Ik beslis liever zelf en wordt niet graag beïnvloed door anderen.					
18. Ik wil niet zwakker lijken dan mijn leeftijdsgenoten.					
1 = helemaal mee oneens 2 = mee oneens 3 = noch mee oneens/noch mee eens 4 = mee eens 5 = helemaal mee eens	1.	2.	3.	4.	5.
19. Ik heb geen vertrouwen in dokters en andere gezondheidsprofessionelen.					
20. Privacy is belangrijk voor mij en ik wil niet dat anderen weten dat ik problemen heb.					
21. Ik praat niet graag over gevoelens.					
22. Ik toon anderen liever niet wat ik voel.					
23. Ik zie mezelf niet in staat om naar een gezondheidsprofessioneel te gaan.					
24. Als ik een probleem heb, zoek ik nauwelijks mensen op om erover te praten.					

25. Ik zou me minderwaardig voelen om een gezondheidsprofessioneel te raadplegen.					
26. Als ik niet mijn eigen problemen zou kunnen oplossen, zou ik me slecht voelen.					
27. Ik verkies niet te praten over mijn problemen.					
28. Meestal discussieer ik niet over zaken die me van streek brengen.					
29. Als ik me depressief voel of slecht voel, heb ik de neiging deze gevoelens voor mezelf te houden.					
30. Ik probeer mensen te vinden om over mijn problemen te praten.					
31. Als ik humeurig ben, praat ik erover met mijn vrienden.					

Bijlage 2: Verkenningsgesprekken seniorenbewegingen

Om een idee te krijgen van hun werking en interesse in het onderzoek, ben ik op gesprek geweest bij de verschillende seniorenbewegingen. Afspraken werden gemaakt en info werd uitgewisseld tussen beide partijen.

1) Verslag 25/01/2008: Verkenningsgesprek LBV vzw

Contactpersonen: Guido Verbrugge (directeur) en Kathy Vermeulen (educatief medewerker)

Besproken thema's:

- Aantal leden: 75.000 tot 80.000 leden
- Leeftijdsverhouding: 50-65: 23% ; 65-75: 43% en 75+: 33%
- Geslachtsverdeling: 30% mannen en 70% vrouwen
- LBV heeft 300 lokale afdelingen over Vlaanderen
- Mogelijkheid om de enquêtes uit te delen op activiteiten: ja, ze zijn bereid mee te werken.
- Locatie activiteiten: Vlaams Brabant en Brussel Hoofdstad
- Datum activiteiten: liefst vanaf midden februari tot eind februari
- Al infosessies/folders omtrent zelfmoord en hulplijnen: nee
- Beiden hebben geen ervaringen gehad in hun omgeving omtrent dit thema
- Er werd gevraagd de ouderen niet op voorhand in te lichten over de thema's die aan bod zullen komen aangezien dat de betrouwbaarheid van de enquête kan beïnvloeden (bekendheid Zelfmoordlijn).

Bedoeling: Tijdens een activiteit de enquêtes uitdelen en laten invullen door de aanwezige senioren. Door het uitdelen van enquêtes in groep kon ik de ingevulde enquêtes dezelfde dag nog mee naar huis nemen en de nodige uitleg geven aan de senioren indien ze iets niet begrepen (= groepsgewijs afnemen van enquêtes).

Afspraak: Tegen 7 februari meer uitleg doorsturen i.v.m. de enquête. Op 7 februari is er een stafvergadering waar Guido en Kathy mijn onderzoek gaan voorleggen en aan collega's vragen voor medewerking. An Vanderauwera heeft me dan verder geholpen met het vinden van senioren. Uiteindelijk ben ik op 17 maart op een activiteit te Asse langs geweest. Aangezien er niet veel tijd beschikbaar was om de enquête ter plaatse in te vullen, heb ik aan de aanwezige senioren gevraagd de enquête thuis in te vullen in plaats van op de activiteit zelf en af te geven aan An of op te sturen naar mijn adres. Enveloppen werden meegegeven om de anonimiteit te waarborgen. An was bereid op de komende activiteiten zelf de enquêtes uit te delen, mits de nodige uitleg van mij i.v.m. de introductie van de enquête. Dit om de responsgraad te verhogen. Gedurende die periode heb ik meermaals contact gehouden met haar via mail om zo het proces bij te houden. Op 16 april ben ik uiteindelijk de enquêtes gaan ophalen bij haar thuis.

2) Verslag 1/2/2008: Verkenninggesprek Seniorencentrum Brussel

Contactpersoon: Gerda Vanmarcke (onthaal en informatie)

Besproken thema's:

- Aantal leden: De senioren schrijven zich in / abonneren zich aan het magazine. Ze hebben een 'vals' beeld van ingeschrevenen: 16000
- Leeftijdsverhouding: 55-85 jaar
- Veel 65-plussers: ja
- Geslachtsverdeling: 90% vrouwen en 10% mannen
- Al infosessies/folders omtrent dit thema: infosessies niet, wel folders van tele-onthaal + uitleg in magazine over online hulpverlening (Tele-Onthaal) + een activiteit (gespreksnamiddag met iemand van Trefpunt Zelfhulp: verlieservaringen bespreken).
- Bereidheid ouderen: geen probleem volgens Gerda
- Mogelijk de enquêtes uit te delen op activiteiten: Ja
- Afsproken dat ze de senioren op voorhand niet inlichten over de thema's
- Activiteiten te Brussel: een boekje met de komende activiteiten werd meegegeven.
- Datum activiteiten: liefst vanaf midden februari tot eind februari. Uit het activiteitenboekje kan ik kiezen op welke activiteiten ik kan langs komen.

Bedoeling: Tijdens een activiteit de enquêtes uitdelen en laten invullen door de aanwezige senioren. Aangezien er niet zoveel activiteiten plaats vinden in het centrum zelf en de activiteiten nogal gespreid liggen, willen ze zelf ook meehelpen om senioren, die zich komen inschrijven, aan te spreken om de enquête in te vullen. De senioren gaan het dan thuis invullen of op het centrum zelf om het nadien af te geven aan het onthaal, waarna ik deze ophaal. Zelf heb ik op 13 maart enquêtes uitgedeeld op een activiteit in het centrum. Ook hier heb ik via mail verder contact gehouden. Op 13 mei heb ik al de enquêtes opgehaald in het centrum.

Afspraak: Er werd afgesproken dat van zodra de enquête en de introductiebrief klaar zijn, ik deze opstuur naar haar. Ook hier werd de nodige uitleg gegeven i.v.m. de introductie van de enquête. Dit werd op dezelfde manier gedaan als bij LBV zodat iedereen op dezelfde manier benaderd wordt.

3) Verslag 6/2/2008: Verkenninggesprek S-Plus

Contactpersoon: Rohnny Buyens

Besproken thema's:

- Uitleg organisatie: De organisatie bestaat uit vzw Seniorenacademie (waar Rohnny zit) die zich bezig houdt met inschrijvingen e.d. en uit S-Plus die verantwoordelijk is voor ondersteuning en begeleiding van seniorenclubs.
- Aantal leden: Brussel-Halle-Vilvoorde bestaat uit ongeveer 6000 leden (aangesloten leden van seniorenclubs).
- Leeftijdsverhouding: er zijn veel 65-plussers en ook wel 85-plussers (minder in aantal)
- Geslachtsverhouding: veel vrouwen.
- Bereidheid ouderen: ja

- Mogelijk om de enquêtes uit te delen op een activiteit: ja
- Locatie activiteiten: Vlaams-Brabant-Brussel
- Al infosessies/folder omtrent dit thema: nee
- Afsgesproken dat ze de senioren op voorhand niet inlichten over de thema's

Bedoeling: Tijdens een activiteit de enquêtes uitdelen en laten invullen door de aanwezige senioren.

Afspraak: Eerst werd afgesproken een activiteit bij te wonen op 27/2 (een sociale maaltijd) onder begeleiding van Rohnny. Maar aangezien dit niet is kunnen doorgaan wegens een verplichte les, heeft Rohnny contact opgenomen met Gilbert, verantwoordelijke van een club te Molenbeek, de Herman Teirlinckbond. Zij heeft me verder geholpen met het vinden van bereidwillige senioren in de club Herman Teirlinckbond. Het contact met haar verliep voornamelijk via de telefoon. De enquêtes heb ik vervolgens bij haar thuis opgehaald. Om het gemakkelijker te maken, werden er ook enquêtes door haar opgestuurd naar mijn adres. Ook hier werd rekening gehouden met de nodige instructies/protocol.

4) Verslag 14/02/2008: Verkenningsgesprek OKRA

Contactpersoon: Lieve Demeester

Besproken thema's:

- Uitleg organisatie: OKRA is de grootste ouderenorganisatie (18 regiosecretariaten: vanuit Brussel activiteiten aan 18 gemeenten). Gericht op 2 peilers: belangenbehartiging en een uitgebreid sociaal cultureel aanbod.
- Aantal leden: 218.000
- Leeftijdscategorieën: ongeveer ¼ 85-plussers
- Bereidheid: ja
- Geslachtsverdeling: 60% vrouwen
- Al infosessies / folders: nee, dit thema is nog niet in hun aanbod geweest en er is nog niet over gecommuniceerd. Wel: logo Zelfmoordlijn, 'vrijwilligers gezocht' in hun brochure).
- Locatie activiteiten: Vlaams-Brabant-Brussel
- Datum activiteiten: liefst vanaf midden februari tot eind februari.
- Afsgesproken dat ze de senioren op voorhand niet inlichten over de thema's

Bedoeling: Tijdens een activiteit de **testen**quêtes uitdelen en laten invullen door de aanwezige senioren.

Afspraak: Er werd afgesproken de methodologie van de enquête naar haar op te sturen. Lieve gaat verder een collega contacteren, namelijk Ingrid Van Kerkhove. Zij heeft mij via mail verdere info gegeven betreffende mogelijke data. Zij heeft vervolgens de verantwoordelijke van een activiteit ingelicht van mijn onderzoek. Uiteindelijk ben ik op 7 maart, wat ook mijn eerste activiteit was, ter plaatse op een vergadering in Ternat langs geweest. Daar heb ik de senioren toegelicht over mijn onderzoek. Gezien tijdsgebrek, hebben de bereidwillige senioren de enquêtes mee naar huis genomen. Dit was niet zo leuk aangezien het testenquêtes waren en dus zo vlug mogelijk hun commentaar over de enquête wou hebben. Ik heb hun dan ook gevraagd de enquêtes zo vlug mogelijk op te sturen naar mij. De testenquêtes werden uiteindelijk ook aan de analyse

onderworpen vermits de weinig negatieve commentaar. Er werd getracht de vragenlijst nog in te korten in overleg met Alexandre van het CPZ, maar gezien het breken van schalen geen goede oplossing is, is er niet zo veel ingekort geweest.

Bijlage 3: Methodologie van de enquête (vóór het afnemen)

Korte inhoud onderzoek: Zelfmoord op latere leeftijd is een tragedie dat wereldwijd plaats vindt. Het is één van de belangrijkste doodsoorzaken onder de snelst groeiende segment van onze populatie, namelijk ouderen (65-plussers). Uit literatuur blijkt eveneens duidelijk dat ouderen weinig beroep doen op hulpverleningsdiensten, ondanks ze een risicogroep vormen. Preventie bij ouderen is hierdoor een belangrijk element geworden in onze samenleving waarin de Zelfmoordlijn een belangrijke actor speelt. Het doel van dit onderzoek is de intentie van het hulpzoekend gedrag bij ouderen m.b.t. de Zelfmoordlijn na te gaan en er een verklaring voor te bieden. Dit trachten we te doen door de bekendheid en het imago van de Zelfmoordlijn bij ouderen na te gaan, alsook het welbevinden en de attitudes ten aanzien van zelfdoding en hulp zoeken bij ouderen. Voor de Zelfmoordlijn is dit onderzoek zeer nuttig aangezien deze preventief wilt optreden en verandering in de huidige situatie (groot aantal zelfmoorden bij ouderen) wilt teweegbrengen. Als de Zelfmoordlijn meer inzicht heeft in de intentie van het hulpzoekend gedrag van ouderen, dan kan deze op zijn beurt er beter op inspelen en er misschien voor zorgen dat ouderen meer contact gaan opnemen met de Zelfmoordlijn.

Wijze van enquêteren: Groepsgewijs afnemen van enquêtes → De personen die ik wil benaderen zitten al in groep samen (op een activiteit). Dat heeft het voordeel dat ik meer enquêtes terugkrijg dan wanneer ik ze opstuur. Ik krijg ze ook sneller terug en heb de mogelijkheid te controleren door wie en hoe volledig de lijst is ingevuld. Het is de bedoeling dat de vragenlijsten individueel en eerlijk worden beantwoord.

Manier van uitdelen: De enquêtes zal ik uitdelen op één van jullie activiteiten. Ik zal dan aanwezig zijn om uitleg te geven en vragen op te vangen indien nodig.

Locatie: De locatie van de activiteit is Vlaams-Brabant ofwel Brussel.

Onderzoeksmateriaal: Het betreft een gestructureerde enquête met gesloten vragen en geprecodeerde antwoorden (vb. ja/nee) en antwoordschalen (vb. helemaal mee eens t.e.m. helemaal mee oneens). Intieme vragen en vragen die een sociaal wenselijk antwoord uitlokken, worden d.m.v. een dergelijke enquête deels ondervangen aangezien hij of zij niet rechtstreeks zijn of haar antwoord tegen de interviewer hoeft te zeggen. Echter, de sociale wenselijkheid blijft hier een nadeel aangezien het een zeer gevoelig thema is. Bij de enquête zal een korte introductie bijsteken. Om de anonimiteit te waarborgen, wordt de mogelijkheid geboden om de ingevulde enquêtes in een gesloten omslag te steken.

Enquête inhoudelijk: Het is de bedoeling een duidelijke vragenlijst te maken aangezien het over 65-plussers gaat. Wat het aantal vragen betreft, dat weet ik nog niet vermits de enquête nog niet volledig is.

Leeftijdscategorieën: De onderzoekspopulatie is verdeeld in de leeftijdscategorieën 65-74 jaar, 75-84 jaar en 85-plus. Het is de bedoeling dat we 65-plussers gaan bevragen en achteraf de drie leeftijdsgroepen gaan vergelijken.

Aantal enquêtes: In totaal zou ik een 200-tal enquêtes willen hebben, dat is zo'n 50 enquêtes per vereniging (S-plus, Seniorencentrum Brussel, OKRA, LBV). Wat de leeftijdscategorieën betreft, zou ik willen streven naar eenzelfde verhouding. Dus in totaal zou ik zo'n 60 à 70 enquêtes per leeftijdsgroep willen bekomen om vergelijkingen tussen de leeftijdsgroepen mogelijk te maken. Dat komt neer op zo'n 15 à 20 enquêtes per leeftijdsgroep in elke vereniging.

Datum afleggen enquêtes: Ik zou graag willen langskomen op één van jullie activiteiten (georganiseerd in Vlaams-Brabant of Brussel) Periode: waarschijnlijk vanaf midden februari tot eind februari. Van zodra de enquête klaar is, stuur ik deze op om jullie kennis te laten maken met de thema's die aan bod zullen komen.

Instructies: In dit onderzoek ga ik o.a. de bekendheid van de Zelfmoordlijn onderzoeken bij 65-plussers. Daarom is het van belang dat jullie de ouderen niet op voorhand inlichten over de thema's die aan bod zullen komen, aangezien dit de betrouwbaarheid van de enquête kan beïnvloeden.

Bijlage 4: Procesverslag

Een kort verslagje van mijn belevenissen als enquêteur.

Het vinden van bereidwillige respondenten verliep niet echt vlot. Ze haakten grotendeels af. Dit is deels te wijten aan het gevoelige thema, alsook aan de vrij lijvige enquête. Al gaat het invullen van gesloten vragen en stellingen (likert-vragen) redelijk vlot, het volledig doorworstelen van alle vragen neemt toch gauw een 40 minuten in beslag (testenquêtes). Het persoonlijk begeleiden van het invullen van de vragenlijst varieerde van 1 uur tot soms 3 uur, wat wel behoorlijk vermoeiend was. Ze vertellen immers al eens graag een verhaaltje. Gezien het risico op uitweiding van de respondent, heb ik wel geleerd dat ik een limiet op de duur moet zetten, zoals een uur en half.

In oktober had ik reeds contact opgenomen met verschillende seniorenafdelingen. Via verantwoordelijken van de afdelingen kon ik terecht op een aantal activiteiten die werden georganiseerd (Seniorencentrum, LBV en OKRA). Ik heb getracht hen telkens op voorhand goed in te lichten over het opzet van het onderzoek (zie bijlage verkenningsgesprekken). Het was de bedoeling de enquêtes daar uit te delen en ze op het einde van de activiteit ingevuld terug te krijgen. Maar gezien tijdsgebrek, was ik genoodzaakt het op een andere manier te doen. Ik heb de enquêtes dan door de respondenten thuis laten invullen en heb tevens beroep gedaan op rusthuizen en serviceflats alsook de sneeuwbalmethode. Dit om de responsgraad nog te verhogen en een zekere meerwaarde aan mijn onderzoek te geven. Dit vergde wel nog extra tijd waardoor de voorziene deadline niet meer haalbaar was.

Bij de persoonlijke begeleiding heb ik ondervonden dat de ouderen liever een face to face gesprek hadden in plaats van een enquête gezien deze volgens hun te zwart-wit was en niet veel 'vrijheid' in antwoorden gaf.

Bijlage 5: Introductie kruisverenigingen

Beste,

Ik ben studente aan de Vrije Universiteit Brussel (vakgroep Agogiek). In het kader van mijn laatste jaar dien ik een thesis te schrijven. Het onderwerp van mijn thesis gaat over de attitudes t.a.v. laagdrempelige telezorg bij 65-plussers, met in het bijzonder de Zelfmoordlijn. Dit onderzoek gaat namelijk uit van 'het Centrum ter Preventie van Zelfdoding' (CPZ). Nu ben ik op zoek naar 'minder actieve' senioren (65-plussers) voor het invullen van mijn enquête. Hierbij zou ik graag jullie medewerking willen vragen. Het is de bedoeling dat de thuisverpleegkundigen de enquêtes verspreiden onder de ouderen (65-plussers) die zij bezoeken en vragen voor hun bereidwilligheid om de enquête in te vullen. Deze enquêtes worden dan in de enveloppe gestoken om de anonimiteit te waarborgen. Het is best de enquêtes te verspreiden onder ouderen die nog in staat zijn de enquête zelfstandig in te vullen. Het zou goed zijn mochten de senioren de thuisverpleegkundigen kunnen raadplegen als ze vragen hebben i.v.m. de vragenlijst. Eenmaal de enquêtes zijn ingevuld, kom ik deze ophalen bij jullie.

De deelname aan mijn onderzoek zou een grote meerwaarde betekenen! Alvast bedankt voor de medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Veerle De Vylder

Bijlage 6: Leeftijd

Output 1: Frequentietabel volgens leeftijd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	65,00	15	14,2	14,2	14,2
	66,00	3	2,8	2,8	17,0
	67,00	3	2,8	2,8	19,8
	68,00	3	2,8	2,8	22,6
	69,00	2	1,9	1,9	24,5
	70,00	2	1,9	1,9	26,4
	71,00	7	6,6	6,6	33,0
	72,00	4	3,8	3,8	36,8
	73,00	6	5,7	5,7	42,5
	74,00	6	5,7	5,7	48,1
	75,00	1	,9	,9	49,1
	76,00	3	2,8	2,8	51,9
	77,00	6	5,7	5,7	57,5
	78,00	4	3,8	3,8	61,3
	79,00	4	3,8	3,8	65,1
	80,00	2	1,9	1,9	67,0
	81,00	3	2,8	2,8	69,8
	82,00	9	8,5	8,5	78,3
	83,00	3	2,8	2,8	81,1
	84,00	5	4,7	4,7	85,8
	85,00	6	5,7	5,7	91,5
	86,00	4	3,8	3,8	95,3
	87,00	2	1,9	1,9	97,2
	88,00	1	,9	,9	98,1
	91,00	1	,9	,9	99,1
	92,00	1	,9	,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

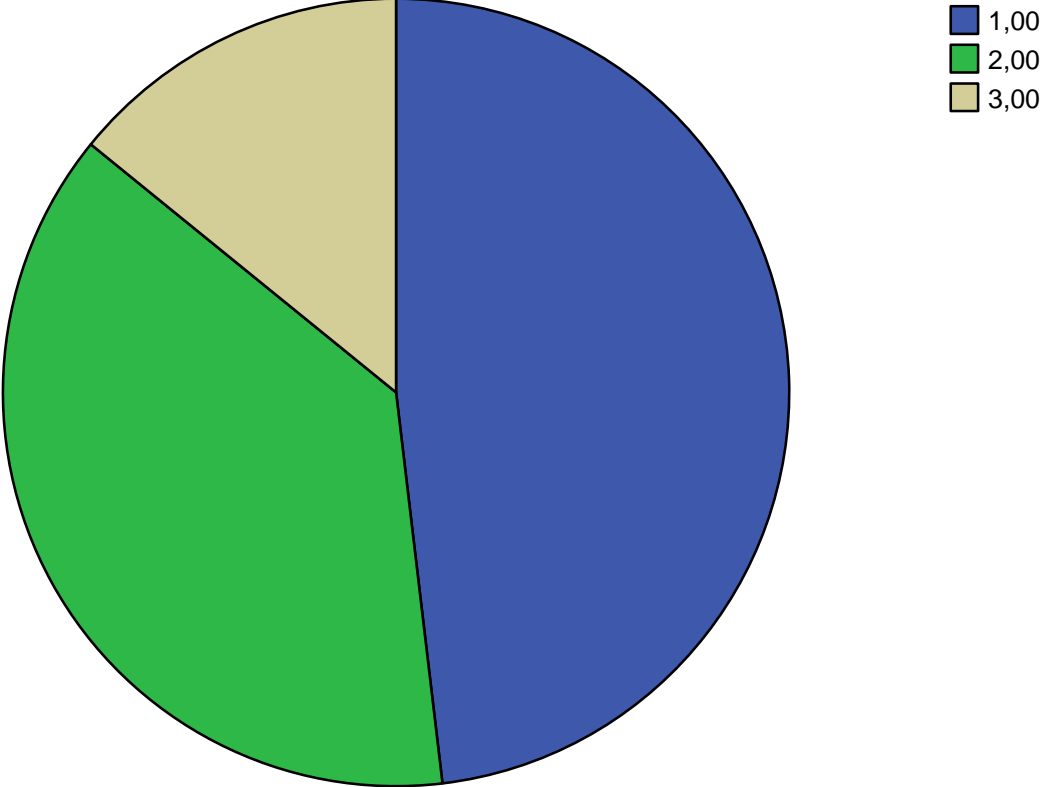
Output 2: Gemiddelde leeftijd

leeftijd

N	Valid	106
	Missing	0
Mean		75,7075
Std. Deviation		7,39236

Output 3: Cirkeldiagram met de leeftijdsklassen (1 = 65-74 jaar; 2 = 75-84 jaar en 3 = 84-plus)

leeftijd in klassen



Bijlage 7: Geslacht

Output 4: Frequentietabel volgens geslacht (v2)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	man	36	34,0	34,0	34,0
	vrouw	70	66,0	66,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

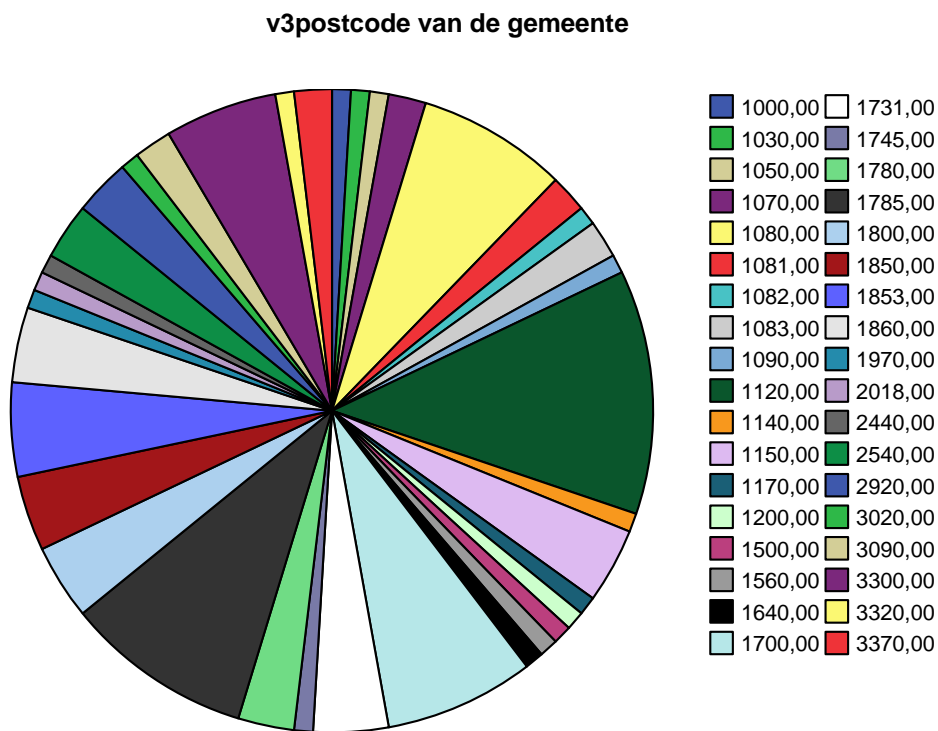
Bijlage 8: Burgerlijke staat

Output 5: Frequentietabel volgens burgerlijke staat (v9)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gehuwd	44	41,5	41,5	41,5
	nooit gehuwd	9	8,5	8,5	50,0
	gescheiden	9	8,5	8,5	58,5
	weduw(e)naar	44	41,5	41,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 9: Woonplaats

Output 6: Cirkeldiagram met de postcodes van de woonplaatsen



Bijlage 10: Nationaliteit

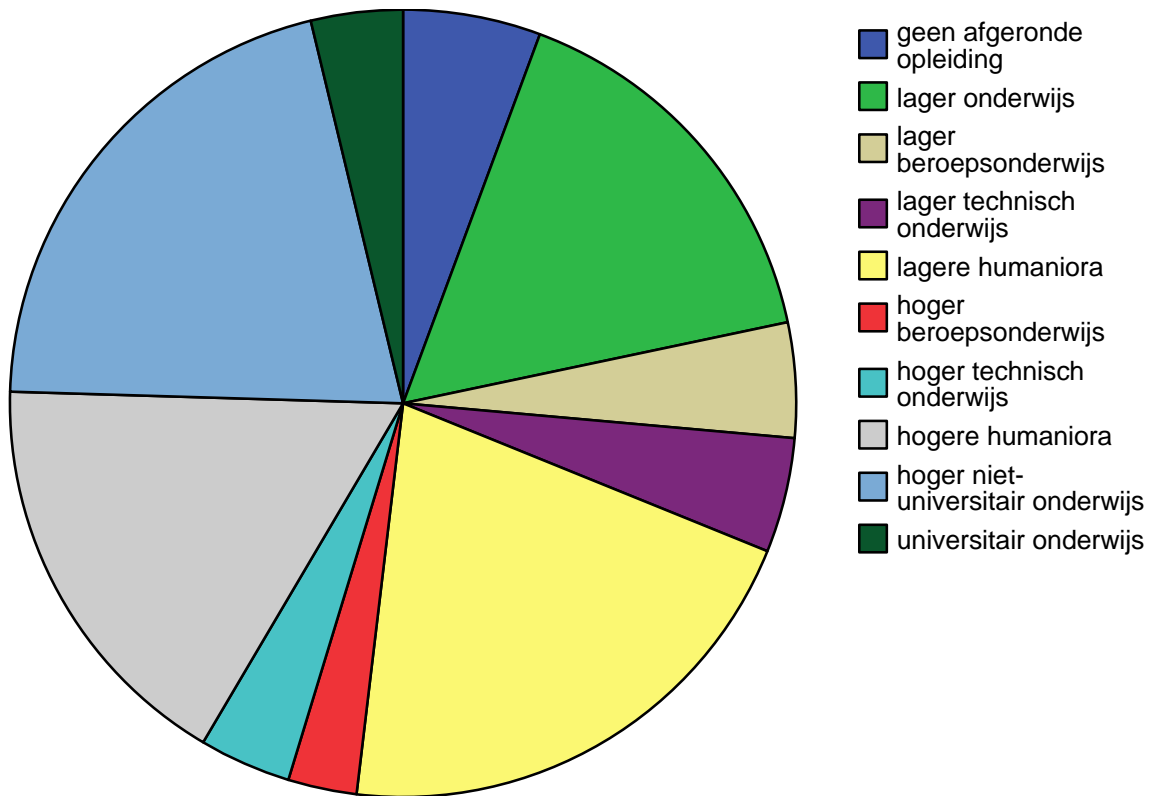
Output 7: Frequentietabel volgens nationaliteit (v4)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid belg	106	100,0	100,0	100,0

Bijlage 11: Opleiding

Output 8: Cirkeldiagram met het opleidingsniveau

v5opleiding:wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?



Output 9: Kruistabel van het opleidingsniveau in klassen per geslacht (v5*v2)

			v2geslacht		Total
			man	vrouw	
opleiding in klassen	lager opgeleid	Count	11	22	33
		Expected Count	11,2	21,8	33,0
		% within opleiding in klassen	33,3%	66,7%	100,0%
		% within v2geslacht	30,6%	31,4%	31,1%
	middelbaar	Count	15	32	47
		Expected Count	16,0	31,0	47,0
		% within opleiding in klassen	31,9%	68,1%	100,0%
		% within v2geslacht	41,7%	45,7%	44,3%
	hoger onderwijs	Count	10	16	26
		Expected Count	8,8	17,2	26,0
		% within opleiding in klassen	38,5%	61,5%	100,0%
		% within v2geslacht	27,8%	22,9%	24,5%
Total	Count	36	70	106	
	Expected Count	36,0	70,0	106,0	
	% within opleiding in klassen	34,0%	66,0%	100,0%	
	% within v2geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	34,0%	66,0%	100,0%

Output 10: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,328(a)	2	,849
Likelihood Ratio	,325	2	,850
Linear-by-Linear Association	,143	1	,705
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,83.

Bijlage 12: Aantal kinderen

Output 11: Frequentietabel volgens aantal kinderen (v10)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	18	17,0	17,0	17,0
1,00	24	22,6	22,6	39,6
2,00	34	32,1	32,1	71,7
3,00	12	11,3	11,3	83,0
4,00	11	10,4	10,4	93,4
5,00	3	2,8	2,8	96,2
6,00	2	1,9	1,9	98,1
8,00	2	1,9	1,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 13: Hoofdberoep

Output 12: Weergave van de verschillende beroepen in frequenties (v6)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid arbeider	13	12,3	12,3	12,3
bediende	62	58,5	58,5	70,8
zelfstandige	12	11,3	11,3	82,1
huisvrouw/man	10	9,4	9,4	91,5
andere	9	8,5	8,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 14: Huidige situatie

Output 13: v7_01mijn huidige situatie is verricht betaalde arbeid

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	6	5,7	5,7	5,7
nee	100	94,3	94,3	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Output 14: v7_03mijn huidige situatie is huishouden en/of opvoeding

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	3	2,8	2,8	2,8
nee	103	97,2	97,2	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Output 15: v7_05mijn huidige situatie is langdurig ziek of arbeidsongeschikt

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	3	2,8	2,8	2,8
nee	103	97,2	97,2	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Output 16: v7_06mijn huidige situatie is gepensioneerd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	99	93,4	93,4	93,4
nee	7	6,6	6,6	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 15: Gezinsinkomen

Output 17: Frequentietabel volgens huidig maandelijks gezinsinkomen (v8)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tussen 500 en 999 euro (20 000 en 39 999 bef)	14	13,2	14,7	14,7
	tussen 1 000 en 1 499 euro (40 000 en 59 999 bef)	41	38,7	43,2	57,9
	tussen 1 500 en 1 999 euro (60 000 en 79 999 bef)	28	26,4	29,5	87,4
	tussen 2 000 en 2 499 euro (80 000 en 99 999 bef)	5	4,7	5,3	92,6
	tussen 2 500 en 3 999 euro (100 000 en 159 999 bef)	5	4,7	5,3	97,9
	meer dan 5 000 euro (200 000 bef)	2	1,9	2,1	100,0
	Total	95	89,6	100,0	
Missing	99,00	11	10,4		
Total		106	100,0		

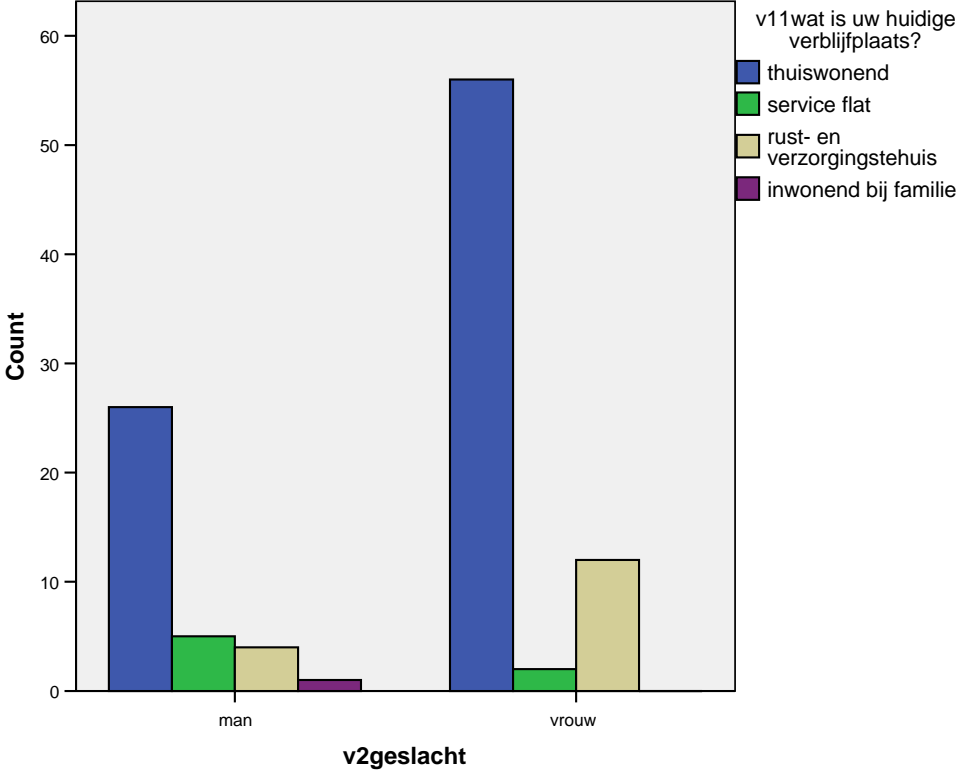
Bijlage 16: Huidige verblijfplaats

Output 18: Frequentietabel volgens huidige verblijfplaats (v11)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid thuiswonend	82	77,4	77,4	77,4
service flat	7	6,6	6,6	84,0
rust- en verzorgingstehuis	16	15,1	15,1	99,1
inwonend bij familie	1	,9	,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 17: Geslacht en verblijf

Output 19: Geclusterd staafdiagram wat betreft geslacht en verblijf



Bijlage 18: Thuisverzorging

Output 20: Frequentietabel volgens thuisverzorging (v12)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	14	13,2	18,9	18,9
	nee	60	56,6	81,1	100,0
	Total	74	69,8	100,0	
Missing	98,00	22	20,8		
	99,00	10	9,4		
	Total	32	30,2		
Total		106	100,0		

Bijlage 19: Kruistabel verenigingsleven en geslacht

Output 21: Kruistabel volgens het verenigingsleven per geslacht (v13*v2)

			v2geslacht		Total
			man	vrouw	
v13bent u actief in het verenigingsleven?	ja	Count	30	54	84
		Expected Count	28,8	55,2	84,0
		% within v13bent u actief in het verenigingsleven?	35,7%	64,3%	100,0%
		% within v2geslacht	83,3%	78,3%	80,0%
		% of Total	28,6%	51,4%	80,0%
	nee	Count	6	15	21
		Expected Count	7,2	13,8	21,0
		% within v13bent u actief in het verenigingsleven?	28,6%	71,4%	100,0%
		% within v2geslacht	16,7%	21,7%	20,0%
		% of Total	5,7%	14,3%	20,0%
Total	Count	36	69	105	
	Expected Count	36,0	69,0	105,0	
	% within v13bent u actief in het verenigingsleven?	34,3%	65,7%	100,0%	
	% within v2geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	34,3%	65,7%	100,0%	

Output 22: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,380(b)	1	,537		
Continuity Correction(a)	,129	1	,719		
Likelihood Ratio	,389	1	,533		
Fisher's Exact Test				,615	,365
Linear-by-Linear Association	,377	1	,539		
N of Valid Cases	105				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,20.

Bijlage 20: Telefoneren

Output 23: Frequentietabel (v15telefoneert u graag?)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	67	63,2	65,7	65,7
	nee	35	33,0	34,3	100,0
	Total	102	96,2	100,0	
Missing	99,00	4	3,8		
Total		106	100,0		

Bijlage 21: Kruistabel telefoneren en geslacht

Output 24: Kruistabel: graag telefoneren per geslacht (v15*v2)

			v2geslacht		Total
			man	vrouw	
v15telefoneert u graag?	ja	Count	17	50	67
		Expected Count	22,3	44,7	67,0
		% within v15telefoneert u graag?	25,4%	74,6%	100,0%
		% within v2geslacht	50,0%	73,5%	65,7%
		% of Total	16,7%	49,0%	65,7%
	nee	Count	17	18	35
		Expected Count	11,7	23,3	35,0
		% within v15telefoneert u graag?	48,6%	51,4%	100,0%
		% within v2geslacht	50,0%	26,5%	34,3%
		% of Total	16,7%	17,6%	34,3%
Total	Count	34	68	102	
	Expected Count	34,0	68,0	102,0	
	% within v15telefoneert u graag?	33,3%	66,7%	100,0%	
	% within v2geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Output 25: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,568(b)	1	,018		
Continuity Correction(a)	4,573	1	,032		
Likelihood Ratio	5,460	1	,019		
Fisher's Exact Test				,027	,017
Linear-by-Linear Association	5,513	1	,019		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,67.

Bijlage 22: Suïcidepoging

Output 26: Frequentietabel: Hebt u ooit een poging tot zelfdoding ondernomen? (v23)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee, nog nooit	102	96,2	96,2	96,2
ja, langer dan een jaar geleden	4	3,8	3,8	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Bijlage 23: Kruistabel bekendheid Zelfmoordlijn en geslacht

Output 27: Kruistabel bekendheid van de Zelfmoordlijn per geslacht (v30_07*v2)

			v2geslacht		Total
			man	vrouw	
v30_07kent u de zelfmoordlijn?	ja	Count	7	24	31
		Expected Count	10,5	20,5	31,0
		% within v30_07kent u de zelfmoordlijn?	22,6%	77,4%	100,0%
		% within v2geslacht	19,4%	34,3%	29,2%
		% of Total	6,6%	22,6%	29,2%
	nee	Count	17	28	45
		Expected Count	15,3	29,7	45,0
		% within v30_07kent u de zelfmoordlijn?	37,8%	62,2%	100,0%
		% within v2geslacht	47,2%	40,0%	42,5%
		% of Total	16,0%	26,4%	42,5%
ik heb er al van gehoord maar ik weet niet goed wat zij doen	Count	12	18	30	
	Expected Count	10,2	19,8	30,0	
	% within v30_07kent u de zelfmoordlijn?	40,0%	60,0%	100,0%	
	% within v2geslacht	33,3%	25,7%	28,3%	
	% of Total	11,3%	17,0%	28,3%	
Total	Count	36	70	106	
	Expected Count	36,0	70,0	106,0	
	% within v30_07kent u de zelfmoordlijn?	34,0%	66,0%	100,0%	
	% within v2geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	34,0%	66,0%	100,0%	

Output 28: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,570(a)	2	,277
Likelihood Ratio	2,681	2	,262
Linear-by-Linear Association	2,065	1	,151
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,19.

Bijlage 24: Bekendheid Zelfmoordlijn

Output 29: Missings wat betreft de bekendheid van de Zelfmoordlijn a.h.v. juist/fout vragen (v33)

Univariate Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Missing		No. of Extremes(a,b)	
				Count	Percent	Low	High
v33_01	80	1,8375	,37124	26	24,5	.	.
v33_02	93	1,1290	,33705	13	12,3	.	.
v33_03	90	1,9000	,30168	16	15,1	.	.
v33_04	83	1,2771	,45029	23	21,7	0	0
v33_05	94	1,9149	,28054	12	11,3	.	.
v33_06	88	1,3523	,48042	18	17,0	0	0
v33_07	84	1,2857	,45447	22	20,8	0	0

a Number of cases outside the range (Q1 - 1.5*IQR, Q3 + 1.5*IQR).

b . indicates that the inter-quartile range (IQR) is zero.

Bijlage 25: Factoranalyse vraag 34

Output 30: Cronbach's Alpha vraag 34

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha(a)	N of Items
-,040	8

a The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Bijlage 26: Factoranalyse vraag 36

Output 31: Cronbach's Alpha vraag 36

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,871	13

Output 32: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component		
	1	2	3
v36_01de zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar.	,654	-,211	-,424
v36_02r	,606	-,456	,207
v36_03de zelfmoordlijn is volgens mijn niet professioneel genoeg.	,430	-,155	,740
v36_04r	,715	-,480	,121
v36_05ik heb het gevoel dat de zelfmoordlijn niet nuttig is.	,746	-,026	,026
v36_06de zelfmoordlijn geeft me een gevoel van wantrouwen.	,453	,573	,061
v36_07volgens mij is de zelfmoordlijn ongeloofwaardig.	,816	,175	-,262
v36_08ik denk dat de zelfmoordlijn geen emotionele steun en een verbondenheidsgevoel kan geven.	,663	,281	,290
v36_09r	,704	-,355	-,197
v36_10de zelfmoordlijn is volgens mij niet zinvol.	,855	-,029	-,213
v36_11de zelfmoordlijn is volgens mij te afstandelijk.	,551	,214	,047
v36_12de naam zelfmoordlijn geeft me een huiveringwekkend gevoel.	,304	,735	,026
v36_13de vrijwilligers van de zelfmoordlijn zullen me niet begrijpen.	,779	,242	,013

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 3 components extracted.

Output 33: Factoranalyse vraag 36

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v36_01de zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar.	29,1584	38,495	,538	,862
v36_02r	28,7723	39,498	,480	,865
v36_03de zelfmoordlijn is volgens mijn niet professioneel genoeg.	28,6436	41,632	,351	,871
v36_04r	28,8119	39,614	,600	,860
v36_05ik heb het gevoel dat de zelfmoordlijn niet nuttig is.	29,1881	37,974	,671	,855
v36_06de zelfmoordlijn geeft me een gevoel van wantrouwen.	28,9802	39,580	,411	,870
v36_07volgens mij is de zelfmoordlijn ongeloofwaardig.	29,1188	37,006	,761	,850
v36_08ik denk dat de zelfmoordlijn geen emotionele steun en een verbondenheidsgevoel kan geven.	28,9505	38,268	,610	,858
v36_09r	29,0000	38,520	,581	,860
v36_10de zelfmoordlijn is volgens mij niet zinvol.	29,1782	37,128	,777	,849
v36_11de zelfmoordlijn is volgens mij te afstandelijk.	28,4554	39,410	,481	,865
v36_12de naam zelfmoordlijn geeft me een huiveringwekkend gevoel.	28,5446	39,930	,269	,885
v36_13de vrijwilligers van de zelfmoordlijn zullen me niet begrijpen.	28,8812	36,926	,735	,851

Output 33: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component 1
v36_01de zelfmoordlijn is volgens mij onbetrouwbaar.	,654
v36_02r	,606
v36_03de zelfmoordlijn is volgens mijn niet professioneel genoeg.	,430

v36_04r	,715
v36_05ik heb het gevoel dat de zelfmoordlijn niet nuttig is.	,746
v36_06de zelfmoordlijn geeft me een gevoel van wantrouwen.	,453
v36_07volgens mij is de zelfmoordlijn ongeloofwaardig.	,816
v36_08ik denk dat de zelfmoordlijn geen emotionele steun en een verbondenheidsgevoel kan geven.	,663
v36_09r	,704
v36_10de zelfmoordlijn is volgens mij niet zinvol.	,855
v36_11de zelfmoordlijn is volgens mij te afstandelijk.	,551
v36_12de naam zelfmoordlijn geeft me een huiveringwekkend gevoel.	,304
v36_13de vrijwilligers van de zelfmoordlijn zullen me niet begrijpen.	,779

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Output 34: Cronbach's Alpha na eliminatie niet consistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,892	10

Bijlage 27: Factoranalyse 'intentie hulp zoeken'

Output 35: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,491	7

Output 36: Opdeling in componenten

Rotated Component Matrix(a)

	Component		
	1	2	3
v38_01als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik hulp zoeken.	-,017	,642	,444
v38_02als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik er met anderen over praten.	,063	,363	,623
v38_03als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik bellen naar een hulplijn.	,051	,835	-,017
v38_04r	,990	,091	,063
v38_05r	,018	-,309	,773
v38_06als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon.	,087	,726	-,093
v38_07r	,997	,033	,008

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 4 iterations.

Output 37: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v38_01als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik hulp zoeken.	21,2772	479,282	,116	,499
v38_02als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik er met anderen over praten.	21,5842	478,065	,154	,498
v38_03als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik bellen naar een hulplijn.	21,7228	480,682	,075	,502
v38_04r	20,7426	197,413	,723	,054
v38_05r	21,0594	386,716	,014	,616
v38_06als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon.	22,0594	479,376	,092	,500
v38_07r	21,3168	201,419	,696	,081

Output 38: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component 1
v38_01als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik hulp zoeken.	,481
v38_02als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik er met anderen over praten.	,401
v38_03als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik bellen naar een hulplijn.	,561
v38_04r	,813
v38_05r	-,026
v38_06als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik wekelijks in contact willen staan met een hulpverlener via een telefoon.	,505
v38_07r	,770

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Output 39: Cronbach's Alpha na eliminatie niet consistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,642	3

Bijlage 28: Factoranalyse 'attitude hulp zoeken bij Zelfmoordlijn'

Output 40: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,655	4

Output 41: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component
	1
v37_07r	,778
v37_08r	,660
v37_09als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou bellen naar de zelfmoordlijn over het algemeen juist zijn om te doen.	,560
v37_10r	,814

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Output 42: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v37_07r	10,8654	3,224	,535	,520
v37_08r	11,4904	3,010	,393	,637
v37_09als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou bellen naar de zelfmoordlijn over het algemeen juist zijn om te doen.	11,2788	4,048	,292	,671
v37_10r	10,8750	3,217	,562	,504

Output 43: Cronbach's Alpha na eliminatie van inconsistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,999	3

Bijlage 29: Factoranalyse 'attitude t.a.v. suicide'

Output 44: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,235	15

Output 45: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v27_01r	44,7449	596,584	-,029	,379
v27_02r	46,4796	552,829	,446	-,034(a)
v27_03zelfdoding betekent dat je wegloopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.	47,2449	855,960	-,079	,241
v27_04bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie	46,6327	847,657	,080	,232
v27_05r	47,7143	851,979	-,017	,237
v27_06iedereen kan zelfdoding plegen.	47,3878	853,724	-,044	,239
v27_07eens iemand heeft beslist zelfdoding te plegen, kan niemand hem nog tegenhouden.	47,5000	850,521	,010	,236
v27_08iemand die zelfdodinggedachten heeft, zal die altijd blijven hebben.	47,4592	850,457	,015	,235
v27_09mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden.	47,4388	844,867	,122	,230
v27_10praten over zelfmoord is taboe.	47,9490	850,688	,000	,236
v27_11r	48,2347	859,398	-,156	,244
v27_12over zelfdoding praat je beter niet, want je kan iemand op verkeerde gedachten brengen.	47,7755	835,454	,232	,221
v27_13een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.	47,4898	838,026	,209	,223
v27_14r	44,8367	405,911	,249	,051

v27_15mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.	47,5408	848,725	,028	,234
---	---------	---------	------	------

a The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Output 46: Opdeling in componenten

Rotated Component Matrix(a)

	Component					
	1	2	3	4	5	6
v27_01r	,274	,311	,042	-,695	,087	-,065
v27_02r	,138	,066	,822	,041	-,100	,034
v27_03zelfdoding betekent dat je wegloupt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.	,323	,434	-,099	,604	-,061	-,142
v27_04bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie	,181	,150	-,001	,140	,778	,138
v27_05r	-,061	,679	-,197	-,104	,226	-,076
v27_06iedereen kan zelfdoding plegen.	,428	-,035	-,014	,045	-,744	,095
v27_07eens iemand heeft beslist zelfdoding te plegen, kan niemand hem nog tegenhouden.	,832	-,120	-,006	,001	,089	-,096
v27_08iemand die zelfdodinggedachten heeft, zal die altijd blijven hebben.	,808	,021	-,038	,059	-,156	,089
v27_09mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden.	,301	-,082	,271	,452	,121	,206
v27_10praten over zelfmoord is taboe.	,012	,200	-,102	,047	-,136	,818
v27_11r	,181	-,669	-,133	-,130	,138	-,166
v27_12over zelfdoding praat je beter niet, want je kan iemand op verkeerde gedachten brengen.	-,015	,030	,236	,122	,211	,702
v27_13een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.	,076	,618	,159	,068	,162	,291
v27_14r	-,225	-,006	,912	-,009	,117	,069

v27_15mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.	,059	,305	,047	,644	,191	,145
---	------	------	------	------	------	------

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Output 47: Opdeling in componenten

Rotated Component Matrix(a)

	Component		
	1	2	3
v27_01r	-,026	,000	-,181
v27_02r	,023	,108	,750
v27_03zelfdoding betekent dat je wegloopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.	,517	,431	-,122
v27_04bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie	,518	-,059	,004
v27_05r	,516	-,211	-,363
v27_06iedereen kan zelfdoding plegen.	-,209	,643	,046
v27_07eens iemand heeft beslist zelfdoding te plegen, kan niemand hem nog tegenhouden.	-,031	,731	-,042
v27_08iemand die zelfdodinggedachten heeft, zal die altijd blijven hebben.	,078	,797	-,020
v27_09mensen die zeggen dat ze zelfdoding willen plegen, doen het zelden.	,258	,349	,395
v27_10praten over zelfmoord is taboe.	,437	,080	,142
v27_11r	-,544	,154	-,074
v27_12over zelfdoding praat je beter niet, want je kan iemand op verkeerde gedachten brengen.	,408	-,045	,448
v27_13een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.	,656	-,027	,118
v27_14r	,011	-,300	,852

v27_15mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.	,616	,135	,135
---	------	------	------

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 4 iterations.

Output 48: Cronbach's Alpha na eliminatie van inconsistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,598	5

Output 49:Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v27_03zelfdoding betekent dat je wegloopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden.	12,3462	7,316	,385	,525
v27_04bij de mensen die zelfdoding plegen, is er vaak sprake van een psychiatrische aandoening zoals bv. depressie	11,7692	8,490	,323	,560
v27_05r	12,8558	8,163	,244	,600
v27_13een zelfdodingpoging is voornamelijk een manier om aandacht te zoeken.	12,6058	7,503	,383	,527
v27_15mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen.	12,6538	6,675	,442	,489

Output 50: Cronbach's Alpha na eliminatie van inconsistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,600	4

Bijlage 30: Factoranalyse 'help-seeking propensity'

Output 51: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	3

Output 52: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v38_08als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik naar mijn huisarts gaan.	7,4200	2,610	,505	,849
v38_09als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik professionele hulp willen krijgen.	7,6000	2,182	,728	,610
v38_10als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik overtuigd zijn dat ik steun zou kunnen vinden bij professionele hulp.	7,7000	2,333	,679	,668

Output 53: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component 1
v38_09als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik professionele hulp willen krijgen.	,901
v38_08als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik naar mijn huisarts gaan.	,741
v38_10als ik zelfmoordgedachten of zelfdodinggevoelens "zou hebben" of als ik depressief "zou zijn", zou ik overtuigd zijn dat ik steun zou kunnen vinden bij professionele hulp.	,877

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Bijlage 31: Factoranalyse 'need for control and self-reliance'

Output 54: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,611	4

Output 55: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v39_15r	9,3301	4,380	,467	,477
v39_16r	8,4466	5,446	,312	,595
v39_17r	9,5728	4,522	,590	,394
v39_18r	9,2621	5,607	,232	,655

Output 56: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component
	1
v39_15r	,794
v39_16r	,585
v39_17r	,849
v39_18r	,466

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Output 56: Cronbach's Alpha na eliminatie van een inconsistente item

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,655	3

Output 57: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v39_15r	6,3883	2,456	,534	,460
v39_16r	5,5049	3,449	,325	,730
v39_17r	6,6311	2,863	,561	,436

Output 56: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component 1
v39_15r	,838
v39_16r	,615
v39_17r	,845

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 1 components extracted.

Bijlage 32: Factoranalyse eenzaamheidsgevoelens

Output 57: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,066	10

Output 58: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v19_01r	22,8889	310,202	,022	,065
v19_02r	22,7879	300,740	,307	,031
v19_03ik ervaar leegte om mij heen.	22,9899	303,479	,172	,043
v19_04ik vind mijn kennissenkring te beperkt.	22,7879	299,822	,255	,030
v19_05r	21,8182	212,456	,015	,076
v19_06ik mis mensen om mij heen.	22,9899	305,153	,133	,048
v19_07ik voel mij vaak in de steek gelaten.	23,2727	304,037	,192	,043
v19_08r	20,9697	147,336	-,070	,320
v19_09ik mis gezelligheid om mij heen.	22,9697	303,152	,177	,042
v19_10ik mis een echte goede vriend of vriendin.	23,0707	302,679	,184	,040

Output 59: Opdeling in componenten

Matrix(a)

	Component
	1
v19_03ik ervaar leegte om mij heen.	,785
v19_04ik vind mijn kennissenkring te beperkt.	,712
v19_06ik mis mensen om mij heen.	,850
v19_07ik voel mij vaak in de steek gelaten.	,872
v19_09ik mis gezelligheid om mij heen.	,770
v19_10ik mis een echte goede vriend of vriendin.	,803

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 1 components extracted.

Output 60: Cronbach's Alpha na eliminatie van de inconsistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,884	6

Bijlage 33: Factoranalyse negatieve gevoelens

Output 61: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,179	10

Output 62: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v20_01ik voel me de afgelopen maand hulpeloos.	18,5960	114,468	,166	,161
v20_02r	16,1313	21,830	,025	,862
v20_03r	17,4545	114,291	,165	,160
v20_04ik heb de afgelopen maand het gevoel dat ik mijn zelfvertrouwen verlies.	18,4242	111,553	,317	,137
v20_05ik slaap de afgelopen maand slecht en lig vaak wakker door kopzorgen.	18,4040	112,896	,254	,148
v20_06r	17,0909	114,369	,184	,160
v20_07ik heb de afgelopen maand het gevoel niets meer waard te zijn.	18,6263	113,910	,194	,156
v20_08ik heb de afgelopen maand het gevoel dat ik constant onder spanning sta.	18,4242	111,410	,332	,135
v20_09ik voel me de afgelopen maand ongelukkig of depressief.	18,5960	112,611	,268	,146
v20_10ik voel me de afgelopen maand ongezond.	18,5253	112,109	,352	,140

Output 63: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component
	1
v20_01ik voel me de afgelopen maand hulpeloos.	,631
v20_02r	,023

v20_03r	,612
v20_05ik slaap de afgelopen maand slecht en lig vaak wakker door kopzorgen.	,608
v20_06r	,438
v20_07ik heb de afgelopen maand het gevoel niets meer waard te zijn.	,698
v20_08ik heb de afgelopen maand het gevoel dat ik constant onder spanning sta.	,805
v20_09ik voel me de afgelopen maand ongelukkig of depressief.	,878
v20_10ik voel me de afgelopen maand ongezond.	,797

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Output 64: Cronbach's Alpha na eliminatie van inconsistente items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,867	8

Bijlage 34: Factoranalyse SSOSH

Output 65: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,676	4

Output 66: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v39_23r	9,7879	4,495	,558	,549
v39_24r	10,4545	4,577	,397	,653
v39_25r	9,5354	5,006	,426	,631
v39_26r	10,4949	4,191	,471	,603

Output 67: Opdeling in componenten

Component Matrix(a)

	Component
	1
v39_23r	,814
v39_24r	,623
v39_25r	,717
v39_26r	,704

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 1 components extracted.

Bijlage 35: Factoranalyse DDI

Output 68: Cronbach's Alpha

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,775	5

Output 69: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
v39_27r	11,7647	8,716	,585	,722
v39_28r	11,8333	8,635	,605	,715
v39_29r	11,9412	8,828	,576	,725
v39_30ik probeer mensen te vinden om over mijn problemen te praten.	11,8431	8,827	,543	,736
v39_31als ik humeurig ben, praat ik erover met mijn vrienden.	11,9118	9,190	,441	,771