

Ouder worden in onze maatschappij

Een kwantitatief onderzoek naar hoop, optimisme en depressie en demografische factoren die hierop van invloed kunnen zijn (bij mensen boven de 60 jaar).

Begeleidende docenten:

**Prof.Dr. J.J. Baneke
Dr. R.Meijer**

Opdrachtgever:

Universiteit Twente

Opdracht:

**literatuur en empirisch onderzoek voor de
bachelor veiligheid en gezondheid**

Auteur:

Nina Czychon s0058246

Datum:

22-08-2005

Inhoudsopgave:

Samenvatting	3
1. Inleiding	3
2. Methode	5
2.1 Selectie respondenten	5
2.2 Procedure	5
2.3 Vragenlijsten	6
2.4 Statistische verwerking	9
3. Factor hoop	9
3.1 Algemene resultaten	10
3.2 Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren	12
a. geslacht	13
b. opleiding	15
c. woonsituatie	17
4. Factor Optimisme	20
4.1 Algemene resultaten	23
4.2 Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren	24
a. geslacht	24
b. opleiding	26
c. woonsituatie	27
5. Factor Depressie	28
5.1 Algemene resultaten	33
5.2 Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren	34
a. geslacht	34
b. opleiding	36
c. woonsituatie	38
6. Relatie tussen hoop, optimisme en depressie	39
6.1 resultaten uit literatuuronderzoek	39
6.2 resultaten uit eigen onderzoek	41
7. Geschiktheid van de vragenlijsten	48
8. Discussie en conclusie	51
9. Aanbevelingen	52
10. Referenties	55
11. Bijlagen	
a. Nederlandse vragenlijsten	58
b. Duitse vragenlijsten	65
c. Statistische gegevens	72

Samenvatting

In het kader van de bacheloropdracht voor de Universiteit Twente is er kwantitatief en literatuuronderzoek gedaan naar de factoren hoop, optimisme en depressie. Depressie is tegenwoordig één van de meest voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen in Westelijke landen. Deze stemmingstoornis treedt bijzonder vaak op bij oudere mensen, maar wordt vaak niet herkend door de omgeving. Daarom zijn ouderen boven de zestig jaar in Nederland en Duitsland als respondenten uitgekozen en onderzocht. Verder is gekeken welke invloed demografische factoren, zoals geslacht, opleidingsniveau en de woonsituatie op hoop, optimisme en depressie hebben. Op basis van literatuurstudie is het vermoeden ontstaan dat hoop, optimisme en depressie met elkaar correleren en dat bepaalde demografische factoren en positieve of negatieve invloed hierop hebben. Uit kwantitatief onderzoek is gebleken dat hoop, optimisme en depressie vrij sterk met elkaar correleren en dat thuiswonenden en academici gemiddeld hoger op hoop scoorden. Verder bleek dat mannen en academici het hoogste op optimisme scoorden van alle groepen. Bij depressie viel op dat vrouwen en mensen in bejaardentehuizen de hoogste scores haalden. Academici scoorden hierbij het laagst. Dit verslag sluit af met een aantal aanbevelingen waarbij de positieve psychologie een rol speelt als preventie tegen depressie.

1. Inleiding

Tegenwoordig maken veel meer ouderen deel uit van onze maatschappij dan vroeger. Vijftig jaar geleden, in 1955, was 8.4 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar. Het percentage ouderen (van 65 jaar en ouder) bedroeg in 2005 echter al 14 procent (volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek). Het wordt verwacht dat dit aantal de komende jaren nog gaat stijgen. Daarom is de vergrijzing van de maatschappij en alle problemen die daarmee verbonden zijn een belangrijk onderwerp. Psychische problemen hebben een belangrijk aandeel hierin. Een depressie is bijvoorbeeld een dergelijk psychisch probleem waar veel ouderen last van hebben.

Depressie bij ouderen is een bijzonder interessant onderwerp omdat depressie bij deze groep vaak niet gediagnosticeerd en daarom niet behandeld wordt (Baldwin, R.C. (2000)). Dit feit wordt mede veroorzaakt doordat de symptomen van depressie vaak lijken op verschijnselen van ouderdom, zoals moeheid, slaapproblemen, cognitieve beperkingen en somatische klachten (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)). Bovendien staan oudere mensen vaak bloot aan sociale condities die in verband staan met depressie, zoals gebrek aan stimulatie, verlies van persoonlijke autonomie en controle over de omgeving, materiële problemen en verlies van sociale relaties (Cave, S.(2002)). Dit zijn condities die men vooral in verzorgingstehuizen aantreft. Eerder onderzoek in verzorgingstehuizen wijst zelfs uit dat tot 50 procent van de ouderen hier depressief is, terwijl het aantal depressieve ouderen wat thuis woont tussen de 13 en 27 procent ligt (National Institutes of Health. *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. NIH Consensus Statement. 1991; 9 (3)). Hierbij moet echter wel onderscheid gemaakt worden tussen depressie zoals die in de DSM IV gedefinieerd wordt en depressieve klachten. Relatief weinig mensen (een tot drie procent) voldoen aan alle criteria voor depressie van de DSM IV, maar dit mag niet afleiden van het feit dat rond 30 procent van de mensen boven de 65 jaar depressieve klachten hebben wat vaak met het begrip „minor depression“ omschreven wordt. Zij zouden kunnen profiteren van een behandeling (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)). Het is duidelijk dat negatieve levensgebeurtenissen en moeilijkheden depressie kunnen veroorzaken. Maar naast deze negatieve

levensomstandigheden kunnen uiteraard ook positieve levensgebeurtenissen en omstandigheden voorkomen. Het is nog onduidelijk in hoeverre deze een beschermende rol kunnen spelen (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000).)

In het kader van de bachelorthese voor de studierichting veiligheid en gezondheid van de opleiding psychologie aan de Universiteit Twente werd dan ook een kwantitatief onderzoek naar positieve en negatieve factoren uitgevoerd.

Ook binnen Mediant GGZ in Enschede is onderzoek gedaan naar de relatie van psychische stoornissen met positieve factoren en capaciteiten van mensen. Hierbij sluit de bacheloropdracht heel goed op aan.

Met de eerste begeleider Professor Dr. J.J. Baneke is ook overlegd om de component van psychische gezondheid met depressie nader te specificeren. Als andere componenten werd voor de positieve factoren hoop (state hope en trait hope) en optimisme gekozen.

In dit onderzoek is gekeken naar hoe deze factoren met elkaar correleren en werd ook literatuuronderzoek naar de verschillende factoren gedaan. Verder werd ook onderzocht welke demografische factoren hier invloed op zouden kunnen hebben. Er is gekozen om te kijken welke rol het geslacht, de woonsituatie en de opleiding hierbij kunnen spelen.

Hoop kan gedefinieerd worden als een cognitieve variabele die gebaseerd is op twee componenten, namelijk de motivatie om doelen te bereiken (agencies) en de mogelijkheid om wegen naar de doelen te bedenken (pathways) (Snyder, C.R., (1994).

Optimisme is een gebruikelijke benaming voor een psychische gemoedsgesteldheid die de wereld en het eigen lot positief beoordeelt en in elke situatie op een goede uitkomst hoopt. (Bassermann, *Lexikon der Psychologie*, (1995)). Bovendien beschikken optimisten over een bepaalde attributiestijl, zij wijten positieve gebeurtenissen aan interne, permanente en globale factoren. (Seligman, M.E.P. (1991).).

Depressie kan gedefinieerd worden als een stemmingsstoornis waarbij de stemming min of meer langdurig veranderd is in de vorm van een ernstige somberheid en een gedaalde stemming. (Van der Eycken, W et al. (2000)). Depressie is het meest voorkomend psychisch probleem wat volwassenen ervaren (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)).

Jaren lang werd er in de psychologie nadruk op de negatieve factoren gelegd die depressies kunnen veroorzaken.. Maar hierbij werden positieve factoren buiten beschouwing gelaten. Dit veranderde pas ongeveer zeven jaar geleden met de komst van de zogenoemde positieve psychologie. Tegenwoordig wordt ook naar positieve factoren gekeken die mensen gezond kunnen houden. Door identificatie, versterking en concentratie op zijn sterke punten zou men in staat kunnen zijn om een effectieve preventie uit te oefenen. (Seligman, M.E.P. & Peterson, C. (2002)).

In de positieve psychologie wordt naar positieve subjectieve ervaringen van mensen gekeken en hun individuele eigenschappen. In moeilijke tijden is het begrijpen van positieve emoties belangrijk. Vertrouwen, optimisme en hoop bijvoorbeeld helpen ons het meeste wanneer het leven heel moeilijk lijkt. Positieve emoties werken goed tegen negatieve emoties. (Frederickson, 1998 in *Handbook of Hope*). Sterktes en deugt beschermen tegen ongeluk en psychologische stoornissen en kunnen de sleutel zijn om weerstand op te bouwen.

Er wordt ervan uitgegaan dat de positieve psychologie bij de therapie een grote rol speelt. Sterktes op te bouwen is namelijk een heel belangrijk actief onderdeel van elke therapie. Wanneer de sterkten erkend worden en verfijnd worden, dan is het zelfs nog effectiever.

De onderliggende strategieën zijn: het indoctrineren van hoop en het ontwikkelen van sterkten. Bovendien worden tegenwerkende sterkten ontwikkeld (in plaats van schades te herstellen). Psychologen moeten de sterkten van hun patiënten opsporen, versterken en zich er helemaal op richten. Alleen op deze manier is een effectieve preventie mogelijk. (Seligman, M.E., Peterson, C.,). In het discussie-, conclusie- en aanbevelingen- gedeelte van dit rapport

zal nog nader op de positieve psychologie ingegaan worden, welke rol deze speelt en hoe deze kan helpen om ouderen tegen depressie te beschermen.

De onderzoeksvragen voor dit onderzoek, luiden als volgt:

Bestaat er een samenhang tussen depressie en optimisme? Op basis van het literatuuronderzoek is als hypothese geformuleerd dat er een negatieve samenhang bestaat tussen deze twee factoren

Verder bestaat er een samenhang tussen depressie en hoop? (state en trait hope). Hierbij luidde de hypothese dat er een negatieve samenhang bestaat.

De volgende hypothese luidde dat er een positieve samenhang tussen optimisme en hoop bestond en een positieve samenhang tussen state hope en trait hope.

Verder werd er gekeken welke invloed de demografische factoren geslacht op hoop, optimisme en depressie hadden. De theorie die zich uit literatuuronderzoek voordeed was dat vrouwen depressiever zijn dan mannen, dat laagopgeleiden depressiever zijn dan hoogopgeleiden en dat mensen in bejaardentehuizen depressiever zijn dan thuiswonenden.

2. Methode

In de inleiding is verduidelijkt wat precies de onderzoeksvragen zijn. In dit hoofdstuk wordt besproken via welke methode antwoord is verkregen op de gestelde onderzoeksvragen. Allereerst wordt ingegaan op de selectie van de respondenten. Dan komt de procedure rond de afname van de lijsten aan de orde. Daarna wordt ingegaan op de gebruikte vragenlijsten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte toelichting op de statistische verwerking van de antwoorden.

2.1 Selectie respondenten

Uiteindelijk bestond de gekozen steekproef uit 218 personen. Deze hadden een gemiddelde leeftijd van 73,5 jaar. De jongste was 60 jaar en de oudste 101. 85 personen waren Nederlands en 133 van Duitse oorsprong. Van de 218 leefden verder 164 zelfstandig in een eigen woning en 54 in verzorgingshuizen. 70 waren mannen en 148 waren vrouwen. De respondenten hadden verschillende opleidingsniveau's. De verschillende groepen personen werden vervolgens ook met elkaar vergeleken.

2.2 Procedure

Er werd is voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign gekozen, waarbij de data op één meetmoment verzameld wordt. Het gaat hierbij om een enquête waarbij geen manipulatie van factoren plaatsvindt.

De test is een groepstest. Dit betekent dat de vragenlijsten bij verschillende groepen mensen tegelijkertijd schriftelijk afgenomen zijn. Voor het geval dat dit niet mogelijk was konden de vragenlijsten ook individueel ingevuld worden.

Om een gevarieerd beeld te krijgen, is ervoor gekozen om de enquêtes te verspreiden onder verschillende groepen ouderen boven de 60 jaar. Hierbij is ook gebruik gemaakt van snowball-sampling. In dit specifieke geval betekende het dat de oudere proefpersonen die veel contact hebben met leeftijdsgenoten de vragenlijsten aan hen doorgaven. Dankzij deze methode werd het aantal proefpersonen vergroot.

Er zijn verzorgingstehuizen benaderd, ouderenstichtingen, verschillende soorten ouderenverenigingen, recreatiecentra en er zijn seniorenwoningen bezocht. De enquêtes

werden zowel in het buitenland (Duitsland) als bij Nederlandse ouderen afgenomen. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen werd voor het invullen van de enquêtes uitgelegd dat de enquêtes vertrouwelijk en anoniem behandeld zouden worden.

De vragenlijsten zijn aan verschillende ouderen individueel uitgedeeld en uitgelegd. Tijdens het invullen van de enquêtes waren de onderzoekers meestal aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden of bij het invullen te helpen. Nadat de vragenlijsten ingevuld waren, werden deze willekeurig tussen de rest van de stapel enquêtes gelegd om de anonimiteit te garanderen.

Aangezien oude mensen vaker slechtziend zijn, werden de vragenlijsten hieraan aangepast. Er werd speciaal voor deze doelgroep een groter lettertype uitgekozen (16) en de vragen werden in een tabel verwerkt zodat het overzichtelijker werd. Verder moesten er naar de recreatiecentra leesbrillen worden meegenomen, omdat veel ouderen hun leesbrillen niet bij de hand hadden.

Verder is ervoor gekozen om niet altijd de scores op alle lijsten mee te tellen. Als een persoon te veel vragen van een lijst niet beantwoord had dan werd deze lijst niet meegeteld. Pas als de response rate van de lijst 65 procent bedroeg werd deze meegeteld.

Alle verzamelde data is vervolgens in het statistische computerprogramma Spss 11.0 ingevoerd. De demografische data werd eerst gecodeerd en kon dan ook in Spss verwerkt worden. De ingevoerde data zijn aansluitend geanalyseerd.

2.3 Vragenlijsten

Er is gebruik gemaakt van vier verschillende kwantitatieve vragenlijsten. De eerste vragenlijst meet depressieve symptomen bij verschillende bevolkingsgroepen. Deze epidemiologische vragenlijst heet Centre for Epidemiologic Depression Scale (CES-D) (Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Sonderen, van, E. (1995). Het meten van depressie met de CES-D, een handleiding. Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen). De items zijn ontleend aan verschillende andere depressieschalen. Het verschil met andere lijsten is dat niet alleen antwoordcategorieën zoals soms en regelmatig gehanteerd worden maar dat er ook een equivalent aantal dagen per week aangekoppeld wordt.

Er bestaan vier antwoordcategorieën die gaan van zelden of nooit tot meestal of altijd. Er bestaat geen neutraal antwoord. De schaal heeft een score van nul tot 60. Hoe hoger de score hoe meer gevoelens van depressie aanwezig zijn. Er zijn 16 negatief geformuleerde en vier positief geformuleerde items. Door middel van omschalen van deze vier items en het optellen van alle scores kan een totaalscore berekend worden.

De schaal kan onderverdeeld worden in vier subschalen. Tot de negatieve affectschaal horen item 3, 6, 14, 17 en 18. Verder is uit factoranalytisch onderzoek gebleken dat item 8, 16, 12, en 4 tot de positieve affectschaal behoren. De somatische subschaal bestaat uit item 1, 2, 5, 13, 7, 11 en 20. Tot de laatste subschaal horen item 9, 10, 15 en 19.

De CES-D is bijzonder goed geschikt voor epidemiologisch onderzoek bij groepen ouderen en heeft goede psychometrische eigenschappen (Wurff, van der, F.B., Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M., Stek, M.L., Verhoeff, A. (2004)). De interne consistentie van de CES-D is goed te noemen. De validiteit is goed wat uit correlatieve studies met bestaande valide vragenlijsten gebleken is (Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Sonderen, van, E. (1995)).

De tweede vragenlijst is de Adult State Hope Scale (State Hope Scale). Dit is een self-report-schaal die uit zes items bestaat. De originele Engelstalige schaal bestaat uit acht antwoordcategorieën, van 1 (absoluut fout) tot en met 8 (absoluut waar). Hiermee worden de

actuele persoonlijke doelen gemeten. De schaal heeft een score van 6 tot 48. Hoe hoger de score hoe hoopvoller de persoon op dat moment is. Er zijn zes positief geformuleerde items. De items met de even nummers geven de agency (beschrijft de doelgedreven energie van de testpersoon) weer en de items met de oneven nummers geven de pathways (geeft capaciteit om wegen naar het doel te bedenken) weer. De totaalscore wordt berekend door alle zes scores bij elkaar op te tellen.

Aangezien de vragenlijsten afgenomen werden bij oude mensen werd gebruik gemaakt van een aangepaste versie van deze lijst met maar vier antwoordcategorieën, van 1 (absoluut niet mee eens) tot 4 (absoluut mee eens). De schaal heeft een score van 6 tot 24. Ook hier geldt hoe hoger de score hoe hoopvoller de persoon op dat moment is.

Uit studies bleek dat de Cronbach's alpha van deze schaal varieerde van een lage .79 tot een hoge .95. De alpha's voor de agency subschalen bedroegen .76 voor de agency subschaal en .59 tot .93 voor de pathway subschaal (Lopez, S.J et al.(2000)).

De derde vragenlijst, de Life Orientation Test Revised (Scheier and Carver, vertaald door Prof. Dr. J.J. Baneke), is de meest gebruikte zelfbeoordelingvragenlijst die dispositionele optimisme meet (Kaplan, R.M. & Saccuzzo, D.P. (2005)). De LOT-R werd ontwikkeld door Scheier en Carver om individuele verschillen te meten bij de algemene variabele optimisme versus pessimisme. Deze schaal werd bij verschillende studies gebruikt die zich bezig hielden met gedrag, affect en gezondheidsconsequenties waar deze persoonlijkheidsvariabele invloed op heeft.

De LOT-R is een kortere versie van de oude Life Orientation Test met tien items. De LOT-R is een vijfpuntschaal die van nul (helemaal oneens) tot vier (helemaal mee eens) gaat. Alleen zes van de tien items worden ook daadwerkelijk gebruikt om optimisme te meten. Van de drie gebruikte items zijn drie op een positieve manier geformuleerd en drie op een negatieve manier. Negatief geformuleerde items moeten voor het scoren omgeschaald worden. De scores kunnen vervolgens van 0 tot 24 gaan.

De LOT-R heeft een goede interne consistentie. Cronbach's alpha gaat van een hoge .70 tot lage .80 en blijft ook op lange termijn stabiel. Aangezien de meeste items van de oude schaal en de nieuwe schaal overlappen, is de correlatie tussen die twee schalen vrij hoog (Scheier et al.,1994) . Allebei geven een continue verdeling van de scores weer. Mensen scoren daadwerkelijk van heel optimistisch tot heel pessimistisch, maar de meeste mensen liggen ergens middenin (Scheier,M.F., Carver,C.S. & Bridges, M.W.(1994) Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 67,1063-1078).

Bij deze vragenlijst werden ook vier filler items gebruikt, maar deze worden niet gescoord. Deze items worden onder andere gebruikt om de ware bedoeling van de test te verduisteren. Mensen zijn anders snel geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Bij een schaal met meer antwoordkeuze moet bepaald kunnen worden welke van de antwoorden correct is. De psychometrische theorie zegt dat het toevoegen van meerdere filler items de betrouwbaarheid van de test verhoogt. In de praktijk is het niet zo gemakkelijk om de betrouwbaarheid op deze manier te verhogen omdat het moeilijk is om goede items te vinden. Ineffectieve filler items kunnen namelijk de betrouwbaarheid van de test zelfs beschadigen omdat het veel tijd kost om deze te lezen. Bovendien kunnen zij het aantal goede items bij een test verkleinen (Kaplan, R.M.& Saccuzzo, D(2001)).

De vierde lijst die afgenomen is, is de Adult Dispositional Hope Scale (de Trait Hope Scale). Deze lijst is een zelfreport vragenlijst die ontwikkeld werd om dispositioneel hoop bij volwassenen van 15 jaar en ouder te meten. Hij bestaat uit 12 items. De originele lijst is een vierpunt schaal van absoluut niet mee eens tot absoluut mee eens. Later werd ook nog een achtpunt schaal van deze lijst ontwikkeld om gedetailleerdere antwoorden te krijgen. Er kan van beide lijsten gebruik gemaakt worden.

Bij dit onderzoek werd een vierpunt schaal gebruik aangezien de lijsten afgenomen werden bij mensen tussen de 60 en 101 jaar. Een achtpunt schaal zou voor een groot gedeelte van deze mensen een obstakel zijn.

De vierpunt schaal heeft een score van acht tot 32. Vier items geven de agency (is boven al nader toegelicht) weer. Dit zijn de items 2, 9, 10 en 12. Vier andere items geven de pathway weer (is ook al eerder nader toegelicht). Hierbij handelt het zich om de items 1, 4, 6 en 8. De overblijvende items 3, 5, 7 en 11 zijn de zo genoemde filler items. Welke rol deze items spelen is ook al eerder in de tekst toegelicht.

Agency en pathway subschalen worden bij elkaar opgeteld om de totaalscore te berekenen. De distracter of filler items worden niet gescoord. De gemiddelde score ligt ongeveer bij 24 wanneer een vierpunt schaal gebruikt wordt.

Alle items behalve de filler items zijn positief geformuleerd. Dat wil zeggen, hoe hoger de score hoe hoopvoller de persoon is.

Wat de betrouwbaarheid betreft, lag Cronbach's alpha voor de totaalscore tussen de .74 tot .84. Bij test-retest correlaties lagen bij .80 of hoger.

Wat de constructvaliditeit betreft kan gezegd worden dat deze hoop schaal hoog correleert met andere psychologische schalen die proberen gelijksoortige psychologische processen te meten. Bijvoorbeeld correleren de scores van de Hope Scale met .50 tot .60 met de scores om optimisme te meten (de Life Orientation Test van Scheier en Carver). Zoals voorspelt correleert deze Hope Scale ook negatief met de Hopelessness Scale (van Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) en de Beck Depression Inventory (BDI, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961) met $r = -.51$ en $r = -.42$ (Lopez, S.J et al.(2000), *Diagnosing for Strength: On Measuring Hope Building Blocks*. In *Handboek of Hope*. van Snyder).

De boven genoemden vragenlijsten werden uiteraard in de Duitse versie, ook in Duitsland afgenomen. De CES-D, vertaald door T.H. Kohlmann en H.U. Gerbershagen vormde dan de eerste lijst van het Duitse vragenlijstenpakket. De Duitse versie van de LOT-R werd ook afgenomen onder de Duitse proefpersonen (Glaesmer, H., Hozer, J. (2003)).

En ook van de Adult State Hope Scale en de Adult Dispositional Hope Scale werden Duitse versies afgenomen.

In de lijsten werd gevraagd om het geslacht, de woonsituatie (thuis of in een bejaardentehuis) en de opleiding aan te geven. Dankzij deze gegevens kon gekeken worden welke rol deze spelen en welke invloed deze op de factoren hoop, optimisme en depressie hadden.

De categorie geslacht was onderverdeeld in man of vrouw. Bij de woonsituatie werd onderscheid gemaakt tussen nog thuis wonend of in een bejaardentehuis wonend.

Bij de opleiding werd voor een indeling in vijf verschillende categorieën gekozen. Namelijk: onbekend, ongediplomeerd, lager middelbaar onderwijs, hoger middelbaar onderwijs en academisch. Mensen die niet aangegeven hadden of niet wilden aangeven welk onderwijs zij vroeger gevolgd hebben werden als onbekend gecategoriseerd. Mensen die alleen de mavo, lbo/vbo af hebben gemaakt werden als lager middelbaar gecategoriseerd. Mensen die havo, vwo of mbo hebben afgerond werden in de hoger middelbaar onderwijs categorie ingedeeld. En ten slotte werden de mensen met een hbo of een universitair diploma als academisch beschouwd. (Geesthuizen, M. & Kraykamp, G. (2002)).

2.4 Statistische verwerking

Alle statistische analyses zijn met Spss 11.0 uitgevoerd. De verzamelde data van de vier verzamelde lijsten zijn als nodig omgeschaald en in Spss ingevoerd. De demografische data zijn gecodeerd en ook in Spss verwerkt. Daarna is na de betrouwbaarheid van de verschillende lijsten gekeken en gekeken of het verwijderen van bepaalde items zinvol zou zijn om de alpha van de lijst te verhogen.

Vervolgens zijn verschillende analyses uitgevoerd: beschrijvende statistieken om te kijken hoe de verdeling eruit zag en hoe de mensen op de lijsten scoorden; vervolgens independent sample t-tests om te kijken welke invloed het geslacht en de woonsituatie op de drie factoren heeft.

Vervolgens is een F-toets uitgevoerd om te kijken welke invloed de vijf verschillende opleidingsniveau's op de drie factoren hebben. Daarna is een ad hoc test (de Bonferroni test) doorgevoerd om te kijken waar de verschillen tussen de opleidingsniveau's precies zijn.

Daarna werd er nog een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Met behulp van regressieanalyse kan gekeken worden hoe variatie in een criteriumvariabele terug te voeren is op variatie in (combinaties) van predictoren.

Daarna werd nog een correlatieanalyse doorgevoerd om te kijken hoe de verschillende lijsten met elkaar correleren.

Alle analyses werden op basis van een 95 procent betrouwbaarheidsinterval uitgevoerd.

3. Factor hoop

Wat is hoop? Hoop is medisch en psychologisch gezien moeilijk te definiëren. In de filosofie wordt hoop als een basisvoorwaarde voor het menselijke leven beschouwt, één die nauw samenhangt met geloof en vertrouwen in de wereld. Hoop is datgene waaruit onze dromen en verlangens zijn vervaardigd, evenals onze ideeën over vrijheid en rechtvaardigheid; het bepaalt hoe wij het leven opvatten.

Volgens Snyder kan hoop gedefinieerd worden als de som van de mentale willpower (wilskracht) en de waypower, die men heeft om zijn doelen te bereiken.

Om dit te verduidelijken moet eerst op de drie componenten worden ingegaan.

Goals (doelen): zijn alle objecten, ervaringen of uitkomsten die we ons kunnen voorstellen en wensen. We moeten ons alleen maar bezig houden met goals die een bepaalde grote hebben of belangrijkheid.

Willpower: is de drijvende kracht van hoopvol denken. Het is de mentale energie die ons op langer termijn helpt ons dichterbij een goal te brengen. Willpower bestaat uit gedachten zoals "ik kan dit", "ik zal dit proberen" enzovoort.

Waypower: reflecteert mentale plannen of plattegronden die mentale gedachten leiden. Waypower is een mentale capaciteit die wij kunnen oproepen om effectievere manieren te vinden om onze doelen te bereiken. Het is makkelijker te plannen als onze doelen duidelijk gedefinieerd zijn.

Deze twee componenten bij elkaar geven hoop weer. Hoop reflecteert een mentale set waarbij mensen de waargenomen willpower en waypower hebben om bij hun doel te komen. Wanneer iemand noch de willpower noch de waypower heeft, dan kan er ook niet veel hoop zijn. Maar ook willpower of waypower alleen is niet voldoende om veel hoop op te roepen. Uit onderzoek bleek dat hoop ook positief correleert met een aantal andere factoren zoals: optimisme, perceptie van controle, de waargenomen vaardigheid om problemen op te lossen, in staat zijn om te concurreren en zelfbewustzijn.

Wat gezondheid betreft kan gezegd worden dat hoopvolle mensen beter voor zich zorgen dan mensen met weinig hoop. Hoopvolle mensen zijn zich ervan bewust dat gedrag en gezondheidsproblemen aan elkaar gekoppeld zijn (bijvoorbeeld roken) maar zouden ook meer geneigd zijn om zich zelf te examineren (bijvoorbeeld borstkankercontrole) en vaker artsen opzoeken.

Bovendien hebben hoopvollere mensen waarschijnlijk meer ideeën wat ze moeten doen als ze ziek worden. Over het algemeen betekent dit dat hoopvolle mensen verschillende opties kunnen bedenken en er ook gebruik van kunnen maken om weer gezond te worden.

Het is in het kader van dit onderzoek ook interessant te kijken hoe hoop en ouder worden samen hangen. Volgens Snyder is het een van de belangrijkste coping taken in het leven van een volwassen iemand om succesvol met het ouder worden om te gaan. De ontwikkelingstheoreticus Erik Erikson zegt dat de fase van middelvolwassenheid een fase is, waarin de persoon om moet gaan met een crisis van “generativity” versus stagnatie. Volgens Erikson houdt deze zogenoemde “generativity” (een adaptieve gedachtepatroon) een voortdurende wens in dingen te laten gebeuren (vaak door zich voor het welzijn van jonge mensen in te zetten). Dit gedrag komt vaker voor bij hoopvolle mensen.

Mensen van hoge leeftijd houden zich meer met de dood bezig. Sommigen raken heel gestrest als ze aan hun dood denken. Dat gebeurt niet zo snel bij mensen die hoog op hoop scoren. Hoopvollere mensen laten een neutrale acceptatie van hun dood zien. De manier van coping bij hoopvolle mensen lijkt als zij ouder worden op een vaardigheid te berusten waarbij mensen zich voor levensdoelen engageren en tegelijkertijd beseffen dat hun bestaan als menselijk wezen gelimiteerd is. (Snyder, C.R.(1994),).

3.1. Algemene resultaten

Allereerst is naar de betrouwbaarheid van de twee hooplijsten – de State Hope Scale and de Trait Hope Scale gekeken. De betrouwbaarheid heeft in dit geval betrekking op de interne consistentie van de vragen. Cronbach’s alpha geeft aan in hoeverre de verschillende vragen van de lijsten een gelijk onderliggend construct meten. Aan de hand van betrouwbaarheid kan men zien of een persoon die een lijst beantwoordt een constant patroon van antwoorden heeft.

Voor de State Hope Scale bedroeg de alpha .83. Volgens de Crotan normen wordt een test voor een onderzoek op groepsniveau vanaf een alpha van .70 als goed beschouwd. (Evers,A., Vliet-Mulder, J. C., Groot, C.J. (2000)). Vervolgens kan een alpha van .83 zeker als goed beoordeeld worden. Het is dan natuurlijk nog mogelijk te kijken of de alpha nog beter kan worden. Maar als items uit de vragenlijst verwijderd zouden worden, dan zou de alpha alleen maar dalen. Dit is daarom zeker niet aan te bevelen.

De interne consistentie van de Trait Hope Scale is volgens de Crotan normen eveneens goed. De alpha hiervan bedroeg .80. Ook hier zou het verwijderen van items uit de lijst de alpha niet verhogen.

Vervolgens zijn de totaalscores van die twee schalen berekend. De State Hope Scale hadden 208 personen volledig ingevuld. Er werd een minimumscore van 6 en een maximumscore van 24 gevonden. De gemiddelde score lag ongeveer bij 17. De standaardafwijking bedroeg 2.9.

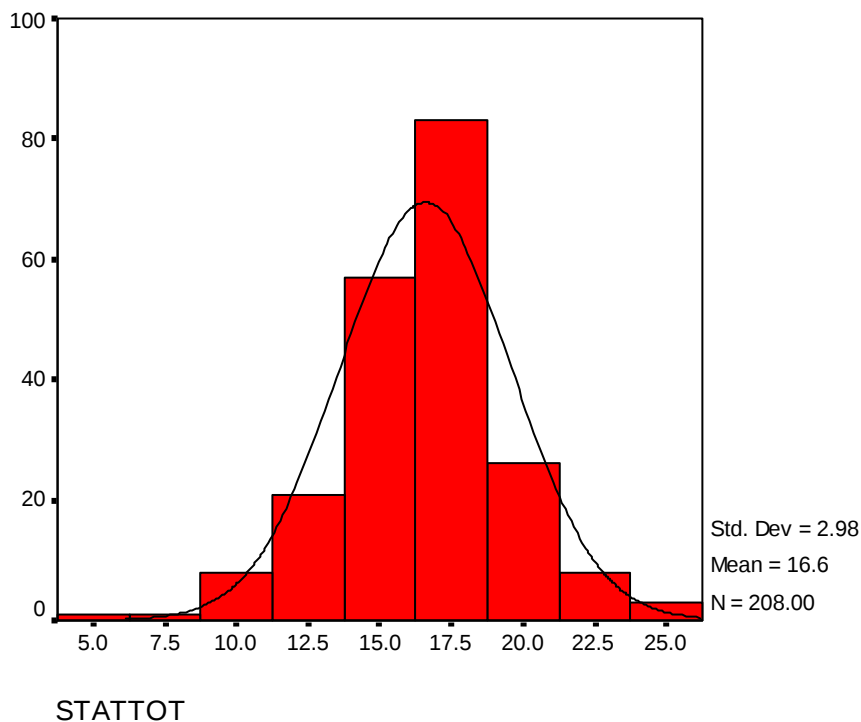
De schaal werd verder nog onderverdeeld in agencies en pathways. De agency subschaal beschrijft de doelgedreven energie van de testpersoon. De interne consistentie van deze lijst bedroeg .76.

De pathwayscore geeft de capaciteit aan om wegen naar doelen te bedenken. De alpha was in dit geval .71

De Trait Hope Scale werd door 205 mensen volledig ingevuld. Er werd een minimumscore van 12 en een maximumscore van 32 gevonden. De gemiddelde score lag ongeveer bij 24. De standaardafwijking bedroeg 3.3.

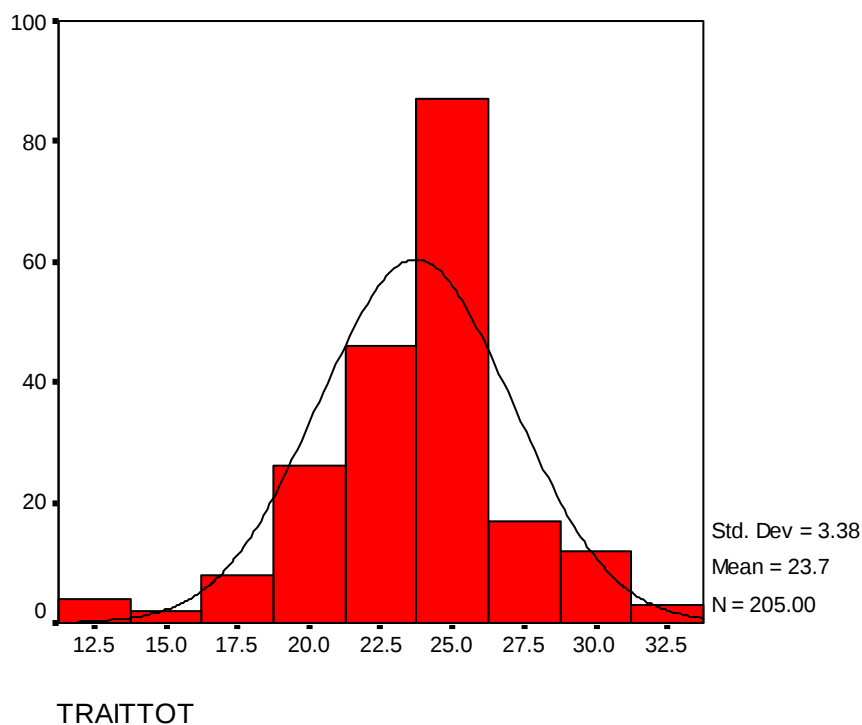
Om te achterhalen hoe de verdeling van de scores op de twee vragenlijsten eruit zag, zijn staafdiagrammen gemaakt. Alle verdelingen stelden geen normale klokvormige symmetrische dichtheidskrommen voor.

Staafdiagram State Hope Scale totaalscore:



De verdeling van de scores op deze schaal is rechtsscheef. Het gemiddelde ligt in de bovenste helft van de scores. Er is een grote variabiliteit van de scores. Zowel de minimum als ook de maximumscores van respectievelijk 6 en 24 werden bereikt (dus van geen hoop tot heel veel hoop). Maar er waren maar weinig mensen die heel laag scoorden. De meeste mensen scoorden tussen de 15 en 20.

Staafdiagram Trait Hope Scale totaalscore:



Ook hier is geen normaalverdeling aanwezig. De hele verdeling was rechtsscheef. De laagste score was 12 en de hoogste score bedroeg 32. De minimumscore van 8 werd niet bereikt. Er is dus niemand die absoluut geen hoop had. Er waren wel mensen die de maximumscore van 32 bereikten en dus als heel hoopvol beoordeeld kunnen worden. Maar de meeste mensen scoorden tussen de 20 en 30.

3.2 Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren

Deze tabel geeft een overzicht over de gevonden resultaten op de t-test en f-test die later nader uitgelegd en onderzocht zullen worden:

State Hope Scale		
Geslacht	p = .098	Niet significant
Opleiding	p = .038	significant
Woonsituatie	p = .0	significant

Trait Hope Scale

Geslacht	p = .056	Niet significant
Opleiding	p = .054	Niet significant
Woonsituatie	p = .11	Niet significant

a.) geslacht

Snyder schrijft in *The psychology of hope* dat hij verwachtte dat mannen hoger op de Hoop lijsten zouden scoren. Hij heeft er vervolgens onderzoek naar gedaan en de lijst werd door heel veel mensen ingevuld. Maar er werd geen verschil tussen mannen en vrouwen gevonden bij de scores van de Hoop lijst of bij de willpower en waypower subschalen. Mannen en vrouwen waren meestal redelijk hoopvol ingesteld. Snyder zegt dat de verschillen tussen mannen en vrouwen toch te veel benadrukt werden en dat in een tijd van sociale verandering waarin vrouwen steeds meer rechten hebben, de verschillen tussen mannen en vrouwen steeds kleiner worden. Maar volgens hem is er ook nog een andere verklaringmogelijkheid voor de gelijke hoopscores. Het is namelijk onbekend wat precies de gestelde doelen voor mannen en vrouwen zijn. Van vrouwen wordt tegenwoordig vaak nog steeds verwacht dat zij kinderen krijgen en deze opvoeden en het huishouden doen. Mannen daarentegen hebben meer vrijheid om naar doelen te streven buiten de familie om. Misschien verwachten vrouwen niet dat er veel levensdoelen voor hen open staan. Misschien rapporteren vrouwen daarom veel hoop voor doelen die voor hen haalbaar zijn. (Snyder, C.R., (1994)).

Bij dit onderzoek naar verschillen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van hoop zijn bij de scores op de State Hope scale werd gebruik gemaakt van een independent sample t-test.

Hieruit is gebleken dat $t(206) = 1.664$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .098 niet significant op dit niveau is. Dit betekent dat er geen significant verschil gevonden is vrouwen en mannen op de State Hope Scale (zie ook statische bijlage en boxplot).

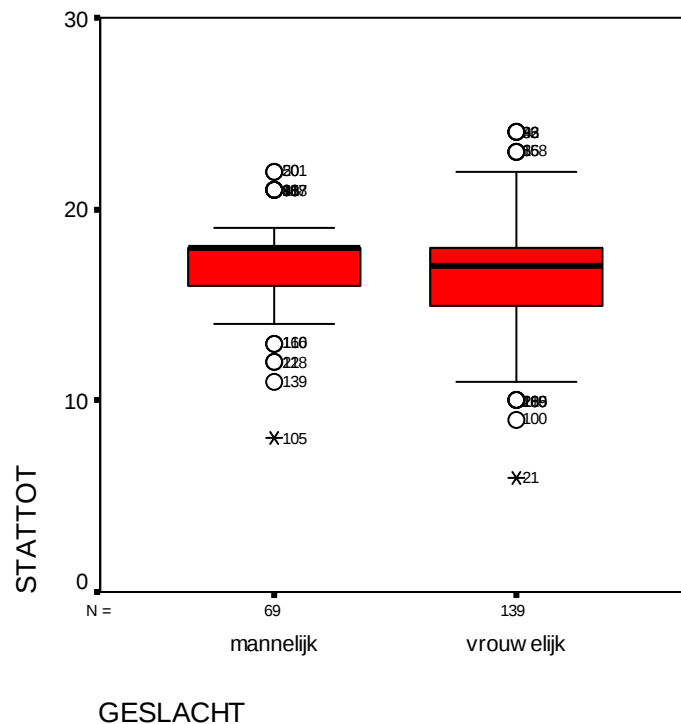
Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de State Hope Scale (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 13.1 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat het geslacht de scores op State Hope niet kan verklaren ($p = .188$ is niet significant).

(Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

Dit boxplot diagram geeft de antwoorden op de State Hope Scale visueel weer:



Mannen scoren gemiddeld iets hoger op de State Hope lijst. Maar dit verschil is niet significant. De minimumscore van mannen ligt iets hoger dan die van vrouwen (ongeveer bij veertien en vrouwen ongeveer bij elf). Maar de maximumscore ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen.

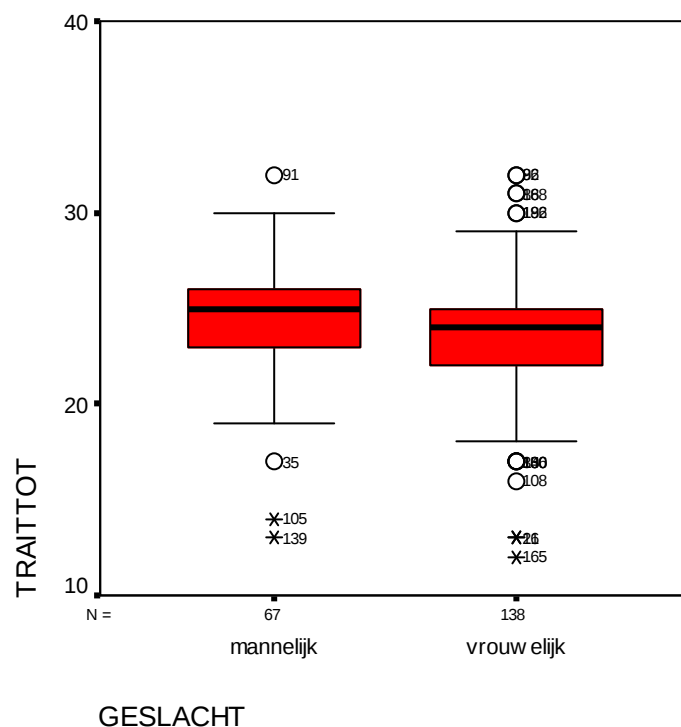
Bij het onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen bij de scores op de Trait Hope scale is gebruik gemaakt van een independent sample t-test.

Hieruit is gebleken dat $t(203) = 1.919$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .056 net niet significant op dit niveau is. Dit betekent dus dat er geen significant verschil gevonden is tussen de scores van vrouwen en mannen op de State Hope Scale. Maar misschien zou men het voorzichtig een trend kunnen noemen.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Trait Hope Scale (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren of voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model niet significant was ($p = .057$). En als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 5.9 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model. Dat is heel erg weinig. Daarom kan men zeggen dat de predictor variabelen de score op de Trait Hope Scale niet kunnen verklaren (zie ook boxplot en bijlage).

In het volgende boxplot diagram zijn de antwoorden op de Trait Hope Scale weergegeven:



Dit boxplot diagram laat zien dat mannen gemiddeld iets hoger scoren dan vrouwen. Maar dit verschil is heel klein en ook niet significant. Verder valt op dat zowel de maximumscore als ook de minimumscore van de mannen hoger is dan van de vrouwen. Ook dit verschil is heel gering.

b.) opleiding

Literatuuronderzoek heeft hierbij geen overduidelijke resultaten opgeleverd. Het enige wat Snyder over het opleidingsniveau en hoop zegt, is het volgende: het lijkt zo alsof hoop samenhangt met behaalde academische prestaties. Hoop correleert met hogere prestaties op tests en een hoger behaald aantal punten bij studenten. (Snyder et al.(2000)).

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een f-toets (anova) om te kijken of de scores op de State Hope Scale verschillen bij verschillende opleidingsniveau's.

Hieruit is gebleken dat $t(207) = 2.594$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .038 significant op dit niveau is. Dat betekent dus dat er verschillen zijn bij de score op de State Hope Scale bij de verschillende opleidingsniveau's.

Omdat we niet weten bij welke groepen er een significant verschil voorkomt moet vervolgens gebruik gemaakt worden van een Post Hoc Test. Er werd voor de Bonferroni-test gekozen.

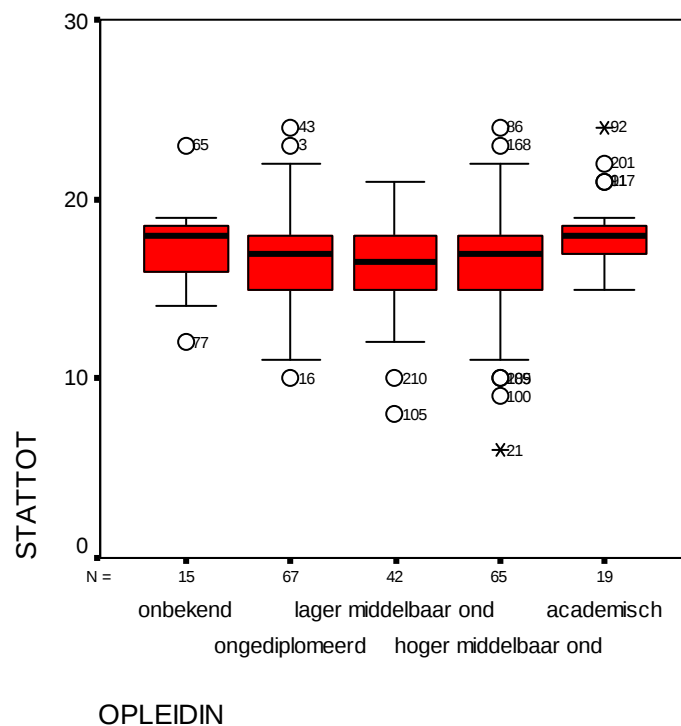
Uit de Bonferroni-test komt naar voren dat het verschil tussen lagermiddelbaar onderwijs en academisch significant is met een p-waarde van $p = .023$ (voor meer informatie zie bijlagen). De lagermiddelbaar opgeleiden scores gemiddeld iets lager dan de academici.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de State Hope Scale (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren of voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 13.1 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat bij het opleidingsniveau alleen lagermiddelbaar en hogermiddelbaar de scores op State Hope kan verklaren ($p = .005$ en $p = .040$) (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage).

In het volgende boxplot diagram is een overzicht van de antwoorden op de State Hope Scale gegeven:



Bij dit boxplot diagram valt op dat de gemiddelde scores tussen de vijf niveau's niet erg verschillen. Academici score gemiddeld iets hoger op hoop dan de rest. De minimumscore is bij de ongediplomeerden de laagste score. De maximumscore is bij de ongediplomeerden en de hogermiddelbaar opgeleiden ongeveer even hoog.

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een f-toets (anova) om te kijken of de scores op de Trait Hope Scale verschillen bij verschillende de opleidingsniveau's.

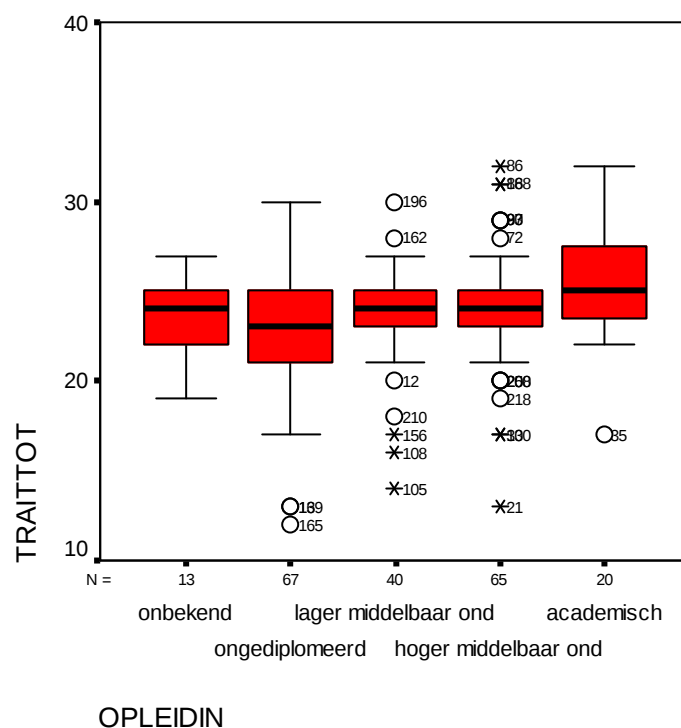
Hieruit is gebleken dat $t(204) = 2.372$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-

waarde van .054 net niet significant op dit niveau is. Dat betekent dus dat er geen verschillen gevonden zijn bij de score op de Trait Hope Scale bij de verschillende opleidingsniveau's . Daarom is het ook niet zinvol om nog een post hoc test door te voeren.

Vervolgens is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Trait Hope Scale (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren of voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model niet significant was ($p = .057$). En als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 5.9 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model. Dat is heel erg weinig. Daarom kan men zeggen dat de predictor variabelen de score op de Trait Hope Scale niet kunnen verklaren (zie ook boxplot en bijlage) .

In het volgende boxplot diagram is een overzicht over de antwoorden op de Trait Hope Scale gegeven:



Hier valt op dat de hoogst gemiddelde score door de academici bereikt werd. Maar het verschil tussen de gemiddelde scores van de verschillende opleidingsniveaus is heel klein. De hoogste maximumscore werd behaald door de academici en de laagste minimumscore werd behaald door de ongediplomeerden.

c.) woonsituatie

In de literatuur wordt weinig over de samenhang tussen woonsituatie en hoop gezegd. Daarom is er eigen onderzoek naar gedaan.

Bij het onderzoek of de scores op de State Hope scale verschillen bij verschillende woonsituaties is gebruik gemaakt van een independent sample t-test .

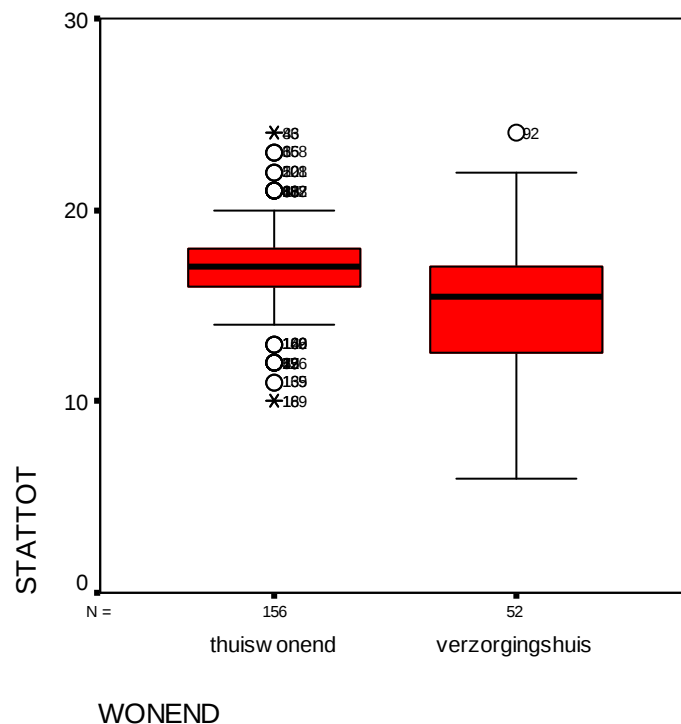
Hieruit is gebleken dat $t(206) = 3.669$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .0 absoluut significant op dit niveau is. Dit betekent dus dat er een significant verschil op de scores is bij thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners. Thuiswonenden scoorden gemiddeld hoger op de State Hope Scale dan bejaardentehuisbewoners.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de State Hope Scale (de criterium variabele) kunnen verklaren of voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt het op dat maar 13.1 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat de woonsituatie de scores op State Hope kan verklaren ($p = .000$). (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

In het volgende boxplot diagram is een visueel overzicht van de antwoorden op de State Hope Scale gegeven:



Hier valt op dat de thuiswonenden gemiddeld hoger scoren dan de mensen in bejaardentehuizen. Verder valt op dat de minimumscore bij de bejaardentehuisbewoners veel lager ligt dan bij thuiswonenden. Bij de thuiswonenden zijn er veel meer uitschieters. De maximumscore ligt bij de mensen in bejaardentehuizen iets hoger (ongeveer een verschil van twee punten).

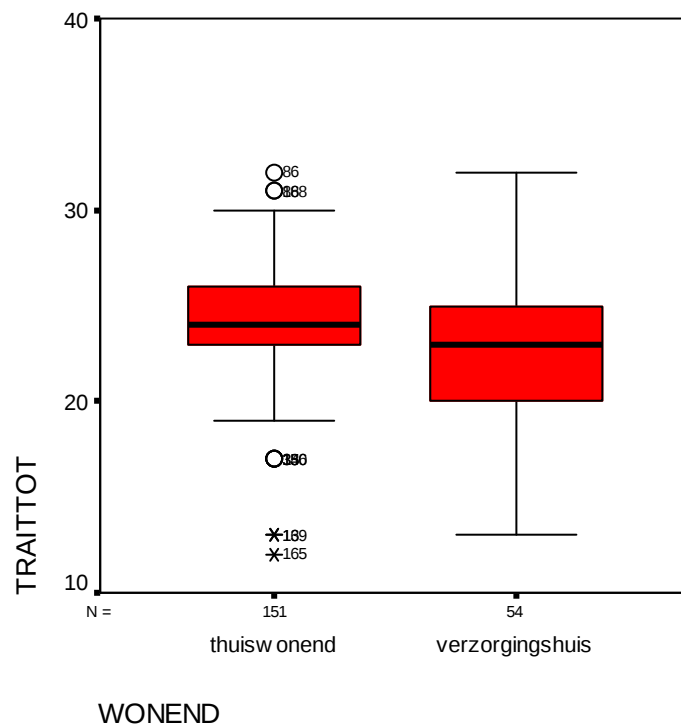
Bij het onderzoek of de scores op de Trait Hope scale verschillen bij verschillende woonsituaties is gebruik gemaakt van een independent sample t-test .

Hieruit is gebleken dat $t(203) = 1.814$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .0113 niet significant op dit niveau is. Dit betekent dus dat er geen significant verschil tussen de scores van bejaardentehuisbewoner en thuiswonenden op de Trait Hope Scale gevonden is.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Trait Hope Scale (de criterium variabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model niet significant was ($p = .057$). En als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 5.9 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model. Dat is heel erg weinig. Daarom kan men zeggen dat de predictor variabelen de score op de Trait Hope Scale niet kunnen verklaren (zie ook boxplot en bijlage) .

In de navolgende boxplot diagram zijn de antwoorden op de Trait Hope Scale visueel verduidelijkt:



Hier valt op te merken dat thuiswonenden gemiddeld iets hoger scoren. Maar het verschil is heel klein en ook niet significant. Verder valt op te merken dat de minimumscore van mensen in bejaardentehuizen consequent veel lager is dan van thuiswonenden. De maximumscore van mensen in bejaardentehuizen is echter iets hoger.

4. Factor optimisme

Optimisme is een ruim begrip dat verschillend gedefinieerd kan worden. Een definitie van optimisme luidt als volgt: optimisme is een gebruikelijke benaming voor een psychische gemoedsgesteldheid die de wereld en het eigen lot positief beoordeelt en in elke situatie op een goede uitkomst hoopt (Bassermann, (1995).

Bovendien wordt ervan uitgegaan dat optimisten hun succes aan stabiele interne, globale oorzaken wijten. Pessimisten echter wijten hun succes aan externe variabele, globale of specifieke factoren. Een mens met een pessimistische houding wijt falen aan interne factoren maar een optimist wijt falen aan externe gebeurtenissen.

Veel studies houden zich bezig met de definitie van optimisme. Een cruciale vraag waar ook veel onderzoek naar gedaan is, luidt: hoe ontstaat optimisme? Waarom hebben sommige mensen een pessimistische houding en andere mensen een optimistische houding?

Peterson en Steen hebben zich met deze vraag bezig gehouden. Zij gaan ervan uit dat meerdere factoren een rol bij het ontstaan van optimisme kunnen spelen.

Een van deze factoren zijn de genen. Uit een vroeger onderzoek bleek dat er een hogere correlatie bestond tussen een optimistische verklaringsstijl bij monozygotischen tweelingen dan bij dizygotischen tweelingen. Maar dit betekent niet dat er een optimisme gen bestaat. Genen zijn waarschijnlijk alleen indirect verantwoordelijk voor een optimistische verklaringsstijl. Genen hebben bijvoorbeeld invloed op eigenschappen zoals intelligentie en fysieke aantrekkingskracht. Dit kan vervolgens positieve reacties uit de omgeving oproepen, hetgeen bevorderlijk kan zijn voor een optimistische houding.

Een tweede factor dat een grote invloed kan hebben op het ontstaan van de optimistische verklaringsstijl zijn de ouders. Onderzoekers hebben zich bezig gehouden met samenhang tussen de optimistische verklaringsstijl van ouders en hun kinderen. Uit dit onderzoek bleek dat sommige ouders hun optimistische houding aan hun kinderen konden overdragen, maar sommige ouders was dat ook niet gelukt.

Er moest ook naar andere aspecten gekeken worden, zoals: hoeveel tijd brengen ouders en kinderen met elkaar door? Waarover praten zij met elkaar? Waarom kunnen sommigen kinderen een optimistische perspectief ontwikkelen hoewel externe invloeden dit eigenlijk zouden ondergraven?

Er wordt ervan uitgegaan dat ouders de optimistische verklaringsstijl van hun kinderen kunnen beïnvloeden door middel van modelling. Kinderen neigen ertoe die mensen te imiteren die zij als krachtvol en competent ervaren – en de meeste ouders voldoen aan deze beschrijving.

Kinderen zien hoe hun ouders de wereld interpreteren en daarom zijn zij ook geneigd om hun omgeving op dezelfde manier te interpreteren. Als kinderen bijvoorbeeld vaak horen dat hun ouders negatieve gebeurtenissen aan interne, stabiele, globale verklaringen wijten, dan zijn ook zij geneigd deze pessimistische interpretaties over te nemen.

Een andere ouderlijke invloed betreft hoe ouders het gedrag van hun kinderen interpreteren. Kritiek die pessimistische redenen impliceert, heeft een cumulatief effect hoe kinderen tegen zichzelf aan gaan kijken. Ouders kunnen op verschillende manieren reageren op iets wat het kind gedaan heeft.

Als een kind bijvoorbeeld zijn sleutel kwijt geraakt is, dan kunnen ouders zeggen dat het kind onzorgvuldig of slordig is of zij kunnen zeggen dat het kind eraan moet werken om zijn spullen beter te organiseren. De ene reactie bevordert een pessimistische zicht, daarentegen bevordert de andere reactie een optimistischere zicht.

Van den Belt en Peterson (Van den Belt, A., Peterson, C. (1991)) knoopten bij dit punt aan. Zij kwamen erachter dat de manier hoe ouders gebeurtenissen (die met hun kinderen te maken hebben) uitleggen, ook invloed hebben op de prestaties van die kinderen op school.

Uit hun onderzoek bleek dat kinderen wier ouders een pessimistische verklaringstijl hadden, presteerden en studeerden slechter dan hun potentiaal eigenlijk toe zou laten.

Een andere soort ouderlijke invloed is indirect maar waarschijnlijk heel belangrijk: het feit of het jonge kind in een veilige, stabiele omgeving opgroeit. Het is bekend dat kinderen uit gelukkige en steungevende families later waarschijnlijk tot een optimistische verklaringstijl zullen neigen.

Verder blijkt dat ouderlijke betrokkenheid en steun, faalangst vermindert en de kinderen daardoor de mogelijkheid geeft risico's te nemen die noodzakelijk voor hun latere ontwikkeling zijn (om hun ware interesses en talenten te vinden en te volgen).

Vervolgens kan geconcludeerd worden dat optimisme ontstaat of bevorderd wordt door een aantal vertrouwenoproepende ervaringen.

Naast de ouders kunnen ook nog andere factoren bij het ontwikkelen van een optimistische houding een rol spelen.

Ook leraren kunnen de verklaringstijl beïnvloeden. Als een leraar een scholier bekritiseert of veel negatief feedback geeft, kan dit invloed hebben op de houding van de scholier. Door een negatieve feedback van de leraar kan een positieve mening veranderen in een negatieve mening. Een positieve feedback echter kan een optimistische houding bevorderen.

Andere factoren die nog van invloed zouden kunnen zijn, zijn de media of trauma's zoals de dood van familieleden, incest en andere ernstige gebeurtenissen (Peterson, C & Steen, T.A., Optimistic explanatory style in Snyder C.R& Lopez, S.J. (2002)).

Carver en Scheier hebben ook veel onderzoek naar optimisme verricht. Net als Peterson en Steen hebben zij ook onderzocht hoe optimisme ontstaat.

Ook zij gaan ervan uit dat gebeurtenissen en ervaringen in de vroege kindertijd een grote rol spelen. Hierbij sluiten hun ideeën op die van Erikson aan.

Erikson zei dat kinderen die de sociale omgeving als voorspelbaar ervaren, een gevoel van "basic trust" ontwikkelen. De kinderen die de wereld als onvoorspelbaar ervaren, ontwikkelen echter een gevoel van "basic mistrust".

Deze ideeën verschillen niet zo veel van het algemene gevoel van optimisme of pessimisme. Aanhangers van de attachmenttheorie zeggen dat sommige kinderen een veilige hechting voelen en anderen niet.

Deze discussie werd ook nog uitgebreid naar een discussie over gehechtheid bij volwassenen. Onzekere gehechtheid bij volwassenen staat gerelateerd aan pessimisme. Dit suggereert dat optimisme gedeeltelijk ontstaat uit ervaringen met veilige hechtingen in de vroege kindertijd (Carver, S.C. & Scheier, M. F, Optimism in Snyder C.R& Lopez, S.J. (2002)).

Het is ook belangrijk te achterhalen welke positieve gevolgen optimisme op de gezondheid en andere facetten van het leven heeft. Volgens een onderzoek van Martin Seligman en collega's uit 1991 is optimisme een belangrijke voorwaarde voor een gezond leven. Het feit dat optimistische mensen negatieve gebeurtenissen aan externe, veranderbare oorzaken wijten is een opvatting die een positieve invloed heeft op de gezondheid. Optimisten vertonen minder lichamelijke symptomen van ziekte, herstellen sneller na een ziekte, zijn vaak gezonder en leven langer. Optimisme kan ook ertoe leiden dat een gezondheidsbevorderlijk gedrag aangenomen wordt. Zelfs een onrealistische vorm van optimisme kan zich positief op de gezondheid uitwerken (Zimbardo, P.G & Gerrig, R.J, (1996),).

Ook Scheier en Carver hebben hier onderzoek naar gedaan. Zij deelden collegestudenten in de categorieën optimistisch en pessimistisch en kwamen erachter dat die als optimistisch beoordeelde studenten minder vaak symptomen van ziekte toonden tijdens het studiejaar dan pessimisten.

Het is bekend dat er een samenhang bestaat tussen optimisme en gezondheid. Uit onderzoek bleek dat optimisten eerder tot een probleemgerichte aanpak met het omgaan van stress neigen.

De resultaten uit een andere studie lieten ook zien welke positieve invloed optimisme op de gezondheid heeft. Bij dit onderzoek verzamelden onderzoekers persoonlijke essays die Harvard studenten in de jaren veertig geschreven hadden. Zij analyseerden dit materiaal van 99 mannen en beoordeelden welke houding iemand had. 35 Jaar later werd er weer naar gekeken. Diegenen die in hun jeugd als optimistisch gecategoriseerd werden, waren gezonder dan hun pessimistische ex-studiegenoten.

Er zijn twee verklaringen voor deze resultaten: een biologische en een behavioristische verklaring. In studies die de biologische benadering benadrukken, hebben onderzoekers bloedmonsters onderzocht. Hieruit bleek dat optimisten over een sterkere immuun respons tegen stress beschikten dan pessimisten.

In een onderzoek dat de behavioristische benadering benadrukte werd de houding van 1528 jonge, gezonde volwassenen onderzocht. Dit gebeurde met behulp van vragenlijsten. Na 50 jaar bleek dat er minder optimisten overleden waren bij ongelukken of een roekeloze of gewelddadige dood stierven dan pessimisten (Brehm, S.B., Kassin, S.M., Fein, S., (2002)).

De Amerikaanse psycholoog Martin Seligman heeft veel onderzoek verricht naar optimisme. Hij schrijft dat het karakteristiek voor een pessimist is dat hij ertoe neigt ervan uit te gaan dat nare gebeurtenissen altijd aanhouden, dat hij door alles wat hij aanpakt aan het wankelen wordt gebracht en dat hij alles als zijn eigen schuld beschouwt.

Een optimist echter, die evenveel te verduren krijgt in deze wereld, beleeft het net andersom: een nederlaag duurt voor hem maar even, is alleen maar een tegenvaller, en de oorzaak blijft beperkt tot dit ene geval. Een optimist gelooft dat het niet door hem komt, maar door omstandigheden, pech of andere mensen. Hij raakt niet van streek door tegenslagen. Als hij er slecht voor staat, ziet hij hierin een uitdaging om er nog eens extra tegenaan te gaan.

Deze twee manieren van denken over de oorzaak leiden ook tot andersoortig gedrag. Uit honderden onderzoeken blijkt dat een pessimist gemakkelijker opgeeft en vaker depressief raakt dan een optimist.

Deze experimenten tonen eveneens aan dat een optimist op school en aan de universiteit, op zijn werk, op het sportveld enzovoort tot betere resultaten komt. Hij presteert vaak beter dan tests voorspellen. De gezondheid van een optimist is vaak beter en het ouder worden gaat hem goed af: hij heeft minder last van allerlei kwaaltjes die horen bij de middelbare leeftijd. Wellicht wordt hij ook vaak ouder.

De afgelopen jaren hebben laboratoria overal ter wereld veelvuldig het wetenschappelijke bewijs geleverd dat psychologische kenmerken, vooral optimisme, een goede gezondheid kunnen opleveren. Dit bewijs toont aan dat er in de verhalen waarin lachen en de wil tot leven als gezondheidsbevorderend worden beschreven, veel zinnigs steekt.

De theorie van aangeleerde hulpeloosheid stoelt op vier suggesties die ervan uitgaan dat optimisme de gezondheid ten goede komt. Uit onderzoek met ratten bleek dat aangeleerde hulpeloosheid niet alleen het gedrag verzwakt, het werkt zelfs door op cellulair niveau en maakt het immuun stelsel passiever.

Optimisten bieden meer weerstand tegen hulpeloosheid. Falen maakt hen niet gemakkelijk depressief. Zij geven het niet gauw op. Een optimist zal in zijn leven minder perioden van aangeleerde hulpeloosheid doormaken dan een pessimist. Hoe minder aangeleerde hulpeloosheid wordt ervaren hoe beter het immuunstelsel moet functioneren. Een optimistische instelling beïnvloedt de gezondheid en voorkomt hulpeloosheid. Het immuunstelsel blijft dan alerter.

Een tweede manier waarop optimisme een goede gezondheid kan bewerkstelligen betreft gezond leven en het inwinnen van medisch advies. In een onderzoek onder 100

mensen die op Harvard hadden gestudeerd, dat zich over 35 jaar uitstreckte, bleek inderdaad dat pessimisten minder dan optimisten geneigd waren het roken op te geven, en vatbaarder waren voor ziekten. Optimisten, die al vlug de zaak in eigen hand nemen, neigen meer tot actie; zo wordt ziekte voorkomen of wanneer zij toch ziek worden, genezen zij sneller.

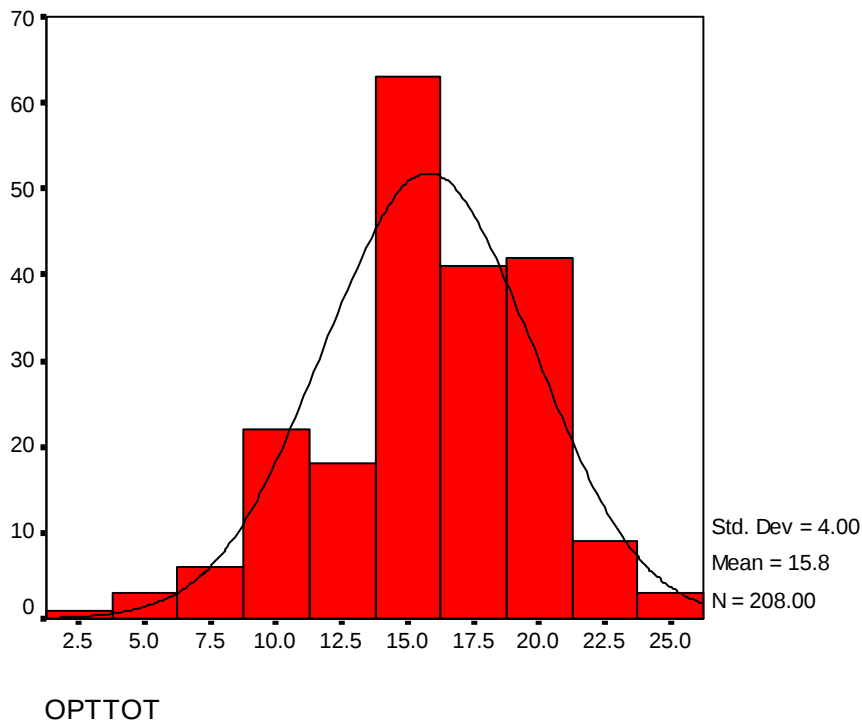
Een derde manier waar optimisme invloed heeft op de gezondheid betreft het aantal nare gebeurtenissen die een mens in het leven meemaakt. Statistisch is aangetoond dat hoe meer nare gebeurtenissen iemand in een bepaalde periode meemaakt, hoe vaker hij ziek zal zijn. Het is gebleken dat de pessimist meer nare gebeurtenissen meemaakt dan de optimist. Omdat de pessimist passiever is, onderneemt hij minder om nare gebeurtenissen te voorkomen en deze een halt toe te roepen als zij voorvallen. Daaruit vloeit dan voort dat de pessimist, doordat hem meer nare dingen overkomen wat tot meer ziekte leidt, vaker ziek moet zijn.

De laatste reden waarom optimisten gezonder dan pessimisten moeten zijn, heeft te maken met sociale ondersteuning. Pessimisten ondernemen minder om sociale ondersteuning te krijgen en te behouden. Aangezien geen of weinig sociale ondersteuning zich negatief op ziekte uitwerkt, leidt een optimistische verklaringstijl vaak tot een goede gezondheid. (Seligman, M.E.P. (1991)).

4.1 Algemene Resultaten

Bij de Lot-R, de vragenlijst die depressie meet, is eerst naar de betrouwbaarheid gekeken. De interne consistentie is volgens de Crotan normen nog niet helemaal goed. De gevonden alpha bedroeg .65. Er wordt voor een onderzoek op groepsniveau tenminste een alpha van .60 vereist. De gevonden alpha van .65 voldoet hier aan. Maar een alpha wordt pas vanaf .70 als goed beschouwd. Ook bij verwijderen van bepaalde items, komt men tot de conclusie dat dit de alpha niet verhoogd, . Bovendien bestaat de lijst maar uit zes items die gescoord worden. Daarom is het zeker niet aan te bevelen om items te verwijderen, aangezien de lijst dan uit heel weinig items zou bestaan en de betrouwbaarheid niet verhoogd kan worden.

Bij de 208 mensen die de Lot-R ingevuld hebben, werd een minimumscore van 2 en een maximumscore van 24 gevonden. De gemiddelde score lag bij ongeveer 16 en de standaardafwijking bedroeg ongeveer 2.9. Om de verdeling van de scores te verduidelijken werd gebruik gemaakt van een staafdiagram:



Deze verdeling stelt geen normale klokvormige symmetrische dichtheidskromme voor. Deze verdeling is rechtsscheef. Opvallend is dat niemand de minimumscore van nul behaald heeft. Niemand kon dus als absoluut “niet optimistisch” beoordeeld worden. De maximumscore van 24 werd echter wel behaald. De meeste mensen scoorden rond de 15.

4. Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren.

Deze tabel geeft een overzicht over de gevonden resultaten op de t-test en f-test die later nader uitgelegd en onderzocht zullen worden:

Lot-R

Geslacht	p = .035	significant
Opleiding	p = .003	significant
Woonsituatie	p = .245	Niet significant

a.) geslacht

In de literatuur wordt weinig gezegd over de samenhang tussen geslacht en de positieve factor optimisme. Daarom is er eigen onderzoek naar uitgevoerd.

Bij het onderzoek of er verschillen tussen mannen en vrouwen zijn bij de scores op de Lot-R werd gebruik gemaakt van een independent sample t-test.

Hieruit is gebleken dat $t(206) = 2.127$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .035 significant op dit niveau is. Dit betekent dat er een significant verschil is tussen de scores van vrouwen en mannen op de Lot-R.

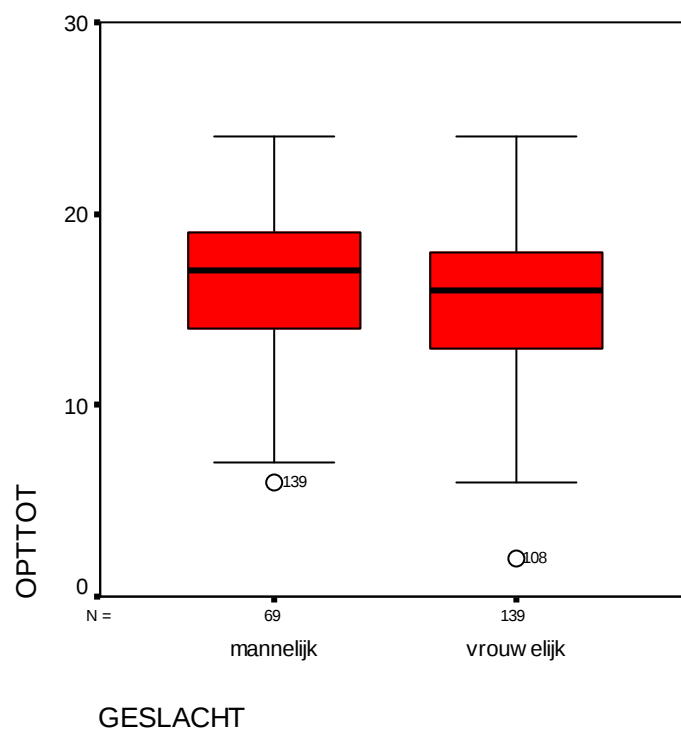
Mannen scoren gemiddeld iets hoger dan vrouwen.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Lot-R (de criterium variabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .006$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 8.5 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat het geslacht de scores Lot-R niet kan verklaren ($p = .236$ is niet significant). (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

De volgende boxplot diagram geeft een overzicht hoe mannen en vrouwen op de Lot-R scoorden:



Mannen scoorden op optimisme gemiddeld iets hoger. (Mannen ongeveer 26 en vrouwen 25). De maximumscore was bij allebei even hoog en ook de minimumscore schilde niet veel (vrouwen scoorden heel iets lager).

b.) opleiding

Het literatuuronderzoek naar de samenhang tussen het opleidingsniveau en de positieve factor optimisme heeft helaas niet veel resultaten opgeleverd. Vervolgens is er eigen onderzoek naar gedaan.

Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van een f-toets (anova) om te kijken of er verschillen tussen de scores op de Lot-R zijn tussen de opleidingsniveau's.

Hieruit is gebleken dat $t(207) = 4.112$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .003 significant op dit niveau is. Dat betekent dus dat er verschillen zijn bij de score op de Lot-R bij de verschillende opleidingsniveau's.

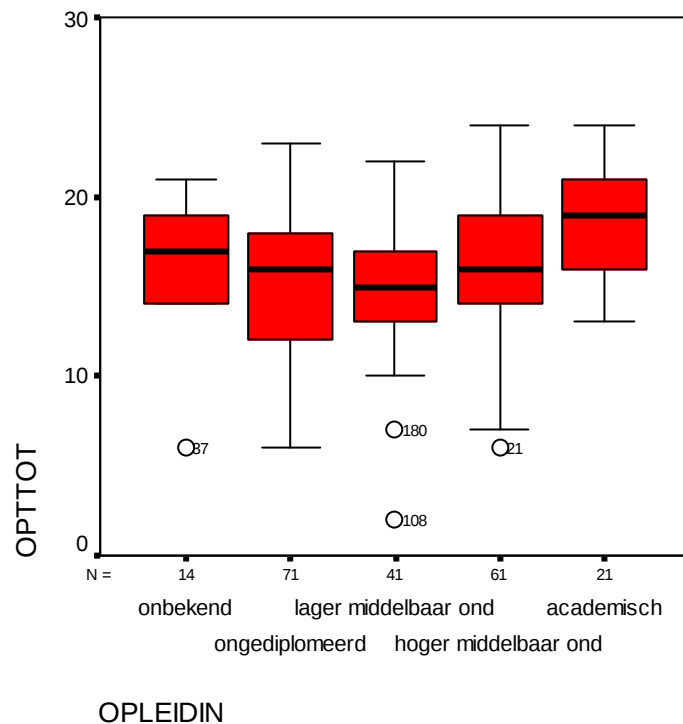
Omdat we niet weten bij welke groepen er een significant verschil voorkomt moet vervolgens gebruik gemaakt worden van een Post Hoc Test. Er werd voor de Bonferroni-test gekozen. Uit de Bonferroni-test komt naar voren dat het verschil tussen academisch en ongediplomeerd significant is met een p-waarde van $p = .002$. Verder bleek er een significant verschil te zijn tussen academisch en lagermiddelbaar onderwijs met een p-waarde van $p = .003$ en ten slotte kwam nog een significant verschil naar voren tussen academisch en hogermiddelbaar onderwijs met een p-waarde van $p = .031$. Academici scoorden hoger op optimisme dan alle andere groepen.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Lot-R (de criterium variabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .006$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 8.5 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat bij opleiding kan alleen ongediplomeerd, lagermiddelbaar onderwijs en hoger middelbaar onderwijs de scores Lot-R verklaren ($p = .003$, $p = .001$ en $p = .007$). (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

Een boxplot geeft de scores op de Lot-R weer:



Hier valt op dat de gemiddelde score op optimisme bij de academici de hoogste is. Verder bereiken de academici samen met de hogermiddelbaar opgeleiden de hoogste maximumscore. De laagste minimumscore werd door de ongediplomeerden bereikt.

c.) woonsituatie

Het literatuuronderzoek naar de woonsituatie en de positieve factor optimisme heeft helaas niet veel resultaten opgeleverd. Vervolgens werd er eigen onderzoek naar gedaan.

Bij het onderzoek of er verschillen zijn bij de woonsituatie zijn bij de scores op de Lot-R werd gebruik gemaakt van een independent sample t-test.

Hieruit is gebleken dat $t(206) = 1.173$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .245 niet significant op dit niveau is. Dit betekent dus dat er geen significant verschil is tussen de scores van thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners op de Lot-R.

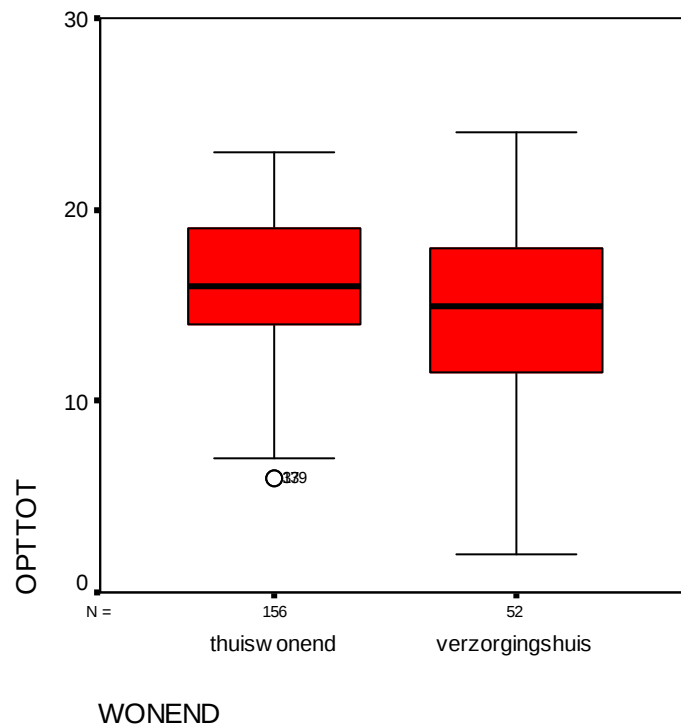
Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de Lot-R (de criterium variabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .006$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 8.5 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat de woonsituatie de scores Lot-R niet kan verklaren ($p = .435$, is niet significant).

(Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

Dit boxplot diagram geeft weer hoe de testpersonen op de Lot-R scoorden:



Hier valt op dat thuiswonenden gemiddeld iets hoger scoren dan bejaardentehuisbewoners. Maar dit verschil is maar heel klein en ook niet significant. Verder valt op dat minimumscore van de bejaardentehuisbewoners veel lager is dan van mensen die thuis wonen. Bij de maximumscores is er maar een klein verschil (de maximumscore bij bejaardentehuisbewoners is iets hoger).

5. Factor depressie

Depressie is het meest voorkomend psychisch probleem wat volwassenen ervaren (Stielman, C.K., Rider, E.A. (2003)). Een op de vijf volwassenen zal een keer in zijn leven een depressieve episode meemaken (Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996) *Psychologie*. HarperCollins, New York). Ook al komt het probleem veel voor, het wordt niet altijd goed herkend.

Depressie wordt volgens de DSM IV ingedeeld bij stemmingsstoornissen. Een ander bekend classificatiesysteem, de ICD 10 deelt depressie eveneens in bij de stemmings- en affectieve stoornissen (Cave, S.(2002) *Classification and Diagnosis of Psychological Abnormality*. Routledge, East Sussex).

Er bestaan verschillende soorten depressies binnen deze categorie van stoornissen. Het eerste onderscheid is dat tussen bipolaire en unipolaire stoornissen . Bipolaire stoornissen worden ook wel manisch depressieve stoornissen genoemd omdat hierbij de meer of minder ernstige depressieve episoden altijd samen gaan met manische, hypomane of gemengde episoden (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)). Omdat bipolaire depressies veel minder vaak voorkomen dan unipolaire depressies, namelijk maar 1,6% van de bevolking lijdt aan deze stoornis, is het voor dit onderzoek naar de relatie met positieve factoren minder goed geschikt. Verder lijkt de erfelijkheid bij deze stoornis een zó

grote rol te spelen dat alleen door preventiemaatregelen weinig gedaan kan worden om de ontwikkeling van de stoornis te voorkomen. De concordantie tussen eenjarige tweelingen bedraagt zelfs 80% (Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996)).

Unipolaire depressies zijn om deze redenen beter geschikt voor nader onderzoek naar het verband met positieve factoren. De kernsymptomen van unipolaire depressie zijn sombere, gedaalde stemming, verminderde interesse en een verminderd vermogen om plezier te kunnen beleven aan zaken die de persoon voorheen wel prettig vond. Er kunnen verder nog veel meer kenmerken bijkomen. Hier kan onderscheid gemaakt worden tussen lichamelijke symptomen, cognitieve symptomen en emotionele symptomen (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)). Soms worden ook motivationele symptomen onderscheiden (Cave, S.(2002)). Lichamelijke symptomen houden een gebrek aan eetlust in of juist toenemende eetlust, constipatie, verstoring van het slaappatroon, verminderde seksuele gevoelens en niet kunnen verdragen van lawaai en licht (Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S. (2002)). Tot cognitieve symptomen kunnen pessimisme, een negatieve zichtwijze van het leven, nu en toekomst, verwarring en geheugenproblemen worden gerekend. Ook vertragingen van het denken en concentratieproblemen behoren tot deze categorie (Brockhaus (2001)). Emotionele symptomen zijn bijvoorbeeld gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoelens en gedachtes aan dood en suïcide (Cave, S.(2002)). Het gevoel dat alles grote inspanning kost, weinig activiteit, het liefst in bed willen blijven, apathie en verlies van energie (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)) duiden er wederom op dat ook de motivatie van de betrokkene aangetast is (Cave, S.(2002)).

Er werd vroeger vaker onderscheid gemaakt tussen endogene en reactieve depressies (Brockhaus (2001)). Hierbij zouden bij de endogene depressie etiologie en pathogenese biologisch bepaald zijn waarbij de reactieve depressie door sociale en psychologische factoren bepaald zou zijn (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)).

Dit onderscheid lijkt inmiddels wel kunstmatig omdat de oorzaken en het beloop van een depressie meestal een samenspel van verschillende factoren inhouden. Het diathese stress model is in deze samenhang van belang. Diathese betekent letterlijk voorbeschikking.

Deze kan genetisch bepaald zijn. Met behulp van speciaal gekweekte ratten werd bijvoorbeeld inmiddels duidelijk dat er een genetische component aanwezig is die de betrokkene gevoelig maakt voor het ontwikkelen van een depressie (Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999)). Het is zeer waarschijnlijk dat combinaties van verschillende genen de genetische kwetsbaarheid voor stemmingsstoornissen bepalen. Een periode met stressvolle gebeurtenissen kan eveneens een depressie uitlokken (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)). Hierbij valt te denken aan het verlies van een baan, echtscheiding, relatieproblemen, mishandeling of misbruik. Dus levensomstandigheden of gebeurtenissen die ongemak veroorzaken bij betrokkenen. Misbruik in de kindersheid en verwaarlozing door de ouders lijken hier een bijzonder belangrijke rol te spelen (Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., Graaf, Vollebergh, W. (2004)).

Een van de eersten die onderzoek gedaan heeft naar mogelijke cognitieve oorzaken van depressie was Martin Seligman. Met honden die elektroshocks toegediend kregen heeft hij zijn „theory of learned helplessness“ ontwikkeld. Volgens deze theorie leidt de confrontatie met een oncontroleerbare gebeurtenis tot passief gedrag. Dit gedrag treedt ook later nog op, ook al is er dan wel controle over de gebeurtenis mogelijk. Dit fenomeen lijkt op de manier van handelen van depressieven (Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S. (2002)).

Ook een negatieve verklaringsstijl die negatieve gebeurtenissen toeschrijft aan interne, stabiele en globale factoren binnen de eigen persoon kan vatbaarheid voor depressie voorspellen (Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989))

De waarneming van zichzelf is bij depressieven anders dan bij niet-depressieven. In principe zien ze zichzelf maar realistischer (Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996)). Dit realisme

lijkt zich negatief op hun stemming uit te werken. Volgens de self-awareness theory komt dit tot stand doordat slechte stemming leidt tot een focus op zichzelf. Dat verslechtert wederom de stemming van mensen met weinig zelfvertrouwen. De mensen komen dus in een vicieuze cirkel terecht.

Aaron Beck vat deze bevindingen samen in zijn cognitieve triade van depressie: een negatieve kijk op de wereld en op zichzelf en een negatieve inschatting van de toekomst. De negatieve cognitieve schema's die depressieve mensen hebben, kunnen volgens hem afstammen van eerdere negatieve levenservaringen (Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999)).

Ook neurologische factoren kunnen een rol spelen. De eerste hypothese op dit gebied was de catecholamine hypothese van Schildkraut en Kety (Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001)). Zij vermoedden dat depressie ontstaat door een verlies van transmissie aan de catecholamine synapsen van de hersenen. Dit idee ontstond door toevallige ontdekkingen tijdens het testen van verschillende medicamenten.

Verder spelen vaak ook lichamelijke factoren een rol. Depressies gaan geregeld gepaard met allerlei lichamelijke klachten en ziektes (Patten, S.B. (2001)). Het gaat hier vooral om ziektes die de huishouding van neurotransmitters in de hersenen beïnvloeden. Voorbeelden zijn kanker, beroertes, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, hormonale aandoeningen, infecties, voedingstekorten, hersentumoren, dementie, immunologische aandoeningen en stoornissen in de stofwisseling. Ook gebruik of misbruik van middelen kan een rol spelen. Hierbij valt in eerste instantie te denken aan alcohol en drugs maar ook diverse antihypertensiva, cytostatica, hormonen en psychofarmaca kunnen de stofwisseling op een negatieve manier beïnvloeden.

Psychodynamische theorieën gaan terug op bevindingen van Sigmund Freud. Hij veronderstelde dat de kans op depressie groter wordt naarmate mensen blootgesteld zijn aan vroege verlieservaringen. De kwetsbaarheid werd volgens hem nog een keer verhoogd door de neiging tot introjectie en door de identificatie met degene die men verloren heeft. Een karaktertype dat bijzonder kwetsbaar is, is volgens Freud het orale karakter. Dit karaktertype is gepreoccupeerd met krijgen en ontvangen, afhankelijkheid en onafhankelijkheid, nabijheid en afstand (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)). Deze theorie wordt vandaag niet meer veel gehanteerd omdat ze moeilijk toetsbaar is en er weinig overtuigend bewijs voor is.

De leertheoretische benadering gaat er vanuit dat conditioneringsprocessen aan het werk waren bij het ontwikkelen van een depressie. Het is mogelijk dat een bepaalde gebeurtenis depressie of verdriet kan oproepen. De gebeurtenissen en omstandigheden daaromheen kunnen via processen van hogere orde conditionering geassocieerd raken met schijnbaar daarvoor niet relevante omstandigheden. Als de persoon later weer in een vergelijkbare situatie terechtkomt kan dat ertoe leiden dat hij depressief wordt. Iedere omstandigheid kan op deze manier door onopgemerkte associaties in het verleden een depressieve reactie oproepen (Korrelboom, C.W., Kernkamp, J.H.B. (1993)).

Er is zelfs een theorie over het evolutionaire nut van een depressie. Depressie zou volgens deze theorie beschermen tegen impulsen om zinloze of schadelijke acties te ondernemen in situaties van onmacht. Bovendien heeft een depressie ook een communicatief nut. Het hebben van een depressie remt agressieve impulsen bij anderen en stimuleert ze tot helpen (Stevens, A., Price, J. (1996)).

De afwijkingen die tijdens een stemmingsstoornis kunnen optreden zijn ook zeer interessant. Het is nog niet helemaal duidelijk of deze bevindingen oorzaak of gevolg van depressie zijn.

Biochemische bevindingen betreffen dan vooral een verlaagde activiteit van serotonine en noradrenerge systemen. Medicatie tegen depressie probeert deze systemen te beïnvloeden.

Het is niet duidelijk waarom de werking van de medicatie pas na enkele weken optreedt terwijl de verhoging van de serotonine en noradrenalineconcentraties al minuten of uren na toediening van het middel optreedt. Volgens nieuwe onderzoeksbevindingen zou dit tot stand kunnen komen doordat de middelen niet direct op de spiegel van de neurotransmitters maar meer op de gevoeligheid van de synapsen inwerken (Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999)).

Neuro-endocriene bevindingen betreffen vooral het verhoogde niveau van cortisol wat in de bijnierschors geproduceerd wordt. Dit hangt eventueel samen met het verhoogde stressniveau dat mensen met een depressie ervaren (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000)).

Neuro-immunologische bevindingen zijn een verhoogd aantal van leukocyten en geactiveerde t-cellen. Dit duidt op een pro-inflammatoire toestand. Deze toestand is vergelijkbaar met de toestand die men kort voor een infectieziekte ervaart. Deze toestand kan eveneens opgeroepen worden door extern gevaar of langdurige stress.

Er zijn veel verschillende therapieën tegen depressies ontwikkeld worden. Bij minder ernstige depressies werken al therapieën waarin de lichamelijke beweging verhoogd wordt (North, T.C., McCullagh, P., Tran, Z.V. (1990)).

Bij depressies die minder ernstig zijn en voornamelijk in de winter optreden kunnen lichttherapieën helpen. Hierbij worden de patiënten regelmatig aan licht met het hele spectrum blootgesteld (Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001)).

Een ander soort therapie heet „repetitive transcranial magnetic stimulation”. Hierbij wordt met een elektromagneet een magnetisch veld in de hersenen ontwikkeld. Deze therapie blijkt op korte termijn goed te werken. De effecten op lange termijn zijn nog niet voldoende onderzocht (McNamara, B., Ray J.L., Arthurs, O.J., Boniface, S. (2001)).

In ernstige gevallen kan ook over elektronconvulsieve therapie nagedacht worden. Hierbij wordt onder narcose een stroomstoot in de hersenen toegediend. Deze methode blijkt effectief vooral in gevallen waar antidepressiva niet werkt (Wijeratne, C., Halliday, G.S., Lyndon, R.W. (1999)).

De meest gebruikelijk therapie is een behandeling met antidepressiva. Inmiddels zijn de middelen arm aan bijwerkingen en worden veelal door de huisarts verschreven.

Vroeger werd veel gebruik gemaakt van Mono-amino oxidase remmers. Deze middelen remmen het leverenzym monoamino oxidase dat voor de afbraak van de drie neurotransmitters serotonine, dopamine, norepinephrine verantwoordelijk is (Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001)). Helaas hebben deze middelen veel bijwerkingen. Vervolgens werden rond 1960 de TCA's, tricyclische antidepressiva ontwikkeld. Deze danken hun naam aan hun chemische structuur die uit drie ringen bestaat. TCA's remmen zowel de heropname van noradrenaline als serotonine. De werking van dit middel werd nog verfijnd. De nieuwste generatie van antidepressiva, die rond 1990 op de markt verscheen beïnvloedt alleen de heropname van serotonine. Ze heten daarom ook selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's). Deze twee groepen van middelen zijn ongeveer even effectief en hebben weinig bijwerkingen (Hirschfeld, R.M.(1999)). Tot de groep niet-tricyclische antidepressiva behoren de serotonine-noradrenaline heropnameremmers (SNRI's) en de noradrenerge specifieke serotonerge antidepressiva. Dit middel kan bij bijkomende lichamelijke ziektes gevaarlijke bijwerkingen hebben (Freemantle, N., Anderson, I.M., Young, P. (2000)). De SNRI's werken mogelijk zelfs iets beter dan de SSRI's en hebben eveneens weinig bijwerkingen (Clerc, G.E., Ruimy, P., Verdeau-Palles, J. (1994)). Het allernieuwste gebied van onderzoek betreft drugs die de respons op de neuropeptide substantie P of op de neuropeptide corticotropin tegengaan.

Omdat depressie ook door verschillende factoren veroorzaakt wordt is de meest effectieve therapie tegen depressie een combinatie van antidepressiva met psychotherapie

(Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001)). Op het gebied van psychotherapie is de cognitieve therapie vaak effectief. Hierbij sporen therapeut en patiënt automatische negatieve gedachten op en proberen hier verandering in te brengen. Er wordt gepoogd de negatieve gedachten te vervangen door positievere gedachten. Denkfouten worden gecorrigeerd en er wordt geprobeerd een gezondere basisopvatting over zichzelf tot stand te brengen (Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.M. (1998)).

Ook interpersoonlijke psychotherapie helpt bij depressie. Hierbij wordt uitgegaan van het medische model (Blom, M.B.J., Kerver, M.J., Nolen, W.A. (1997). De patiënt krijgt uitleg over aard, oorzaken en te verwachten beloop van depressies. Verder kan de patiënt thema's aangeven die hij graag wil bespreken. Dit kunnen bijvoorbeeld rouw, rolverandering, conflicten en contacttekorten zijn.

Therapieën waarover nog onvoldoende wetenschappelijk onderzoek verricht is, zijn psychodynamische therapieën. Hierbij wordt gepoogd dat zich een veranderde relatie met de behandelaar uitbreidt tot overige levenssituaties (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000).

Het is bij ouderen bijzonder waarschijnlijk dat depressie bij hen niet herkend wordt en daarom ook niet behandeld wordt (Baldwin, R.C. (2000)). Een probleem wat zich bij depressie vooral bij deze groep mensen voordoet, is dat het moeilijk te diagnosticeren is. Vele symptomen zoals vermoeidheid, slaapproblemen, cognitieve problemen en somatische klachten lijken op gewone verschijnselen die ouderdom met zich brengt (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)).

Verderop zijn symptomen van een depressie zoals geheugenproblemen samenhangend met een verminderd concentratievermogen en een vertraagd denken moeilijk van dementie te onderscheiden. Bij ouderen is het daarom altijd aanbevolen om neurologisch en neuropsychologisch onderzoek te verrichten om een diagnose te stellen (Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000))

Een ander probleem wat zich bij deze generatie van mensen vaker voordoet is dat psychische ziektes vroeger geen maatschappelijk geaccepteerde ziektes waren. Psychische problemen waren schaamtewol. Daarom worden depressieve klachten vaak ontkent en de klachten vertaald in lichamelijke klachten. Dit wordt ook wel somatiseren genoemd (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003))

Onderzoek wijst uit dat maar drie procent van alle mannen en 22 procent van alle vrouwen op latere leeftijd nog fysisch gezond is. Mensen boven 65 jaar moeten veelal medicatie nemen tegen allerlei ziektes en deze kunnen als bijwerking depressieve klachten veroorzaken. Verder kunnen ook andere problemen die met het hebben van lichamelijke ziektes te maken hebben, zoals immobiliteit, leiden tot depressieve stemming (Cave, S.(2002)).

De groep die het meest waarschijnlijk suïcide zal pogen zijn oudere blanke mannen (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)). De groep die het meeste gevaar loopt voor een depressie zijn oudere blanke vrouwen, die fysiek ziek zijn, arm en sociaal geïsoleerd. Met de toenemende vergrijzing van de bevolking en gebrek aan financiële middelen voor sociale inrichtingen staan ouderen in ieder geval vaker bloot aan condities die in verband staan met depressie zoals gebrek aan stimulatie, verlies van persoonlijke autonomie en controle over de omgeving, materiële problemen, verlies van sociale relaties.

Een stabiele relatie kan ouderen daarentegen beschermen tegen depressieve klachten. Van de mensen die zo een relatie niet hebben, heeft 30 procent een depressie (Cave, S.(2002)).

Er moet echter wel onderscheid gemaakt worden tussen een depressie zoals die in de DSM gedefinieerd wordt en depressieve klachten. Maar een tot drie procent van oudere mensen voldoet aan alle criteria voor een depressie. Een minder ernstige depressie, ook wel

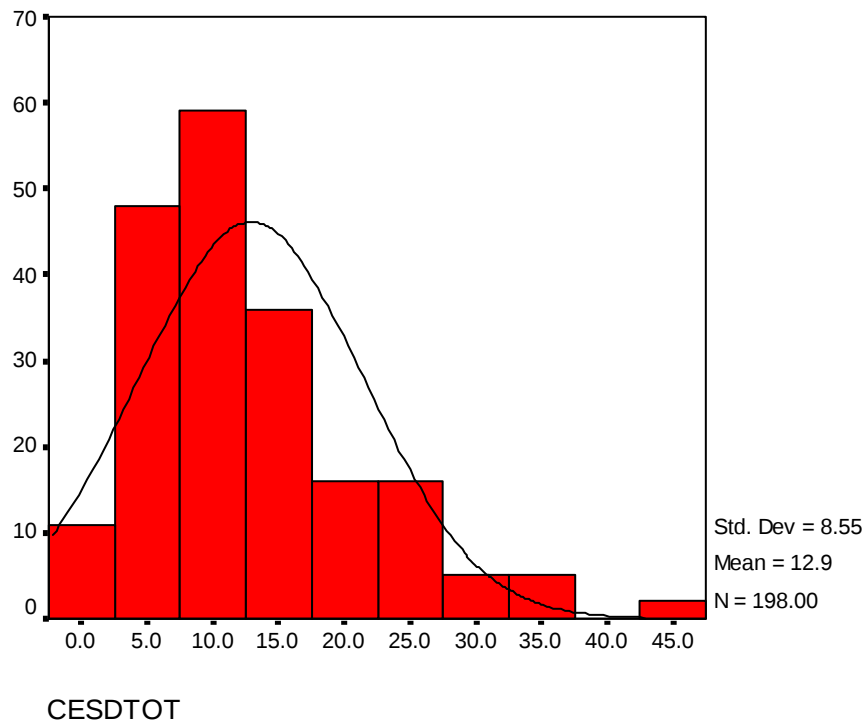
minor depression in het Engels of depressieve stoornis niet anders omschreven genoemd, waarbij het hoofdsymtroom sombere stemming is en waarbij nog twee andere symptomen bijkomen, komt wel vaak voor. 15 procent van alle oudere mensen berichten van depressieve klachten. Mensen met deze stoornis zouden kunnen profiteren van een behandeling (Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003)).

Voor ouderen blijken dezelfde therapieën effectief als die bij jongeren worden toegepast. De vroege opsporing van depressieve symptomen is in dit verband bijzonder belangrijk. Zo kunnen depressie worden voorkomen. Er zijn nog geen preventieve methoden tegen depressie bekend. Psycho-educatie bij beginnende klachten is wel van belang (Cuijpers, P., van Lammeren, P. (2001)). Maar eventueel hebben positieve factoren zoals optimisme wel een beschermende invloed tegen het ontwikkelen van depressieve klachten.

5.1 Algemene Resultaten

Bij de factor depressie is allereerst naar de betrouwbaarheid van de CES-D gekeken. Voor deze vragenlijst bedroeg de alpha .85 Volgens de Cotan normen is dit een goede alpha. Maar de alpha kan zelfs nog verhoogd worden. Als item 4 uit de lijst verwijderd zou worden, dan zou de alpha naar .87 gaan. Aangezien de lijst uit 20 items bestaat valt er over na te denken om dit item te gaan verwijderen om op deze manier de betrouwbaarheid van de lijst nog verder te steigern.

Vervolgens werd de totaalscore van deze lijst berekend. Bij de 198 testpersonen die de lijst ingevuld hadden werd een minimumscore van nul en een maximumscore van 45 gevonden. De gemiddelde score bedroeg ongeveer 13 en de standaardafwijking ongeveer 8.5. Het volgende staafdiagram verduidelijkt de scores:



Bij het staafdiagram van de CES-D valt op dat hier geen normaalverdeling voorligt. Deze verdeling is links-scheef. Het is opvallend dat de minimumscore van nul wel behaald werd maar de maximumscore van 60 niet. Dit betekent dat er mensen waren die absoluut niet depressief waren en dat er geen mensen waren die als absoluut depressief beoordeeld kunnen worden. Verder valt op te merken dat er uitschieters waren die rond de 45 scoorden. Verder is interessant dat de standaardafwijking vrij groot is, wat een vrij grote spreiding van de scores rond het gemiddelde betekent. De meeste mensen scoorden tussen de 5 en 25.

5.2 Resultaten uit eigen onderzoek en literatuuronderzoek naar de drie demografische factoren

Deze tabel geeft een overzicht over de gevonden resultaten op de t-test en f-test die later nader uitgelegd en onderzocht zullen worden:

CES-D

Geslacht	p = .0	Significant
Opleiding	p = .0	Significant
Woonsituatie	p = .028	Significant

a.) geslacht

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat twee keer zo veel vrouwen als mannen depressief worden. Sommige onderzoekers geven zelfs een quote van 1:3 aan. Bij een major depressie

wordt zelfs gerapporteerd over een verhouding van vier vrouwen op één man. Bij een bipolaire

Stoornis (manische depressie) is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. Maar deze getallen kunnen variëren bij andere etnische groepen en culturen. Nolen-Hoeksma schreef dat de depressie ratio 2:1 was. Dus twee vrouwen lijden twee keer zo vaak aan een depressie. Maar ze merkte op dat deze ratio alleen in ontwikkelde landen gold. Uit studies in ontwikkelingslanden bleek dat er geen verschil tussen mannen en vrouwen bestond. Daarom is de cultuur van een land een significante determinant bij het man-vrouw verschil bij depressie. (Depression and Gender. An International Review. Culbertson.F.M, *American Psychologist*, vol.52, nr.1, 25-31).

Ook het Trimbos Instituut geeft aan dat depressie bij vrouwen twee maal vaker voorkomt dan bij mannen. Maar als het zover is zijn het beloop en de kans op herhaling ongeveer gelijk. Het Trimbos Instituut geeft een relatief risico of odds ratio van twee tot drie aan, dat betekent dus dat vrouwen en twee tot drie keer grotere kans lopen om depressief te worden

Hoe kan dit verklaard worden? Eichenbaum en Orbach zeggen dat vrouwen in onze cultuur leren (meer dan mannen) dat zij voor het goede functioneren van een relatie verantwoordelijk zijn. Freud zei dat de Über-ich van een vrouw zwakker zou zijn dan van een man en zich meer zou richten op relaties terwijl de Über-ich van een man zich meer naar normen en wetten zou richten. Daarom zou een vrouw haar falen ook eerder verklaren met eisen aan welke zij in de relatie niet zou voldoen.(Senf,W.,Broda. M(1996).).

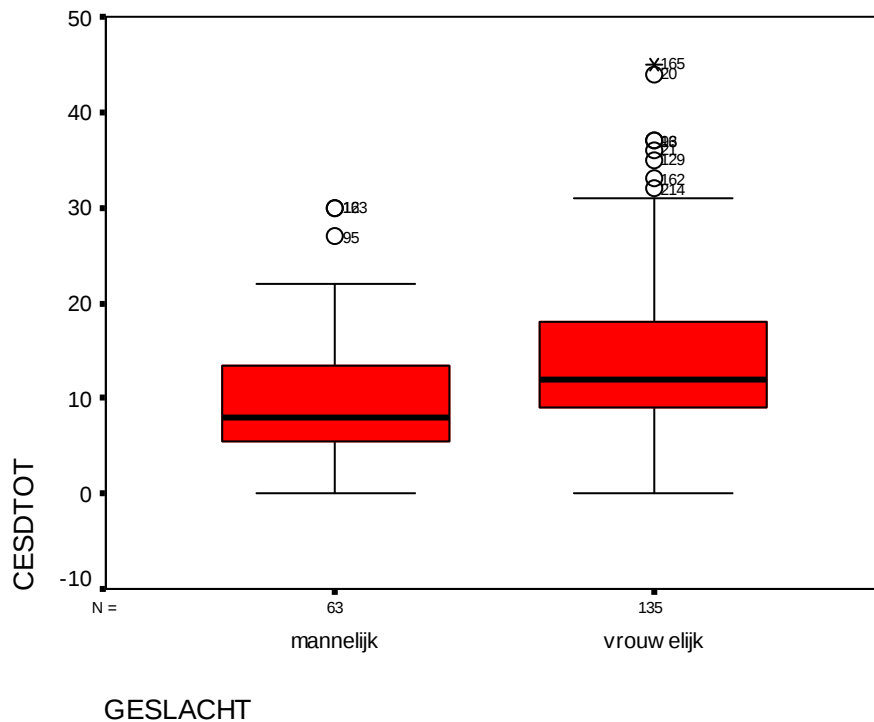
Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van een independent sample t-test. Hieruit is gebleken dat $t(196) = -3.627$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-waarde van .0 significant op dit niveau is. P is zelfs significant op een niveau van .001. Er is dus een significant verschil gevonden hoe mannen en vrouwen op de CES-D scores. Als men de gemiddelde scores vergelijkt dan valt op dat vrouwen 4.6 punten hoger scoren dan mannen.

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de CES-D (de criteriumvariabele) ook kan verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-square kijkt dan valt op dat maar 14.4 procent van de variatie door dit model verklaard kunnen worden.

Verder is gebleken dat het geslacht de scores op de CES-D kan verklaren ($p = .023$ is significant). (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage)

De resultaten worden door middel van het volgende boxplot diagram visueel verduidelijkt:



Hiermee kan goed verduidelijkt worden dat vrouwen gemiddeld hoger op de depressielijst scoren dan mannen. Mannen scoren gemiddeld 9.8 op de lijst maar vrouwen scoren gemiddeld 14.3. Bovendien ligt de maximumscore bij vrouwen veel hoger dan bij mannen. De maximumscore bij de vrouwen bedraagt ongeveer 45 en bij de mannen ongeveer 30. De minimumscore is bij allebei even laag. Maar opvallend is dat er bij de vrouwen veel meer uitschieters naar boven voorkomen. Opvallend is ook dat de maximumscore van de vrouwen veel hoger lag dan van de mannen.

a.) opleiding

Volgens de literatuur is gebleken dat de opleiding een rol speelt bij depressie. Het Trimbos Instituut geeft aan dat er een overmaat aan depressie voorkomt bij laagopgeleiden. Het relatieve risico of de odds rate voor de sociaal economische status bedraagt één tot twee. Dat betekent dat mensen met een lage sociaal economische klasse of lage opleiding één tot twee keer meer kans lopen om depressief te worden.

Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van een f-toets (anova) om te kijken of er verschillen tussen de scores op de CES-D zijn tussen de opleidingsniveau's. Hieruit is gebleken dat $t(197) = 5.661$. Bij dit onderzoek is men van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom kan gezegd worden dat een p-

waarde van .000 zeker significant op dit niveau is. Dat betekent dus dat er verschillen zijn bij de score op de CES-D bij de verschillende opleidingsniveau's .

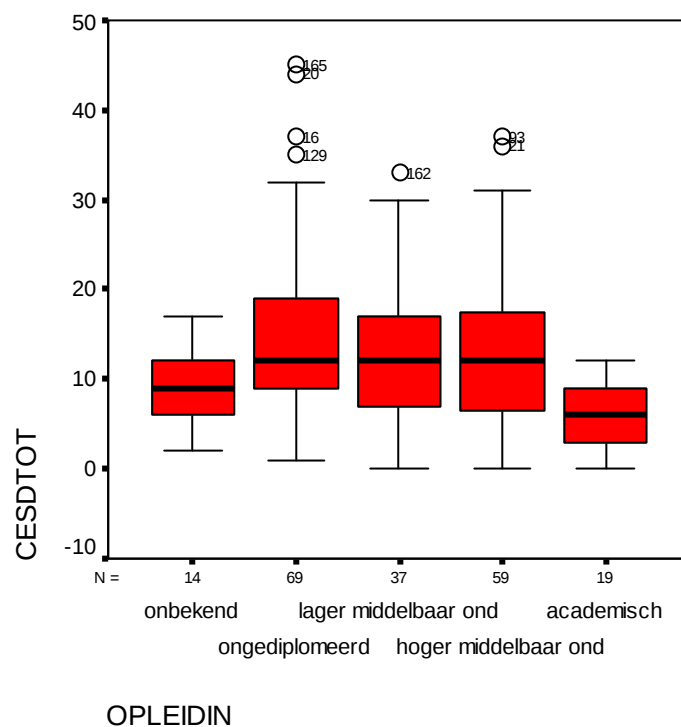
Omdat we niet weten bij welke groepen er een significant verschil voorkomt moet vervolgens gebruik gemaakt worden van een Post Hoc Test. Er werd voor de Bonferroni-test gekozen. Uit de Bonferroni-test komt naar voren dat het verschil tussen academisch en ongediplomeerd significant is met een p-waarde van $p = .000$. Verder werd er een significant verschil gevonden tussen academisch en lagermiddelbaar onderwijs. De p-waarde bedroeg hier $p = .018$. Het verschil tussen academisch en hogermiddelbaar onderwijs en academisch was ook significant. De p-waarde bedroeg hier .005. Academici scoorden gemiddeld lager op depressie dan de andere groepen (voor meer informatie zie boxplot en bijlagen).

Daarna werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de CES-D (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-square kijkt dan valt op dat maar 14.4 procent van de variatie door dit model verklaard kunnen worden.

Verder is gebleken dat de opleiding de scores op de CES-D kan verklaren ($p < .05$ is significant). Maar bij opleiding maakt het verschil alleen uit bij ongediplomeerden ($p = .003$), laagmiddelbaar opgeleiden ($p = .005$) en hogermiddelbaar opgeleiden ($p = .004$) (Voor meer informatie zie boxplot en bijlage).

De resultaten worden door middel van het volgende boxplot diagram visueel worden verduidelijkt:



Hierbij valt op dat de ongediplomeerde testpersonen het hoogste scores. Maar de lagermiddelbaar opgeleiden en de hogermiddelbaar opgeleiden scoren bijna even hoog. Het laagste scoren de academici. De meeste uitschieters komen bij de ongediplomeerde

testpersonen voor. Deze mensen scoren bijzonder hoog. De ongediplomeerde testpersonen bereikten ook de hoogste maximumscore. De laagste maximumscore was die van de academici die maar een maximum van ongeveer 12 bereikten.

b.) woonsituatie

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat mensen in bejaardentehuizen depressiever zijn dan zelfstandig wonende. Depressie accumuleert in instellingen voor langdurige zorg waar mensen leven met aanzienlijke somatische aandoeningen die veel zorg nodig hebben. Terwijl de prevalentie onder zelfstandig wonende ouderen voor major depressie twee procent en voor minor depressie dertien procent bedraagt, ligt die percentage bij ouderen in het verpleeghuis veel hoger. In buitenlands onderzoek worden prevalenties gevonden variërend van 5 tot 43 procent voor major depressie en van 16 tot 50 procent voor minor depressie. In een recent Nederland onderzoek onder oudere somatische verpleeghuisbewoners in de Randstad werd een prevalentie van 16 procent voor major depressie en 49 procent voor minor depressie gevonden. (Beekman, A.T.F, (2005), Project: Het effect van een geprotocolleerd zorgprogramma van depressie in het verpleeghuis, KNAW)

Bij eigen onderzoek is gebruik gemaakt van de independent sample t-test om te kijken of er verschillen zijn tussen de scores op de CES-D bij mensen die thuis wonen of die in een bejaardentehuis wonen . Hierbij werden volgende resultaten gevonden: $t(196) = -2.246$. Bij dit onderzoek is van een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent uitgegaan. Daarom is een p-waarde van $p = .028$ significant. Dat betekent dat er een significant verschil is tussen de scores van mensen die thuis wonen en bejaardentehuisbewoners op de CES-D.

Bejaardentehuisbewoners scoorden gemiddeld 3.6 punten hoger op de depressielijst dan mensen die nog thuis wonen. (Zie statistische bijlage en boxplot).

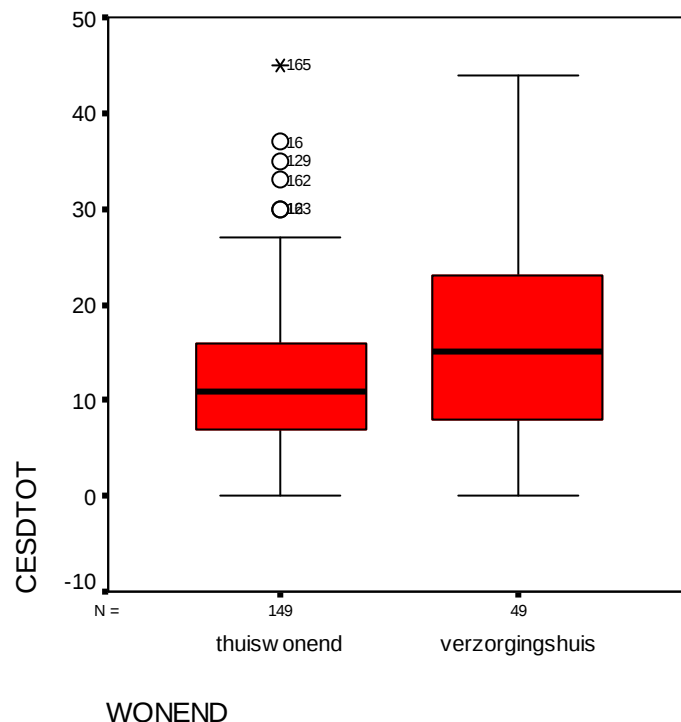
Daarna is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te kijken of de demografische gegevens (de predictor variabelen) de scores op de CES-D (de criteriumvariabele) ook kunnen verklaren/voorspellen.

Allereerst valt op te merken dat het model significant was ($p = .000$). Maar als men naar de R-Square kijkt dan valt op dat maar 14.4 procent van de variatie verklaard kan worden door dit model.

Verder is gebleken dat de woonsituatie de scores op de CES-D niet kan verklaren ($p > .05$ is niet significant).

(Voor meer informatie zie boxplot en bijlagen).

Het volgende boxplot diagram geeft een visueel overzicht van de data:



In dit diagram is duidelijk te zien dat mensen in bejaardenhuizen gemiddeld hoger scoren dan mensen die thuis wonen. Bejaardenhuizenbewoners scoorden gemiddeld 15.6 op de CES-D. Thuiswonenden scoorden echter gemiddeld 12 punten. Ook de maximumscore lag bij de bejaardentehuisbewoner veel hoger (ongeveer 45) daarentegen lag de maximumscore van de thuiswonenden maar bij ongeveer 27.

6. De relatie tussen hoop, optimisme en depressie

Uit literatuuronderzoek en eigen onderzoek is gebleken dat er een samenhang bestaat tussen deze drie factoren.

6.1 Resultaten uit literatuuronderzoek

Hoop en depressie: Op de relatie tussen de positieve factor hoop en de psychiatrische factor depressie, gaat Jen Cheavens in. Zij zegt dat er een aantal factoren zijn die invloed hebben op het ontstaan, de duur en het herstellen van een depressie. Één van deze factoren is hoop. Het is dus mogelijk dat door veel hoop individuen beschermd worden tegen het ontstaan van een depressie, depressieve episodes korter zijn en dat individuen sneller herstellen van depressies en dat zij niet zo snel geneigd zijn om terugvallen in een depressieve episode. Mensen die hoog op hoop scoren ervaren minder depressieve symptomen. Volgens haar bestaat hoop uit

verschillende componenten: goals (doelen), agency (doelgedreven energie) en pathways (capaciteit om wegen naar het doel te bedenken).

Goals die geblokkeerd zijn leiden tot een depressie. Er zijn drie verschillende mogelijkheden hoe goals geblokkeerd kunnen zijn – namelijk: een belangrijke of fundamentele goal is geblokkeerd, onbevredigende goals werden gekozen en een algemene verwachting tot falen. Bovendien speelt agency een rol bij het ontstaan van een depressie. Mensen geven sneller op door agencyverlies nadat een goal geblokkeerd is en door chronisch lage agency. De pathways die hierbij belangrijk zijn: niet in staat zijn om pathways te creëren en niet in staat zijn om aan dead-end pathways te ontsnappen.

Volgens Cheavens zijn er een aantal mechanismen waarbij met behulp van hoop individuen tegen depressies kunnen worden beschermd. Deze mechanismen zijn: doelen stellen, meer pathways en meer agencies, algemene verwachtingen van succes, focus op verleden succes, en meer doelen zoeken.

Onderzoekers zijn erachter gekomen dat hoop en depressie, hoewel zij verschillende constructen zijn, negatief correleren. Dat betekent dat depressieve mensen sneller geneigd zijn om minder hoopvol te zijn – vooral tijdens een depressieve episode.

Er zijn een aantal mogelijkheden om hoop bij mensen die depressief zijn op te roepen: Doelen stellen (concrete, handhaafbare doelen; doelen benaderen, essentiële doelen stellen), agency (beweging/lichamelijke activiteit; cognitieve pep talk; positief effect door beslissing om hulp te zoeken) en pathways (vaardigheidstraining; succes bemerken).

De ideeën van de hooptheorie kunnen gebruikt worden om de symptomen van een depressie te begrijpen en te bestrijden. Men kan zeggen dat negatieve emoties resulteren uit geblokkeerde doelen. Hoopvolle gedachten veranderen de perceptie van falen op twee verschillende manieren: het kan een les zijn hoe je een doel de volgende keer effectiever kan bereiken en ten tweede de manier hoe een individu tegen geblokkeerde doelen aankijkt en een mogelijkheid vindt om verder te gaan. (Cheavens, J..(2000))

Optimisme en depressie: Het is duidelijk dat depressie en optimisme geen tegenovergestelde polen van hetzelfde construct zijn. Sommige onderzoekers stellen dat optimisme en pessimisme bipolaire tegendelen zijn. (Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, M.F., Williamson, G.M. (1996)). De correlatie tussen die twee zou daarom in principe perfect (lees een) moeten zijn. Maar dit is niet uit onderzoek gebleken. Het is mogelijk dat individuen een gebrek aan optimisme kunnen ervaren zonder daardoor noodzakelijk pessimistisch te zijn. Uit onderzoek blijkt ook dat pessimisme overlapt met depressie maar ook ervan verschilt. Pessimistische individuen berichten van meer depressieve symptomen. Maar blijkbaar is er ook een deel van depressie dat niet alleen door pessimisme verklaard wordt. Dit gedeelte hangt niet noodzakelijk direct met optimisme samen maar beïnvloedt de betrokkene op een indirecte manier. Dit kan dan gebeuren via omwegen namelijk via sociale steun en positieve reïnterpretatie. (Brisette, I., Carver, C.S., Scheier, M.F. (2002). Maar zelfs als het effect van andere belangrijke derde factoren zoals neuroticisme, angst en zelfvertrouwen gecontroleerd wordt, blijft het verband tussen optimisme en depressie significant. Er kan ervan uitgegaan worden dat optimisme en depressie elkaar ook op een directe manier beïnvloeden. (Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994)) Op basis van deze redenen kan verwacht worden dat er een negatieve correlatie tussen depressie en optimisme bestaat die niet perfect is omdat nog derde factoren een rol kunnen spelen. Uit eerder onderzoek is dit ook daadwerkelijk gebleken. Uit een onderzoek van Scheier en Carver waarin de Beck Depression Inventory short form (Beck, Rial, Rickels 1974) gebruikt werd, werd een correlatie van -0.42 gevonden. (Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994)). Ook een ander onderzoek liet zien dat pessimisme en depressie vaak positief met elkaar correleren. ($r=0.39$). (Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, M.F., Williamson, G.M. (1996)). Een recente studie van Creed,

Patton en Bartrum (2002) bevestigde deze resultaten. (Kaplan, R.M.& Saccuzzo, D. P.(2005).) Het is nu interessant welke samenhang tussen de genoemde factoren in het uitgevoerde onderzoek gevonden wordt.

Optimisme en hoop: Snyder zegt dat uit onderzoek gebleken is dat de Hope Scale scores positief met gemeten optimisme scores correleren. Het valt hierbij op te merken dat optimisme normaalgesproken sterker met de willpower component van hoop correleert dan met de waypower component. Dat betekent dat optimisten eerder een mentale energie voor hun doelen hebben. Maar ze hoeven niet perse over de waypower gedachten te beschikken. Snyder maakt daarom ook een groot onderscheid tussen hoop en optimisme. Hij zegt dat optimisten falen aan externe factoren wijten. Hoop onderscheidt zich fundamenteel van “learned optimism”. Hoop is meer dan zich alleen van de uitwerking van het falen te distantieëren. Hoop is het essentiële proces zichzelf en potentiële succes aan elkaar te koppelen. Het is dan ook waar dat hoopvollere mensen niet langer stil staan bij hun falen omdat zij mentaal meer op het bereiken van hun doelen gefocusseerd zijn. (Snyder, C.R. (1994.).

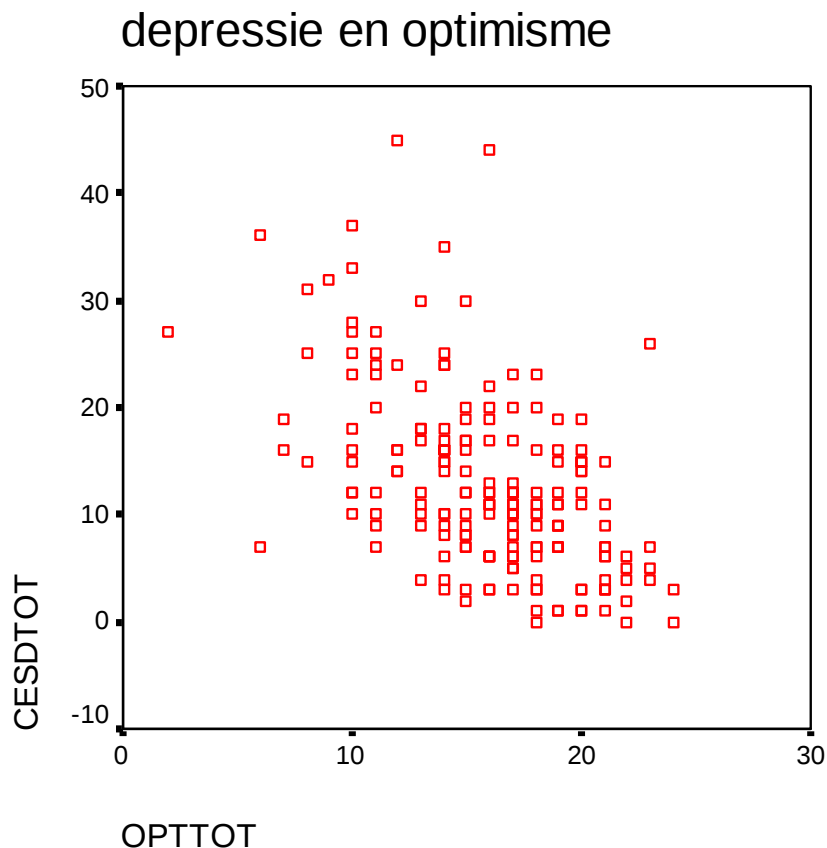
6.2 Resultaten uit eigen onderzoek

Uit eigen onderzoek is gebleken dat er een samenhang bestaat tussen de factoren hoop, optimisme en depressie. Om dit te verduidelijken zijn verschillende spreidingsdiagrammen gemaakt. Het globale patroon van een spreidingsdiagram beschrijft de vorm, richting en sterkte van de relatie tussen de scores op de verschillende vragenlijsten.

Correlatie tussen depressie en optimisme:

Er is een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de CES-D en de Lot-R. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen depressie en optimisme aan, gemeten bij dezelfde individuen.

Spreidingsdiagram:



Om de hypothese H_a te toetsen dat optimisme en depressie negatief met elkaar correleren is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, dus dat de toetsingsgrootte een waarde zou aannemen die even extreem is als of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een α van .01 significant.

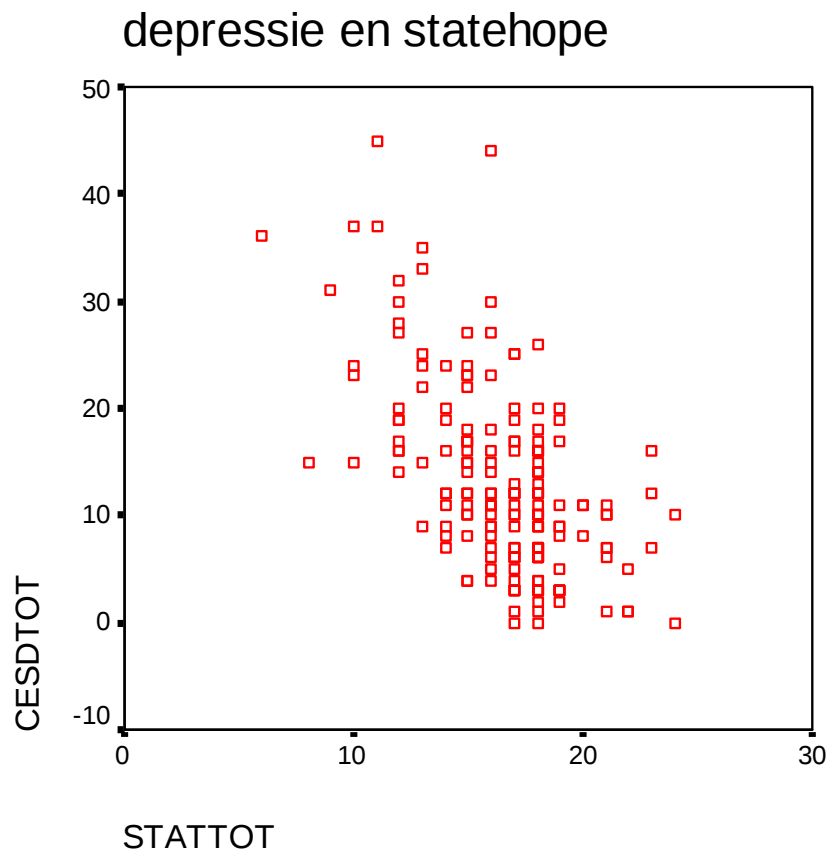
Het gevonden verband tussen de variabelen van $-.53$ laat zien dat mensen die hoog op de optimisme lijst scoorden, meestal laag op de depressie lijst scoorden en andersom. Aangezien de perfecte correlatie tussen de scores 1 zou moeten zijn, laat de gevonden correlatie van $-.53$ al een sterk verband tussen deze twee factoren zien.

Correlatie tussen depressie en hoop:

Depressie en State Hope:

Er werd een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de CES-D en de State Hope Scale. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen depressie en State Hope, gemeten bij dezelfde individuen.

Spreidingsdiagram:



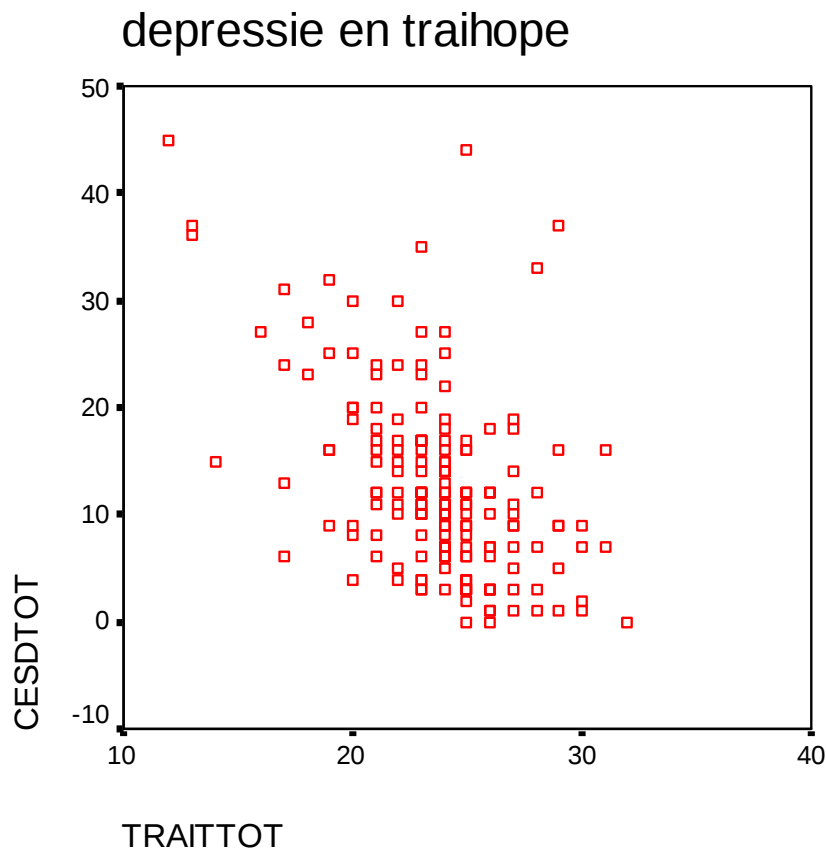
Om de hypothese H_a te toetsen, dat State Hope en depressie negatief met elkaar correleren, is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, betekent dat de toetsingsgrootheid een waarde zou aannemen die even extreem is of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een alpha van .01 significant. De kans dat H_0 verworpen wordt terwijl H_0 juist waar is, is gelijk aan 0.

Het gevonden verband tussen de variabelen van $-.58$ laat zien dat mensen die hoog op de State Hope lijst scoorden, meestal laag op de depressie lijst scoorden. Er geldt ook dat mensen die hoog op de depressielijst scoorden meestal laag op de State Hope lijst scoorden. Aangezien de perfecte correlatie tussen de twee scores 1 zou zijn, is de gevonden samenhang van $-.58$ al een sterke samenhang.

Depressie en Trait Hope:

Er is een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de CES-D en de Trait Hope Scale. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen depressie en Trait Hope, gemeten bij dezelfde individuen.

Spreadingsdiagram:



Om de hypothese H_a te toetsen, dat Trait Hope en depressie negatief met elkaar correleren is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, betekent dat de toetsingsgrootte een waarde zou aannemen die even extreem is of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een alpha van .01 significant. De kans dat H_0 verworpen wordt terwijl H_0 juist waar is, is gelijk aan 0.

Het gevonden verband tussen de variabelen van $-.49$ laat zien dat mensen die hoog op de Trait Hope lijst scoorden, meestal laag op de depressie lijst scoorden. Er geldt ook dat mensen die hoog op de depressielijst scoorden meestal laag op de Trait Hope lijst scoorden.

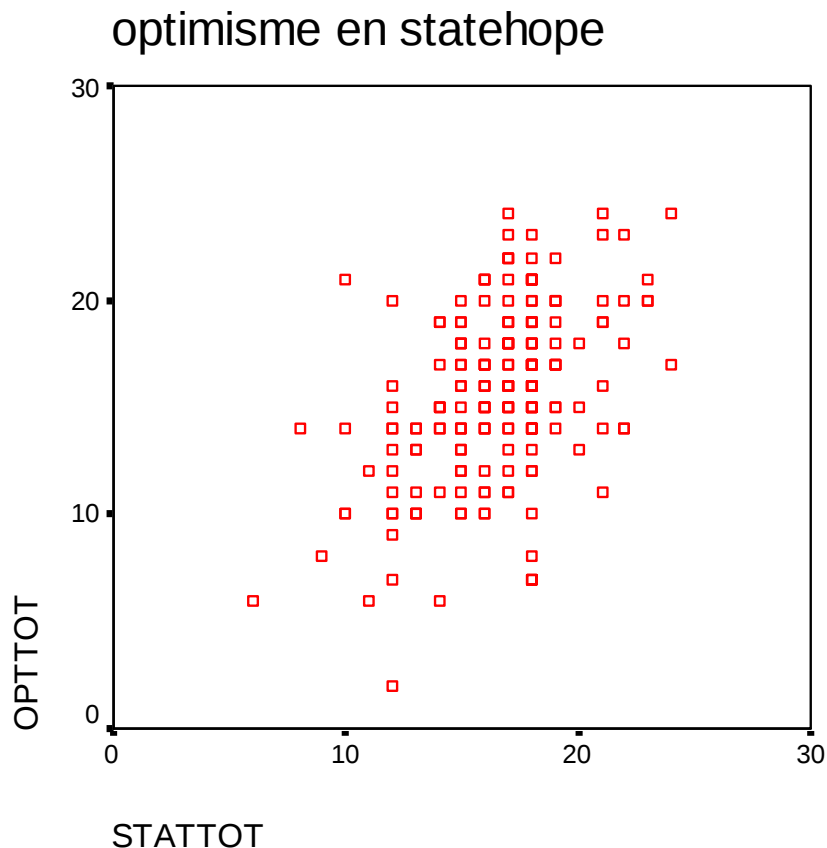
Aangezien de perfecte correlatie tussen de twee scores 1 zou zijn, is het gevonden verband van $-.49$ al een redelijk sterke samenhang.

Correlatie tussen optimisme en hoop:

Optimisme en State Hope:

Er is een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de Lot-R en de State Hope Scale. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen optimisme en State Hope, gemeten bij dezelfde individuen.

Spreidingsdiagram:



Om de hypothese H_a te toetsen, dat optimisme en State Hope positief met elkaar correleren is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, betekent dat de toetsingsgrootte een waarde zou aannemen die even extreem is of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een α van .01 significant. De kans dat H_0 verworpen wordt terwijl H_0 juist waar is, is gelijk aan 0.

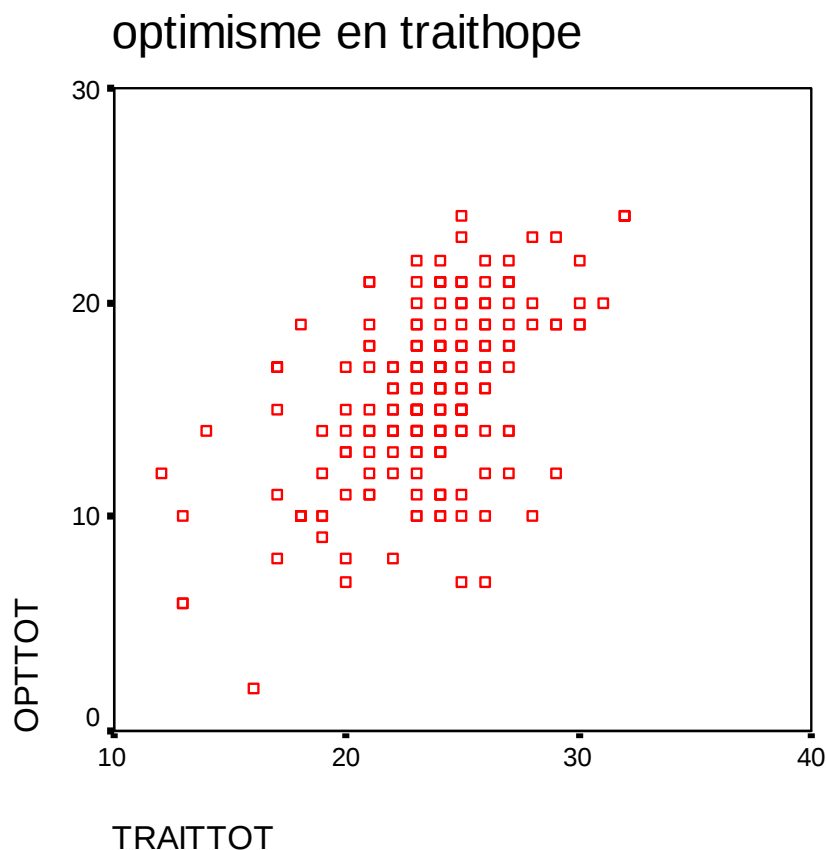
Het gevonden verband tussen de variabelen van .48 liet zien dat mensen die hoog op de State Hope lijst scoorden, meestal ook hoog op de optimisme lijst scoorden en andersom.

Aangezien de perfecte correlatie tussen de twee scores 1 zou zijn, is het gevonden verband van .48 al redelijk sterk.

Optimisme en Trait Hope:

Er is een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de Lot-R en de Trait Hope Scale. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen optimisme en State Hope, gemeten bij dezelfde individuen.

Spreidingsdiagram:



Om de hypothese H_a te toetsen, dat optimisme en Trait Hope positief met elkaar correleren is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, betekent dat de toetsingsgrootheid een waarde zou aannemen die even extreem is of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een α van .01 significant. De kans dat H_0 verworpen wordt terwijl H_0 juist waar is, is gelijk aan 0.

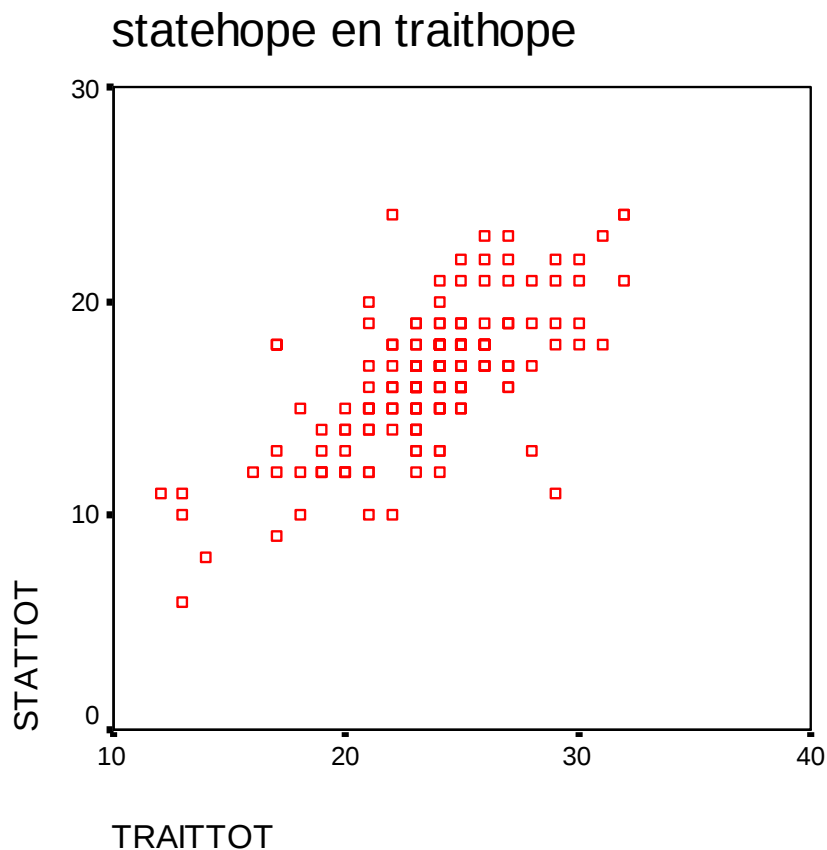
Het gevonden verband tussen de variabelen van .52 laat zien dat mensen die hoog op de State Hope lijst scoorden, meestal ook hoog op de optimisme lijst scoorden en andersom.

Aangezien de perfecte correlatie tussen de twee scores 1 zou zijn, kan bij het gevonden verband van .52 al van een sterke samenhang gesproken worden.

Correlatie tussen State Hope en Trait Hope:

Er is een spreidingsdiagram gemaakt met de scores van de State Hope Scale en de Trait Hope Scale. Dit spreidingsdiagram toont het verband tussen de twee kwantitatieve variabelen State Hope (de actuele persoonlijke doelen) en Trait Hope (dispositioneel hoop), gemeten bij dezelfde individuen.

Spreidingsdiagram:



Om de hypothese H_a te toetsen, dat State Hope en Trait Hope positief met elkaar correleren is een tweezijdige correlatieanalyse doorgevoerd. De overschrijdingskans, de kans berekend onder de aanname dat H_0 waar is, hetgeen betekent dat de toetsingsgrootte een waarde zou aannemen die even extreem is of nog extremer is dan de feitelijk waargenomen uitkomst, bedroeg 0. Hoe kleiner de overschrijdingskans hoe sterker het door de data geleverde bewijs tegen H_0 . Het bewijs tegen H_0 is zelfs op basis van een α van .01 significant. De kans dat H_0 verworpen wordt terwijl H_0 juist waar is, is gelijk aan 0. Het gevonden verband tussen de variabelen van .69 laat zien dat mensen die hoog op de State Hope lijst scoorden, meestal ook hoog op de Trait Hope lijst scoorden en andersom. Aangezien de perfecte correlatie tussen de twee scores 1 zou zijn, is het gevonden verband van .69 al behoorlijk hoog. Maar dit is op zich niet zo heel verrassend aangezien beide lijsten hoop meten - de ene de actuele doelen en de andere dispositionele hoop. Er worden dus alleen maar andere aspecten van de factor hoop gemeten.

7. Geschiktheid van de vragenlijsten

Als men naar de vragenlijsten kijkt, is het interessant om twee dingen te analyseren. Ten eerste – welke lijsten werden meestal niet volledig ingevuld en wat is de reden hiervoor. Ten tweede welke mensen hebben welke lijsten niet volledig ingevuld.

Het eerste punt wordt verduidelijkt aan de hand van een tabel:

vragenlijst	N	Personen missing	Percentage missing
CES-D	198	20	9.2
Lot-R	208	10	4.6
State Hope	208	10	4.6
Trait Hope	205	13	6.0

Hieruit komt naar voren dat vooral de CES-D en de Trait Hope Scale niet volledig ingevuld werden. Bij de CES-D was dat percentage bijzonder hoog. Slechts 198 van 218 mensen vulden de vragenlijsten volledig in, dat betekent dat 9.2 van de mensen de lijsten niet volledig invulden. Hieruit zou men kunnen concluderen dat deze lijst voor ouderen moeilijk te begrijpen is. Maar dit wordt in nader onderzoek nog verder onderzocht.

De Trait Hope Scale werd door 205 van de 218 testpersonen volledig ingevuld. Dit is een missing percentage van 6.0. Net zoals bij de CES-D zou men hieruit kunnen concluderen dat deze lijst door sommige ouderen niet goed begrepen is. Ook dit wordt nog verder onderzocht.

De Lot- R en de State Hope Scale werden allebei door 208 van de 218 mensen ingevuld. Dat betekent dat 4.6 procent van de bejaarden deze lijsten niet volledig ingevuld hadden. Aangezien dit percentage niet zo heel hoog is (onder het 5 procent) is hier geen nader onderzoek noodzakelijk.

Vervolgens is bekeken welke verschillen tussen de verschillende groepen bestonden. Om dit te achterhalen is een separate variance t-test doorgevoerd. Ten eerste is bekeken of er verschillen tussen mannen en vrouwen waren bij het invullen van de CES-D en Trait Hope Scale.

Deze tabel geeft er een overzicht van:

Geslacht:

vragenlijst			totaal	mannelijk	vrouwelijk
CES-D	present	personen	198	63	135
		percentage	90.8	90.0	91.2
	missing	Missing %	9.2	10.0	8.8
Trait Hope	present	personen	205	67	138
		percentage	94.0	95.7	93.2
	missing	Missing %	6.0	4.3	6.8

Hier is opmerkelijk dat meer mannen dan vrouwen de CES-D niet in hebben gevuld. Slechts 90.0% van de mannen vulden deze lijst in, daarentegen vulden 91.2% van de vrouwen de lijst in. Het verschil tussen mannen en vrouwen is niet extreem groot (1.2%) maar dit verschil is moeilijk te verklaren. Misschien wordt deze lijst beter begrepen door vrouwen of vrouwen zijn eerder geneigd om vragen over depressie te beantwoorden dan mannen.

Bij de Trait Hope Scale is het precies andersom. Hier valt op dat meer mannen deze lijst ingevuld hebben dan vrouwen. 95.7 % van de mannen hebben deze lijst ingevuld. Het percentage vrouwen wat deze lijst ingevuld heeft bedroeg 93.2%. Dit is een verschil van 2.5%. Ook dit verschil is niet zo gemakkelijk te verklaren. Misschien sprak deze lijst mannen meer aan, of werd deze lijst beter begrepen door mannen en hadden zij er minder moeite mee om vragen over hoop te beantwoorden.

Ook is bekeken of er verschillen zijn tussen mensen met verschillende opleidingsniveau's bij het invullen van de CES-D en Trait Hope Scale.

Deze tabel geeft er een overzicht van:

Opleiding:

vragenlijst			totaal	Onbek.	Ongedipl.	Laag-middelb.	Hoger-middelb.	Academ.
CES-D	present	personen	198	14	69	37	59	19
		percentage	90.8	93.3	93.2	88.1	89.4	90.5
	missing	Missing %	9.2	6.7	6.8	11.9	10.6	9.5
Trait Hope	present	personen	205	13	67	40	65	20
		percentage	94.0	86.7	90.5	95.2	98.5	95.2
	missing	Missing %	6.0	13.3	9.5	4.8	1.5	4.8

Hierbij valt op te merken dat mensen met een laagmiddelbaar opleidingsniveau de CES-D het vaakst niet ingevuld hebben (slechts 88.1%). Het is opmerkelijk en moeilijk verklaarbaar dat juist mensen met een hogere opleiding deze lijst ook vaak niet ingevuld hebben. Slechts 89.4% van de hogermiddelbaar opgeleiden en 90.5 % van mensen met een academisch niveau hebben de CES-D ingevuld. 93.2% van de ongediplomeerde testpersonen hebben de lijst ingevuld. Een verklaringmogelijkheid is misschien dat mensen met een hogere opleiding vaak kritischer zijn met het beantwoorden van vragen en dat zij daarom vragen die zij als niet relevant beschouwden ook niet beantwoorden.

Bij de Trait Hope Scale ziet het er heel anders uit. Hoe lager het opleidingsniveau hoe minder lijsten er zijn ingevuld. Van de ongediplomeerde testpersonen hebben maar 90.5% de lijst ingevuld. Bij de groep met een laagmiddelbaar opleidingsniveau waren dat al 95.2% en van de mensen met een hogermiddelbaar opleidingsniveau hadden zelfs 98.5% de lijst ingevuld. Ook bij de academici hadden 95.2% de lijst ingevuld. Als men nu het percentage van de ongediplomeerden en de hogermiddelbaar opgeleiden met elkaar vergelijkt dan valt de grote discrepantie meteen op. Het verschil bedraagt namelijk 8.0%. Hoe kan dit grote verschil verklaard worden. Waarschijnlijk zijn de items te moeilijk geformuleerd en hebben mensen met een lager opleidingsniveau er moeite mee om de bedoeling van de vragen goed te begrijpen. Verder zou het ook nog aan de antwoordcategorieën kunnen liggen. Hier werd gebruik gemaakt van een vierpunt schaal (van absoluut niet mee eens tot absoluut mee eens). Het zou kunnen dat de lager opgeleide testpersonen er problemen mee hadden. Maar aangezien precies dezelfde antwoordcategorieën ook bij de State Hope Scale gebruikt werden en daar meer lijsten beantwoord werden, is het plausibeler dat het een combinatie van het niet

goed begrijpen van de vragen en de antwoordcategorieën de oorzaak van het niet invullen was.

Ten slotte is bekeken of er verschillen zijn tussen mensen die nog thuis woonden of in een bejaardenthuis woonden, bij het invullen van de CES-D en de Trait Hope Scale. Deze tabel geeft er een overzicht van:

Woonsituatie:

vragenlijst			totaal	thuis	bejaardenthuis
CES-D	present	personen	198	149	49
		percentage	90.8	90.9	90.7
	missing	Missing %	9.2	9.1	9.3
Trait Hope	present	personen	205	151	54
		percentage	94	92.1	100
	missing	Missing %	6.0	7.9	0

Bij de CES-D valt op dat mensen die nog thuis wonen deze lijst eerder volledig invullen. 90.9% van de mensen die thuis wonen hebben deze lijst ingevuld. Daarentegen hebben 90.7% van de bejaardentehuisbewoners de CES-D ingevuld. Het verschil van maar 0.2% lijkt heel klein. Maar hierbij valt nog te vertellen dat mensen in bejaardentehuizen de lijsten vaak niet zelf ingevuld hebben omdat zij er niet meer toe in staat waren. Veel mensen in bejaardentehuizen kregen de lijst voorgelezen en de vragen uitgelegd. Als men hiermee rekening houdt is het toch vrij opmerkelijk dat dan nog steeds meer mensen in bejaardentehuizen de lijsten niet volledig ingevuld hebben, hoewel zij er zelfs hulp bij kregen. Dit geeft aan dat de CES-D voor ouderen blijkbaar toch niet extreem geschikt is. Vooral voor heel oude mensen stelde het invullen van de CES-D (zelfs met hulp) een onoverwinbaar obstakel voor. Misschien zijn de vragen te moeilijk geformuleerd of werd de inhoud van de vraag als te persoonlijk beschouwd. Het zou ook aan de antwoordcategorieën kunnen liggen. Deze lijst maakt gebruik van een vierpunt schaal. En de categorieën variëren van zelden, soms, regelmatig tot meestal. Bovendien bestaat de lijst uit twintig vragen. Misschien zijn dit te veel vragen voor heel oude mensen.

Bij de Trait Hope Scale valt op dat alle mensen in bejaardentehuizen deze lijst ingevuld hebben (100%). Maar de meest waarschijnlijke reden hiervoor is dat deze mensen hulp bij het invullen van de lijst kregen. Als de onderzoeker aanwezig is bij het invullen van de lijst dan zijn de mensen sneller geneigd om ook alles in te vullen. Bovendien kregen de mensen in bejaardentehuizen ook uitleg wanneer ze een vraag niet goed begrepen. Mensen die de lijst thuis ingevuld hebben, hebben dit meestal zonder hulp gedaan. Daarom was het voor hen misschien moeilijker om alle vragen te beantwoorden. Misschien begrepen zij sommige vragen niet helemaal, vonden de antwoordcategorieën te ingewikkeld of wilden op sommige vragen gewoon geen antwoord geven.

8. Discussie en conclusie

Bij dit onderzoek zijn belangrijke dingen naar voren gekomen. Zo is gebleken dat er een significant verschil is hoe mensen die in bejaardarentehuizen en thuis op de state-hope lijst scoren. Thuiswonenden scoren namelijk hoger op hoop dan mensen in bejaardentehuizen.

Verder bleek dat academici gemiddeld iets hoger op hoop scoren dan mensen met een ander opleidingsniveau.

Opvallend is dat er geen verschillen tussen de groepen bij de scores op de Trait Hope lijst waren.

Verder bleek dat mannen gemiddeld hoger op optimisme scoorden dan vrouwen. Academici scoorden hierbij het hoogst en lagermiddelbaar opgeleiden het laagst.

Bij depressie kwamen ook interessante resultaten naar voren. De resultaten kwamen met de vooraf gestelde hypothesen overeen. Vrouwen scoren gemiddeld hoger op depressie dan mannen. Academici scoorden van alle opleidingsniveau's het laagst en mensen in bejaardentehuizen scoorden gemiddeld hoger op depressie dan thuiswonenden.

Verder is bekeken welke demografische factoren de scores op de vragenlijsten goed kunnen voorspellen/verklaren. Hierbij valt op dat het geslacht en opleiding (alleen ongediplomeerd, lagermiddelbaar en hogermiddelbaar) de scores op de CES-D kunnen voorspellen.

Bij de Lot-R is dat alleen de opleiding (alleen ongediplomeerd, lagermiddelbaar en hogermiddelbaar).

Bij de State Hope Scale is dat de woonsituatie en de opleiding (alleen lagermiddelbaar en hogermiddelbaar) en bij de Trait Hope Scale konden geen scores voorspeld/verklaard worden.

Verder blijkt ook de correlaties tussen de hoop, optimisme en depressie zoals verwacht en in de hypothese genoemd. Er is een vrij sterk negatief verband gevonden tussen optimisme en depressie

Er is ook een vrij sterk negatief verband gevonden tussen State Hope en depressie. Verder is een redelijk sterk negatief verband tussen Trait Hope en depressie.

De correlatie tussen optimisme en State Hope was redelijk sterk en positief. Verder is er een vrij sterke positieve samenhang gevonden tussen optimisme en Trait Hope en is er een hoge positieve correlatie tussen State Hope en Trait Hope gevonden.

Het is gebleken dat de sterkste samenhang tussen bestaat State Hope en Trait Hope. Maar dat is op zich ook heel logisch omdat allebei hoop meten. De ene lijst meet actueel hoop en de andere lijst dispositionele hoop. Verder valt op dat daarna State Hope en depressie vrij sterk negatief met elkaar correleren. Waarschijnlijk om dat mensen die op het meetmoment hoopvol zijn, zijn ook niet zo depressief en andersom.

Wat verder nog op valt te merken zijn de vragenlijsten. Vooral de CES-D en de Trait Hope Scale werden vaak niet volledig ingevuld. De CES-D wordt door meer vrouwen ingevuld dan door mannen. Bij de Trait Hope Scale is dat andersom. De CES-D wordt vaak niet ingevuld door laagmiddelbaar opgeleiden en bij de Trait Hope Scale is het opvallend dat hoe lager het opleidingsniveau is hoe minder mensen deze invullen.

Heel opvallend is dat de CES-D vaker niet ingevuld wordt door bejaardentehuisbewoners en dat ondanks het feit dat de lijsten in bejaardentehuizen vaak persoonlijk door de onderzoeker afgenomen en uitgelegd werd. De Trait Hope wordt door alle bejaardentehuisbewoners ingevuld, waarschijnlijk dankzij de hulp die zij kregen.

Concluderend kan nu gezegd worden dat er over de geschiktheid van de vragenlijsten nagedacht moet worden want deze lijken zijn blijkbaar gebaseerd op het cognitieve niveau van adolescenten en volwassenen maar niet van ouderen.

Hoe ouder mensen worden hoe moeilijker wordt het dan ook voor de meeste van hen. Tijdens het onderzoek bleek dan ook dat de meeste gebruikte vragenlijsten niet meer geschikt zijn voor ouderen. Een achtpunt schaal geeft grote problemen. Om deze reden werd al gebruik

gemaakt van een vierpunt schaal. Maar zelfs deze leverde nog problemen op. Ook sommige vragen bleken niet meer geschikt te zijn voor ouderen. Bovendien vereist de formulering van veel vragen een hoog niveau van leesvaardigheid. Lager opgeleide mensen hadden daarom vaak moeite met het begrijpen van de vragen en hadden extra uitleg nodig. Op hogere leeftijd waren vaak de motoriek en zintuigen van sommige mensen aangetast. Daarom waren zij niet meer in staat om de lijsten zelf in te vullen. Dit kan natuurlijk een probleem zijn vanwege de sociale wenselijkheid van de antwoorden.

Het zou misschien ook heel handig zijn om een kwalitatief met een kwantitatief onderzoek te combineren omdat het voor oude mensen vaak moeilijk is om een antwoord te geven in vorm van een antwoordcategorie. Velen zeiden dat ze interviews veel fijner zouden vinden, omdat ze heel veel te vertellen hebben en vaak heel blij zijn als iemand langs komt die naar hen luistert.

Daarom moet bekeken worden wat met de gevonden resultaten gedaan moet worden. Dit wordt in het volgende hoofdstuk aanbevelingen toegelicht.

9. Aanbevelingen

Aangezien uit dit onderzoek gebleken is dat oude mensen vaak depressief zijn en vooral in bejaardentehuizen depressie vaak voorkomt, moet er iets aan gedaan worden om depressie door middel van preventie te voorkomen en bestaande depressie te behandelen. Hiervoor zouden psychologen ingeschakeld moeten worden. Deze kunnen depressie het beste diagnosticeren en behandelen. Bovendien weten zij welke preventiemaatregelen getroffen moeten worden om een depressie te voorkomen. Het inschakelen van psychologen is uiteraard een kwestie van geld. Maar aangezien depressie tot het ontstaan van lichamelijke klachten kan leiden, die de gezondheidszorg op de duur nog meer geld gaan kosten, is het verstandiger om depressie te voorkomen en op tijd te bestrijden.

Verder moeten er speciale vragenlijsten voor ouderen ontwikkeld worden of bestaande lijsten aangepast worden. Tijdens het afnemen van de lijsten is namelijk gebleken dat veel ouderen moeite met het invullen van de lijsten hadden.

1. Aanpassen van de lijsten

Er moeten dichotome antwoordcategorieën ontwikkeld worden zodat deze door oudere mensen makkelijker begrepen kunnen worden dan bijvoorbeeld vierpuntschalen.

Vragen die niet meer van toepassing zijn, moeten weggelaten worden. Daarmee worden vragen naar collega's en werk enzovoort bedoeld.

Vragen moeten gemakkelijk geformuleerd zijn en niet een heel hoog niveau van leesvaardigheid vergen. laagopgeleide mensen kunnen deze vragen dan ook goed begrijpen. Verder zou het raadzaam zijn om gebruik te maken van een groter lettertype omdat oude mensen toch vaak slechtziend zijn.

2. Preventie tegen depressie

Dit kan met behulp van de positieve psychologie. Hierbij moeten sterkten bij de oude mensen erkend en verrijkt worden en zogenaamde buffersterkten ontwikkeld worden. Hierbij hoort ook hoop en optimisme die tegen depressie kunnen beschermen. Psychologen (en het personeel in bejaardentehuizen) moeten de sterkten van de oude mensen opsporen, versterken

en zich er helemaal op richten. Alleen op deze manier is effectieve preventie mogelijk (Seligman, M.E et al. Positive clinical psychologie).

Trainingsprogramma's, bijvoorbeeld het optimismetrainingsprogramma van Seligman, (Seligman, M(1991)) kunnen helpen optimisme op te bouwen of te versterken en natuurlijk het ontvlammen of versterken van hoop bijvoorbeeld volgens Snyder (Snyder.C.R(1994)).

3. Behandelen van een depressie

Om een depressie te kunnen behandelen is het belangrijk deze op tijd te diagnosticeren. Hiervoor moeten de symptomen van een depressie herkend worden. Dit kan soms vrij lastig zijn omdat sommige symptomen op ouderdomsverschijnselen lijken. Dit zijn symptomen zoals vermoeidheid, slaapproblemen, cognitieve problemen en somatische klachten. (Seligman, C.K., Rider, E.A. (2003)).

Daarom moeten psychologen, personeel van bejaardentehuizen en de omgeving van ouderen bijzonder goed op letten of het zich om gewone ouderdomsverschijnselen handelt of een depressie.

Maar als een depressie gediagnosticeerd is dan zijn er verschillende mogelijkheden om deze te behandelen:

a.) lichttherapie

De lichttherapie is momenteel de voorkeursbehandeling voor de vormen van seizoensgebonden depressie (SAD). Men gebruikt voornamelijk diffusors die zorgen voor een lichtsterkte tussen 2.500 en 10.000 lux op een redelijke afstand van 60 tot 80 cm. De therapie kan afhankelijk van de lichtsterkte 2 uur of 40 minuten per dag duren en zich in eerste instantie uitstrekken over twee weken. De patiënten kiezen zelf het uur van de dag waarop de therapie wordt versterkt (Bayingana, K, Drieskens,S, Tafforeau, J(2002)).

b.) Creatieve therapieën

Er zijn aanwijzingen dat muziek-, drama- en beeldende therapie de stemming van psychiatrische patiënten positief beïnvloeden. (Het Trimbos-instituut)

c.) Running therapie

Hardlopen of joggen – ook wel running therapie genoemd – werkt mogelijk bij mensen met depressie die niet zijn opgenomen in een kliniek. Bij ouderen werkt minder intensief lopen ook (wandelen). Het werkt zowel bij lichte als ook ernstige klachten. Overige vormen van lichaamsbeweging hebben mogelijk een even groot effect.(Het Trimbos Instituut)

d.) Cognitieve therapie

Bij de cognitieve therapie wordt volgens een vast schema gewerkt. In de therapie worden situaties besproken en verbonden met “automatische”gedachten, die door de situatie worden opgeroepen. Alleen die automatische gedachten worden besproken die gepaard

gaan met negatieve mentale en lichamelijke gewaarwordingen. Vervolgens wordt systematisch nagegaan welke denkfouten bij een automatische gedachte aan de orde zijn. Deze worden dan gecorrigeerd en de patiënt krijgt huiswerk om die correctie in vergelijkbare situaties toe te passen. (Vandereycken et al.(2000).

Afsluiten valt nog te zeggen dat het een heel interessant onderzoek was met veel interessante oude mensen die veel te vertellen hadden. Wat uit deze gesprekken steeds weer naar voren kwam was dat zij zich vaak nutteloos en weggestopt voelden. Ze zagen zichzelf niet meer als een actief lid van deze maatschappij. Daarom luidt de laatste aanbeveling: oude mensen meer in deze maatschappij te integreren- zij actiever aan het dagelijkse leven laten deelnemen en hun het gevoel geven dat ook naar hen geluisterd wordt. Deze mensen hebben namelijk vaak veel levenservaring en interessante dingen te vertellen waar ook jongeren van kunnen profiteren.

10. Referenties

- ❖ Baldwin, R.C. (2000). Poor prognosis of depression in elderly people: Causes and actions. *Annals of Medicine*, 32, 252-256)
- ❖ Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003) *Life-Span Human Development*. Wadsworth, Belmont

- ❖ Cave, S.(2002) *Classification and Diagnoses of Psychological Abnormality*. Routledge, East Sussex
- ❖ National Institutes of Health. *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. NIH Consensus Statement. 1991; 9 (3)
- ❖ Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000). *Handboek Psychopathologie. Deel I Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem)
- ❖ Snyder,C.R.,(1994) *The Psychology of Hope*. The Free Press, New York)
- ❖ Bassermann, *Lexikon der Psychologie*, (1995), Faktum Lexikoninstitut, Gütersloh/München
- ❖ Seligman, M.E.P. (1991). *Optimisme kun je leren*. Alfred A. Knopf: Casparie, Heerhugowaard
- ❖ Seligman, M.E.P. & Peterson, C. (2002) Positive clinical psychologie, p. 305-316
- ❖ Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Sonderen, van, E. (1995). Het meten van depressie met de CES-D, een handleiding. Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen
- ❖ Wurff, van der, F.B., Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M.,Stek, M.L., Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*.
- ❖ Lopez,S.J et al.(2000), Diagnosing for Strength: On Measuring Hope Building Blocks. In *Handboek of Hope*. van Snyder
- ❖ Kaplan, R.M. & Saccuzzo, D.P. (2005), *Psychological Testing*,Wadsworth, Belmont)
- ❖ Scheier,M.F., Carver,C.S. & Bridges, M.W.(1994) Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 67,1063-1078
- ❖ Geesthuizen,M.& Kraykamp,G..(2002),Ontwikkeling in verbale capaciteiten van laagopgeleiden in Nederland.*Mens en Maatschappij*. Jaarg.77.nr. 7, p.368.).
- ❖ Evers,A., Vliet-Mulder, J. C., Groot, C.J. (2000).*Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Van Gorcum, Assen, p. 1409
- ❖ Vanden Belt, A., Peterson, C. (1991). Parental explanatory style and its relationship to the classroom performance of disabled and nondisabled children. *Cognitive therapy and research*, v15, 331-341
- ❖ Peterson, C & Steen, T.A., Optimistic explanatory style in Snyder C.R& Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, Oxford).
- ❖ Zimbardo,P.G & Gerrig, R.J, *Psychologie* (1996), Springer, Berlin).
- ❖ Brehm, S.B., Kassin, S.M., Fein, S., *Social Psychology* (2002), Houghton Mifflin Company, Boston, New York
- ❖ Cave, S.(2002) *Classification and Diagnosis of Psychological Abnormality*. Routledge, East Sussex)
- ❖ Brockhaus (2001). Der Brockhaus: Körper, Geist und Seele von A-Z. F.A.Brockhaus: Mannheim
- ❖ Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999). *Psychology, Fifth edition*. W.W. Norton & Company: New York
- ❖ (Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., Graaf, Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population based prospective epidemiological study. *Journal of affective disorder*. v1, p 241-249).
- ❖ Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, v. 96, p. 358-372)

- ❖ Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001). *Brain, mind, and behavior. Third edition*. Educational Broadcasting Corporation, USA)
- ❖ Patten, S.B. (2001). Long-term medical conditions and major depression: a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorder*, v 63, p 35-41
- ❖ Korrelboom, C.W., Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho
- ❖ Stevens, A., Price, J. (1996). *Evolutionary psychiatry. A new beginning*. Londen: Routledge).
- ❖ North, T.C., McCullagh, P., Tran, Z.V.. (1990). Effects of exercise on depression. *Exercise and Sport Science*, v.18. 379-415
- ❖ McNamara, B., Ray J.L., Arthurs, O.J., Boniface, S. (2001). Transcranial magnetic stimulation for depression and other psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, v.31, p. 1141-1146).
- ❖ Wijeratne, C., Halliday, G.S., Lyndon, R.W. (1999). The present state of electroconvulsive therapy: a systematic review. *Med.J.Aust.* v 171, p. 250-254).
- ❖ Hirschfeld, R.M.(1999). Efficacy of SSRI's and newer antidepressants in severe depression; comparison with TCA's. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.60, p. 326-335
- ❖ Freemantle, N., Anderson, I.M., Young, P. (2000). Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, v 177, p. 292-302
- ❖ Clerc, G.E., Ruimy, P., Verdeau-Palles, J. (1994). A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. *International Clinical Psychopharmacol.* V.9, p. 139-143
- ❖ Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorders*, v 49, p. 59-72).
- ❖ Blom, M.B.J., Kerver, M.J., Nolen, W.A. (1997). *Inleiding in de interpersoonlijke psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ❖ Baldwin, R.C. (2000). Poor prognosis of depression in elderly people: Causes and actions. *Annals of Medicine*, 32, 252-256
- ❖ Cuijpers, P., van Lammeren, P. (2001). Secondary pervention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 16, p. 702-708
- ❖ Depression and Gender. An International Review. Culbertson.F.M, *American Psychologist*, vol.52, nr.1, 25-31
- ❖ Senf,W.,Broda. M(1996)., *Praxis der Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- ❖ Beekman, A.T.F, (2005), Project: Het effect van een geprotocolleerd zorgprogramma van depressie in het verpleeghuis, KNAW
- ❖ Cheavens, J..(2000), Hope and Depression: Light through the shadows in *Handbook of Hope* van Snyder
- ❖ Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, M.F., Williamson, G.M. (1996). Pessimism, age and cancer mortality. *Psychology of Aging*, v. 11,2, p. 304-309
- ❖ Brisette, I., Carver, C.S., Scheier, M.F. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*. v 82, 1, p 101-111
- ❖ Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*. v 67, 6, p 1063-1078)

- ❖ Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, M.F., Williamson, G.M. (1996). Pessimism, age and cancer mortality. *Psychology of Aging*, v. 11,2, p. 304-309

11. Bijlagen

a. Nederlandse vragenlijsten:

Geachte heer, mevrouw,

Wij, Nina Czychon en Jessica de Bloom zijn studenten aan de Universiteit Twente. Wij doen onderzoek naar de relatie tussen positieve factoren en gezondheid bij oudere mensen.

Hiervoor vragen wij uw medewerking in de vorm van invullen van vragenlijsten.

Het invullen van de lijsten zal u ongeveer 20 minuten kosten.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

Als u daar prijs op stelt kunt u een kort verslag van onze onderzoeksbevindingen ontvangen.

Als u nog vragen heeft kunt u die stellen aan de aanwezige studenten of Professor J.J. Baneke van de Universiteit Twente.

Hartelijk dank.

Met hoogachting en vriendelijke groet,

Nina Czychon en Jessica de Bloom

Wilt u nu de onderstaande gegevens invullen?

Leeftijd: ... jaar

Geslacht: ☐ mannelijk ☐ vrouwelijk

Opleiding:

(Voormalig) beroep:

Burgelijke staat:

☐ ongehuwd ☐ getrouwd ☐ gescheiden ☐ weduwe/weduwenaar

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.

1 = absoluut niet mee eens

2 = niet mee eens

3 = mee eens

4 = absoluut mee eens

		Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
Nr.	Uitspraak	1	2	3	4
01	Als ik in moeilijkheden zit weet ik altijd wel een manier om er uit te komen	1	2	3	4
02	Mijn doelen volg ik meestal met veel energie	1	2	3	4
03	Ik voel me vaak moe	1	2	3	4
04	Er bestaan talloze mogelijkheden om een probleem op te lossen	1	2	3	4
05	In een discussie voel ik me meestal snel in een hoek gedreven	1	2	3	4
06	Ik kan allerlei manieren bedenken om de dingen die in het leven het belangrijkste voor mij zijn te bereiken	1	2	3	4
07	Ik maak me dikwijls zorgen over mijn gezondheid	1	2	3	4
08	Zelfs als anderen ontmoedigd raken, weet ik altijd nog wel een oplossing te vinden voor een probleem	1	2	3	4

09	Mijn ervaringen uit het verleden hebben me goed voorbereid op de toekomst	1	2	3	4
10	Ik heb in mijn leven behoorlijk veel succes gehad	1	2	3	4
11	Ik maak me best vaak zorgen	1	2	3	4
12	Ik bereik de doelen die ik mezelf gesteld heb	1	2	3	4

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over uw huidige persoonlijke doelen en ervaringen. Wilt u op de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft of die uitspraak op u, zoals u de laatste tijd bent, betrekking heeft. Dit kunt u doen door een kruisje in de cel met de cijfer te zetten achter de uitspraak.

1 = absoluut niet mee eens

2 = niet mee eens

3 = mee eens

4 = absoluut mee eens

		Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
Nr.	Uitspraak	1	2	3	4
01	Als ik nu in moeilijkheden zou zitten, zou ik veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen	1	2	3	4
02	De laatste tijd volg ik mijn doelen met veel energie	1	2	3	4
03	Er bestaan talloze mogelijkheden om problemen die ik momenteel ervaar op te lossen	1	2	3	4
04	Op dit moment zie ik mezelf als behoorlijk succesvol	1	2	3	4
05	Ik kan veel manieren bedenken om mijn huidige doelen te bereiken	1	2	3	4
06	Op dit moment bereik ik de doelen die ik mezelf gesteld heb	1	2	3	4

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft. Zet een kruisje in de cel van de tabel bij het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

	Tijdens de afgelopen week: ...	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Nr.		1	2	3	4
01	...stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen	1	2	3	4
02	...had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht	1	2	3	4
03	...bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen	1	2	3	4
04	...voelde ik me even veel waard als ieder ander	1	2	3	4
05	...had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden	1	2	3	4
06	...voelde ik me gedeprimeerd	1	2	3	4
07	...had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte	1	2	3	4
08	...had ik goede hoop voor de toekomst	1	2	3	4
09	...vond ik mijn leven een mislukking	1	2	3	4
10	...voelde ik me bang	1	2	3	4
11	...sliep ik onrustig	1	2	3	4

12	...was ik gelukkig	1	2	3	4
13	...praatte ik minder dan gewoonlijk	1	2	3	4
14	...voelde ik me eenzaam	1	2	3	4
15	...waren de mensen onaardig	1	2	3	4
16	...had ik geen plezier in het leven	1	2	3	4
17	...had ik huilbuien	1	2	3	4
18	...was ik treurig	1	2	3	4
19	...had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden	1	2	3	4
20	...kon ik maar niet op gang komen	1	2	3	4

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.

Nr	Uitspraak	Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Deels mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
1	Op momenten van onzekerheid en twijfel, heb ik toch meestal de beste verwachtingen					
2	Ik kan me gemakkelijk ontspannen					
3	Als er iets in mijn leven mis kan gaan, dan gaat het ook mis					
4	Ik ben altijd optimistisch					

	over mijn eigen toekomst					
5	Ik kan mijn vrienden veel plezier geven					
6	Het is belangrijk voor mij actief te blijven					
7	Ik verwacht eigenlijk nooit dat de dingen zullen lopen zoals ik graag zou willen dat ze lopen					
8	Ik raak niet snel opgewonden					
9	Ik reken er meestal niet op dat mij iets goeds zal overkomen					
10	Over het algemeen verwacht ik dat me meer goede dingen dan slechte dingen zullen overkomen					

Dit was de laatste vragenlijst. Bedankt voor het invullen.

b. Duitse vragenlijsten

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in an der Untersuchung,

wir, Nina Czychon und Jessica de Bloom sind Psychologie-Studenten an der Universität Twente. Wir untersuchen die Beziehung zwischen positiven Faktoren und Gesundheit bei Menschen über 65 Jahren.

Hiefür erbitten wir Ihre Mitarbeit in der Form von Ausfüllen der beiliegenden Fragebögen.

Das Ausfüllen der Fragebögen wird Sie ungefähr 20 Minuten kosten.

Ihre Angaben werden anonym verarbeitet und als vertraulich behandelt.

Wenn Sie möchten, können Sie einen kurzen Bericht über die Untersuchungsergebnisse erhalten.

Bei Rückfragen können Sie sich an Jessica de Bloom (Tel: 0031534328074) oder an den begleitenden Dozenten, Professor Joost Baneke (j.j.baneke@utwente.nl) wenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Nina Czychon und Jessica de Bloom

Würden Sie nun folgende Angaben machen?

Alter: ... Jahre

Geschlecht: Männlich ☐ Weiblich ☐

(Früherer) Beruf:

Bürgerlicher Stand:

☐ unverheiratet ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ Witwe(r)

Fragebogen „persönliche Ziele und Erfahrungen“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Allgemeinen selbst sehen.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, Schwierigkeiten zu überwinden	1	2	3	4
2	Ich verfolge meine Ziele energisch	1	2	3	4
3	Ich fühle mich meistens müde	1	2	3	4
4	Es gibt viel Möglichkeiten ein Problem zu lösen	1	2	3	4
5	In einem Streit fühle ich mich schnell in die Ecke getrieben	1	2	3	4
6	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, die Dinge zu bekommen, die mir am wichtigsten sind	1	2	3	4
7	Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit	1	2	3	4
8	Sogar, wenn sich andere entmutigen lassen, weiß ich, dass ich noch eine Möglichkeit finden werde das Problem zu lösen	1	2	3	4
Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u>	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu

		zu			
9	Meine Erfahrungen in der Vergangenheit haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet	1	2	3	4
10	Ich war im Leben ziemlich erfolgreich	1	2	3	4
11	Ich mache mir häufig Sorgen über etwas	1	2	3	4
12	Ich erreiche die Ziele, die ich mir selbst gesetzt habe	1	2	3	4

Fragebogen „aktuelle persönliche Ziele“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre heutigen persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Moment selbst sehen. Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und versuchen Sie sich auf das, was gerade in Ihrem Leben passiert zu konzentrieren.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Wenn ich jetzt in Schwierigkeiten wäre, wüsste ich viele Möglichkeiten um sie zu bewältigen	1	2	3	4
2	Momentan verfolge ich meine Ziele mit viel Energie	1	2	3	4
3	Es gibt viele Möglichkeiten ein aktuelles Problem zu lösen	1	2	3	4
4	Im Moment sehe ich mich als besonders erfolgreich	1	2	3	4
5	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, meine aktuellen Ziele zu erreichen	1	2	3	4
6	Zur Zeit erreiche ich die Ziele, die ich mir selber gesetzt habe	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, wie Sie sich in der vergangenen Woche gefühlt oder verhalten haben.

Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in der vergangenen Woche so gefühlt oder verhalten haben.

Selten oder nie = nie bzw an weniger als 1 Tag

Manchmal oder gelegentlich = an 1- 2 Tagen

Öfters oder häufig: an 3 – 4 Tagen

Meistens oder ständig = an 5 – 7 Tagen

Nr	In der vergangenen Woche...	Selten/ nie, unter 1 Tag	Manchmal gelegentlich 1-2 Tage	Öfter/ häufig 3-4 Tage	Meistens/ ständig, 5-7 Tage
1	...haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
2	...war mir nicht nach essen zumute, hatte ich keinen Appetit				
3	...hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde, meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können				
4	...hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein				
5	...ist es mir schwer gefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren				
6	...fühlte ich mich niedergeschlagen				
7	...empfand ich alles als anstrengend				
8	...blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft				
Nr	In der vergangenen Woche...	Selten/ nie,	Manchmal gelegentlich	Öfter/ häufig	Meistens/ ständig,

		unter 1 Tag	1-2 Tage	3-4 Tage	5-7 Tage
9	...empfand ich mein Leben als gescheitert				
10	...war ich ängstlich				
11	...habe ich unruhig geschlafen				
12	...war ich glücklich				
13	...habe ich weniger als sonst geredet				
14	...fühlte ich mich einsam				
15	...waren die Menschen unfreundlich				
16	...hatte ich Spaß am Leben				
17	...musste ich grundlos weinen				
18	...war ich traurig				
19	...hatte ich das Gefühl, dass mich andere Menschen nicht mögen				
20	...bin ich nicht „in Gang“ gekommen				

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

Nr	Aussage	Trifft absolut nicht zu	Trifft kaum zu	Teils/ Teils	Trifft etwas zu	Trifft absolut zu
1	Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste					
2	Es fällt mir leicht zu entspannen					
3	Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch					
4	Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch					
5	In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl					
6	Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein					
7	Fast nie entwickeln sich Dinge nach meinen Vorstellungen					
8	Ich bin allzu leicht aus der Fassung zu bringen					
9	Ich zähle darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt					
10	Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren					

Das war der letzte Fragebogen. Herzlichen Dank.
c. statistische gegevens

Testscores

	CES-D		Lot-R		State Hope		Trait Hope	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
geslacht								
m	9.7	7.0	16.6	3.6	17.0	2.5	24.3	3.1
v	14.3	8.8	15.3	4.0	16.3	3.1	23.4	3.4
woonsituatie								
thuis	12.0	7.7	16.0	3.6	17.0	2.5	23.9	3.0
bejaardenthuis	15.6	10.2	15.1	4.7	15.1	3.5	23.0	4.0
opleiding								
onbekend	8.9	4.2	16.3	3.7	17.2	6.2	23.7	2.4
ongediplomeerd	15.0	9.2	15.8	3.9	16.6	3.0	23.0	3.6
Laag-middelbaar	13.1	7.8	15.0	4.2	15.8	2.5	23.3	3.0
Hoger-middelbaar	13.4	8.6	15.8	3.7	16.4	3.2	24.0	3.2
academisch	5.8	3.7	18.8	3.2	18.3	2.2	25.5	3.5

Deze tabel geeft een mooi overzicht over de gemiddelde score en de standaarddeviatie bij elke vragenlijst, opgesplitst naar demografische factoren.

Deze tabellen geven een mooi overzicht over de verschillende vragenlijsten en de demografische factoren:

Descriptive Statistics

Overzicht over de CES-D

GESLACHT	OPLEIDIN	WONEND	Mean	Std. Deviation	N
mannelijk	onbekend	thuiswonend	5,50	2,887	4
		Total	5,50	2,887	4
	ongediplomeerd	thuiswonend	5,00	5,657	2
		verzorgingshuis	17,50	3,536	2
		Total	11,25	8,180	4
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	13,33	7,853	15
		verzorgingshuis	9,75	6,185	4
		Total	12,58	7,523	19
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	8,95	7,015	20
		verzorgingshuis	17,00	9,539	3
		Total	10,00	7,646	23
	academisch	thuiswonend	6,42	3,288	12
		verzorgingshuis	3,00	,	1
		Total	6,15	3,288	13
	Total	thuiswonend	9,21	6,814	53
		verzorgingshuis	12,80	7,743	10
		Total	9,78	7,029	63
vrouwelijk	onbekend	thuiswonend	10,30	4,029	10
		Total	10,30	4,029	10
	ongediplomeerd	thuiswonend	15,48	9,015	44
		verzorgingshuis	14,95	10,288	21
		Total	15,31	9,367	65
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	13,00	6,964	13
		verzorgingshuis	15,80	11,819	5
		Total	13,78	8,293	18
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	13,29	6,396	24
		verzorgingshuis	20,33	10,688	12
		Total	15,64	8,609	36
	academisch	thuiswonend	6,20	4,604	5
		verzorgingshuis	,00	,	1
		Total	5,17	4,834	6
	Total	thuiswonend	13,57	7,809	96
		verzorgingshuis	16,33	10,800	39
		Total	14,37	8,826	135
Total	onbekend	thuiswonend	8,93	4,269	14
		Total	8,93	4,269	14
	ongediplomeerd	thuiswonend	15,02	9,113	46
		verzorgingshuis	15,17	9,866	23
		Total	15,07	9,298	69
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	13,18	7,318	28
		verzorgingshuis	13,11	9,714	9
		Total	13,16	7,819	37
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	11,32	6,958	44
		verzorgingshuis	19,67	10,231	15
		Total	13,44	8,637	59
	academisch	thuiswonend	6,35	3,570	17
		verzorgingshuis	1,50	2,121	2
		Total	5,84	3,731	19
	Total	thuiswonend	12,02	7,737	149
		verzorgingshuis	15,61	10,279	49
		Total	12,91	8,552	198

Descriptive Statistics

Overzicht over de Lot-R

GESLACHT	OPLEIDIN	WONEND	Mean	Std. Deviation	N
mannelijk	onbekend	thuiswonend	16,50	1,000	4
		Total	16,50	1,000	4
	ongediplomeerd	thuiswonend	14,33	7,234	3
		verzorgingshuis	12,50	3,536	2
		Total	13,60	5,505	5
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	15,19	4,230	16
		verzorgingshuis	14,50	1,000	4
		Total	15,05	3,790	20
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	17,64	2,682	22
		verzorgingshuis	15,00	4,967	4
		Total	17,23	3,154	26
	academisch	thuiswonend	18,25	2,598	12
		verzorgingshuis	22,50	2,121	2
		Total	18,86	2,905	14
	Total	thuiswonend	16,82	3,541	57
		verzorgingshuis	15,67	4,418	12
		Total	16,62	3,699	69
vrouwelijk	onbekend	thuiswonend	16,30	4,498	10
		Total	16,30	4,498	10
	ongediplomeerd	thuiswonend	15,05	3,870	44
		verzorgingshuis	15,82	3,862	22
		Total	15,30	3,855	66
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	15,20	3,321	15
		verzorgingshuis	14,33	7,501	6
		Total	14,95	4,685	21
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	15,75	3,260	24
		verzorgingshuis	12,91	4,571	11
		Total	14,86	3,889	35
	academisch	thuiswonend	17,83	3,869	6
		verzorgingshuis	24,00	,	1
		Total	18,71	4,231	7
	Total	thuiswonend	15,54	3,712	99
		verzorgingshuis	15,00	4,935	40
		Total	15,38	4,090	139
Total	onbekend	thuiswonend	16,36	3,775	14
		Total	16,36	3,775	14
	ongediplomeerd	thuiswonend	15,00	4,038	47
		verzorgingshuis	15,54	3,878	24
		Total	15,18	3,965	71
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	15,19	3,754	31
		verzorgingshuis	14,40	5,621	10
		Total	15,00	4,219	41
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	16,65	3,114	46
		verzorgingshuis	13,47	4,596	15
		Total	15,87	3,757	61
	academisch	thuiswonend	18,11	2,968	18
		verzorgingshuis	23,00	1,732	3
		Total	18,81	3,296	21
	Total	thuiswonend	16,01	3,692	156
		verzorgingshuis	15,15	4,787	52
		Total	15,79	3,999	208

Descriptive Statistics

Overzicht over de State Hope Scale

GESLACHT	OPLEIDIN	WONEND	Mean	Std. Deviation	N
mannelijk	onbekend	thuiswonend	18,50	,577	4
		Total	18,50	,577	4
	ongediplomeerd	thuiswonend	17,00	5,568	3
		verzorgingshuis	13,50	,707	2
		Total	15,60	4,393	5
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	16,59	2,123	17
		verzorgingshuis	14,00	4,082	4
		Total	16,10	2,682	21
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	17,73	1,882	22
		verzorgingshuis	14,75	1,893	4
		Total	17,27	2,146	26
	academisch	thuiswonend	18,18	1,940	11
		verzorgingshuis	19,50	2,121	2
		Total	18,38	1,938	13
	Total	thuiswonend	17,49	2,205	57
		verzorgingshuis	15,08	3,232	12
		Total	17,07	2,557	69
vrouwelijk	onbekend	thuiswonend	16,73	2,936	11
		Total	16,73	2,936	11
	ongediplomeerd	thuiswonend	17,29	2,969	41
		verzorgingshuis	15,48	2,676	21
		Total	16,68	2,980	62
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	16,00	1,964	15
		verzorgingshuis	14,33	3,266	6
		Total	15,52	2,442	21
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	16,63	3,027	27
		verzorgingshuis	14,17	4,629	12
		Total	15,87	3,715	39
	academisch	thuiswonend	17,00	1,225	5
		verzorgingshuis	24,00	,	1
		Total	18,17	3,061	6
	Total	thuiswonend	16,84	2,780	99
		verzorgingshuis	15,13	3,681	40
		Total	16,35	3,150	139
Total	onbekend	thuiswonend	17,20	2,624	15
		Total	17,20	2,624	15
	ongediplomeerd	thuiswonend	17,27	3,106	44
		verzorgingshuis	15,30	2,619	23
		Total	16,60	3,075	67
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	16,31	2,039	32
		verzorgingshuis	14,20	3,393	10
		Total	15,81	2,549	42
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	17,12	2,611	49
		verzorgingshuis	14,31	4,062	16
		Total	16,43	3,235	65
	academisch	thuiswonend	17,81	1,797	16
		verzorgingshuis	21,00	3,000	3
		Total	18,32	2,262	19
	Total	thuiswonend	17,08	2,597	156
		verzorgingshuis	15,12	3,552	52
		Total	16,59	2,980	208

Descriptive Statistics

Overzicht over de Trait Hope Scale

GESLACH	OPLEIDIN	WONEND	Mean	Std. Deviation	N
T mannelijk	onbekend	thuiswonend	25,00	1,414	4
		Total	25,00	1,414	4
	ongediplomeerd	thuiswonend	23,00	8,888	3
		verzorgingshuis	22,00	2,828	2
		Total	22,60	6,465	5
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	24,27	1,944	15
		verzorgingshuis	21,00	4,690	4
		Total	23,58	2,912	19
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	24,82	2,039	22
		verzorgingshuis	23,00	2,708	4
		Total	24,54	2,195	26
	academisch	thuiswonend	25,09	3,590	11
		verzorgingshuis	28,50	4,950	2
		Total	25,62	3,798	13
	Total	thuiswonend	24,64	2,876	55
		verzorgingshuis	23,08	4,252	12
		Total	24,36	3,185	67
vrouwelijk	onbekend	thuiswonend	23,22	2,635	9
		Total	23,22	2,635	9
	ongediplomeerd	thuiswonend	23,20	3,510	40
		verzorgingshuis	22,86	3,256	22
		Total	23,08	3,399	62
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	23,60	2,530	15
		verzorgingshuis	22,17	4,875	6
		Total	23,19	3,296	21
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	24,15	3,426	26
		verzorgingshuis	22,85	4,432	13
		Total	23,72	3,783	39
	academisch	thuiswonend	24,17	1,472	6
		verzorgingshuis	32,00	,	1
		Total	25,29	3,251	7
	Total	thuiswonend	23,58	3,158	96
		verzorgingshuis	22,98	4,021	42
		Total	23,40	3,440	138
Total	onbekend	thuiswonend	23,77	2,421	13
		Total	23,77	2,421	13
	ongediplomeerd	thuiswonend	23,19	3,899	43
		verzorgingshuis	22,79	3,176	24
		Total	23,04	3,637	67
	lager middelbaar onderwijs	thuiswonend	23,93	2,243	30
		verzorgingshuis	21,70	4,572	10
		Total	23,38	3,086	40
	hoger middelbaar onderwijs	thuiswonend	24,46	2,865	48
		verzorgingshuis	22,88	4,014	17
		Total	24,05	3,247	65
	academisch	thuiswonend	24,76	2,990	17

	verzorgingshuis	29,67	4,041	3
	Total	25,50	3,532	20
Total	thuiswonend	23,97	3,091	151
	verzorgingshuis	23,00	4,033	54
	Total	23,71	3,381	205

Deze tabellen geven de waarden van de uitgevoerde regressieanalyses weer:

Regressieanalyse CES-D

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	9.969	2.360		4.224	.000
	man	-3.183	1.384	-.174	-2.300	.023
	thuiswonend	-2.178	1.362	-.110	-1.599	.111
	opl onb	2.047	2.890	.062	.708	.480
	ongediplome	6.740	2.266	.377	2.974	.003
	erd					
	lager	6.476	2.287	.296	2.832	.005
	middelbaar					
	hoger	6.337	2.165	.340	2.927	.004
	middelbaar					

Regressieanalyse Lot-R

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	17.878	1.077		16.600	.000
	man	.757	.637	.089	1.187	.236
	thuiswonend	.499	.637	.054	.782	.435
	opl onb	-2.235	1.366	-.140	-1.637	.103
	ongediplomeerd	-3.078	1.040	-.366	-2.959	.003
	lager middelbaar	-3.624	1.049	-.361	-3.453	.001
	hoger	-2.707	.995	-.309	-2.720	.007
	middelbaar					

Regressieanalyse State Hope Scale

	Unstandardized	Standardized	t	Sig.
--	----------------	--------------	---	------

Model		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	16.325	.806	20.266		.000
	man	.609	.460	.096	1.322	.188
	thuiswonend	1.869	.463	.272	4.035	.000
	opl onb	-1.157	.996	-.101	-1.161	.247
	ongediplomeerd	-1.001	.787	-.157	-1.273	.205
	lager middelbaar	-2.244	.785	-.303	-2.860	.005
	hoger middelbaar	-1.547	.747	-.241	-2.070	.040

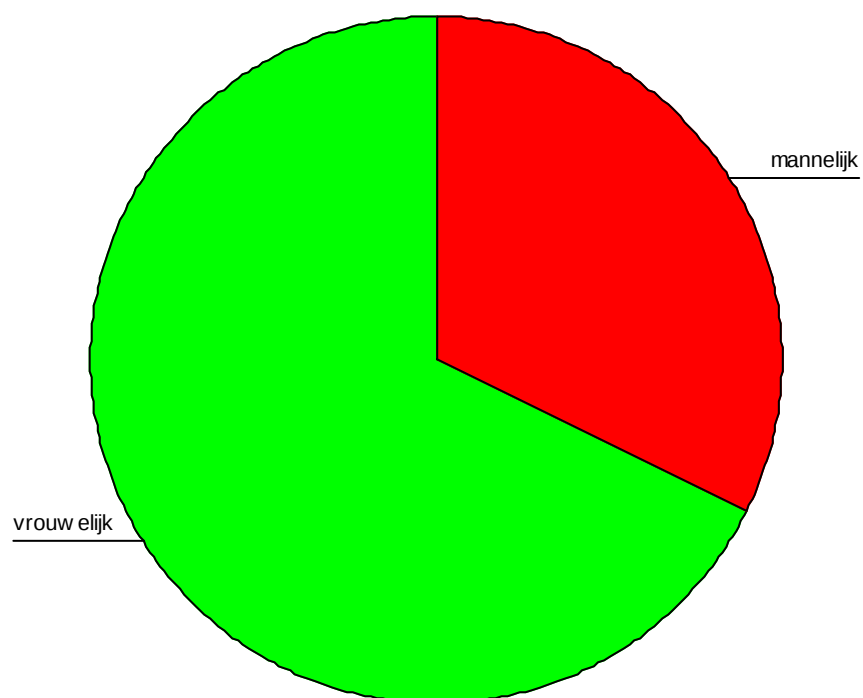
Regressianalyse Trait Hope Scale

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
		B	Std. Error			
1	(Constant)	24.544	.929		26.414	.000
	man	.491	.545	.068	.899	.370
	thuiswonend	.750	.542	.098	1.383	.168
	opl onb	-1.675	1.204	-.121	-1.391	.166
	ongediplomeerd	-2.017	.908	-.280	-2.221	.027
	lager middelbaar	-1.964	.918	-.231	-2.140	.034
	hoger middelbaar	-1.248	.863	-.172	-1.445	.150

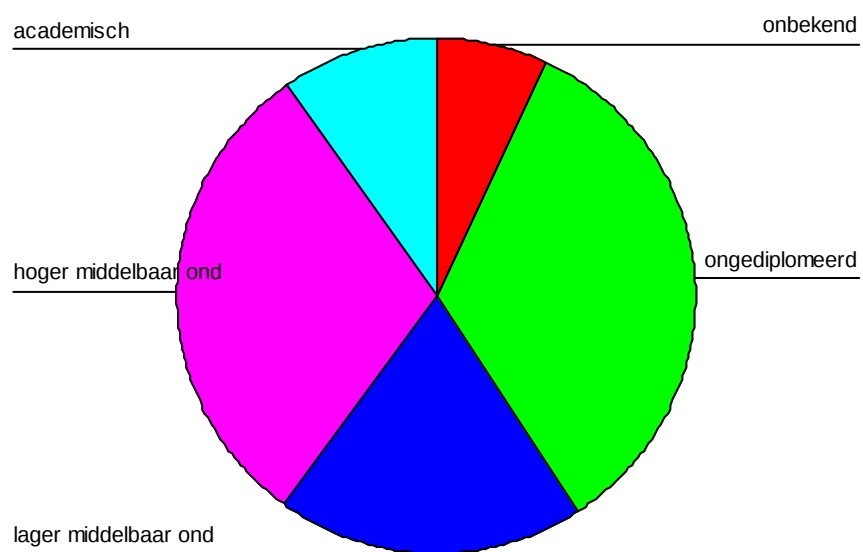
Dit model heeft een R-square van .059. Dat betekent dat maar 5.9 van de variatie verklaard kunnen worden door dit model. Bovendien is het hele model niet significant ($p = .057$).

Deze taartdiagrammen geven een mooi visueel overzicht over de verschillende groepen die geanalyseerd werden:

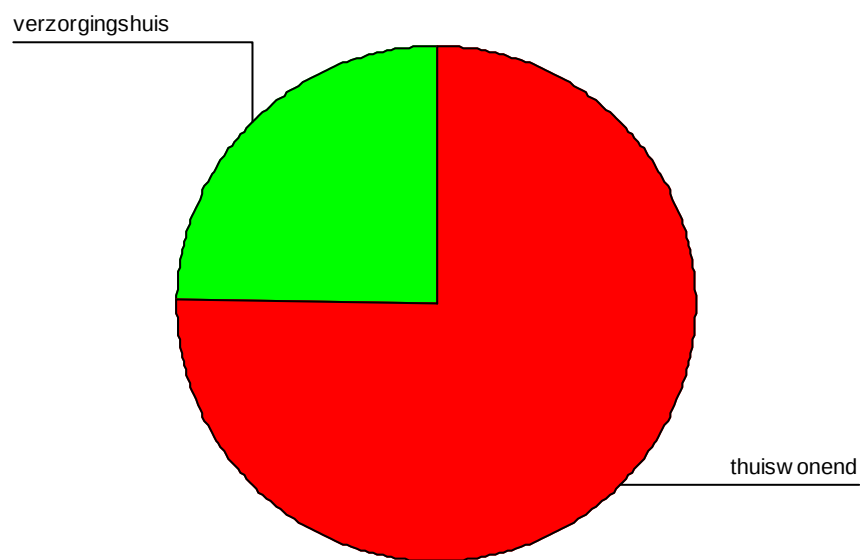
Geslacht:



Opleidingen

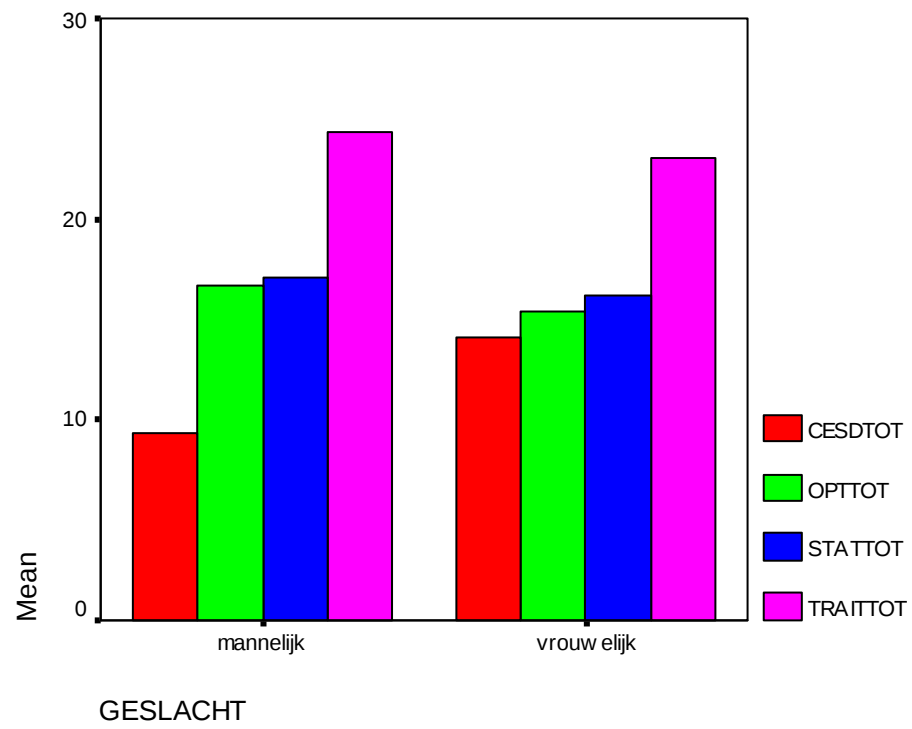


Woonsituatie

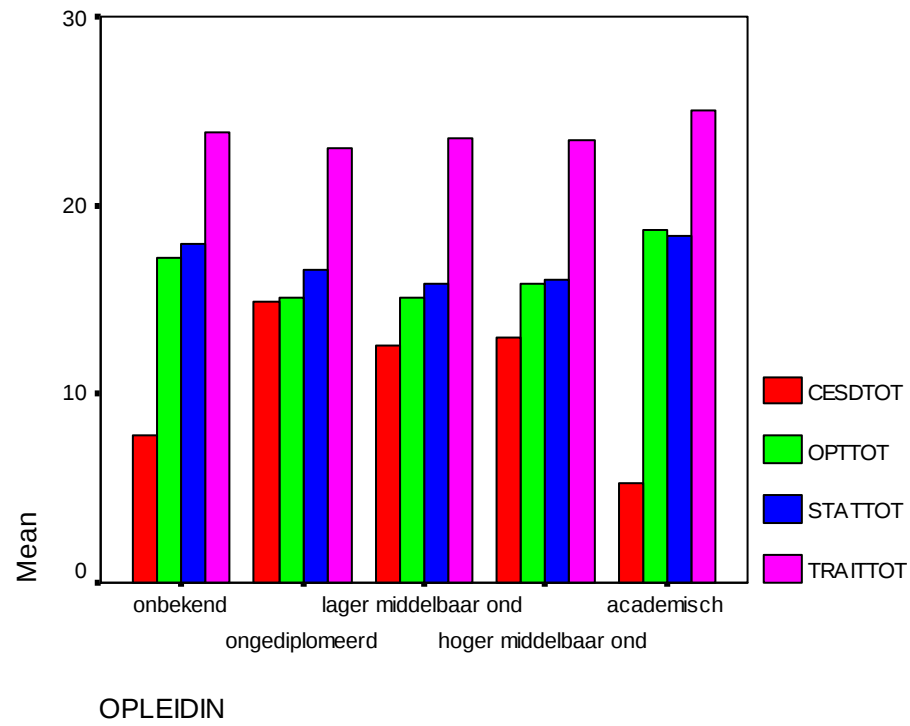


Verder zijn er nog een aantal staafdiagrammen die weergeven hoe de verschillende groepen of de verschillende tests scoorden:

Geslacht



Opleiding



Woonsituatie

