

UNIVERSITEIT TWENTE.

Behoeftevervulling in de ouderenzorg

*De invloed van communicatie in het vervullen van de
psychologische basisbehoefte verbondenheid bij bewoners in
het verpleeg- of verzorgingshuis*

Suzan Keizer
November 2011
Masterthesis Psychologie

Colofon

UNIVERSITEIT TWENTE.

Onderwijsinstelling: Universiteit Twente
Faculteit gedragswetenschappen
Master Geestelijke Gezondheidsbevordering
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

Afstudeerdocenten: 1e begeleider: Dr. G.J. Westerhof
2e begeleider: Dr. M. van Vuuren

Auteur: Suzan Keizer
Studentnummer: s0214663
Keizersweg 7
7468 RC Enter
suzankeizer@gmail.com

Datum: 24 november 2011

Projectperiode: maart 2011 – november 2011

Samenvatting

Steeds minder ouderen kiezen ervoor om in een verpleeg- of verzorgingshuis te wonen. Dit komt grotendeels door het slechte imago van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Een belangrijke reden is dat er binnen een verzorgingshuis onvoldoende wordt aangesloten op de wensen en behoeftes van de ouderen. Nu blijkt dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt in het achterhalen en vervullen van die behoeftes en daardoor kan leiden tot een hogere mate van geestelijk welbevinden. Onduidelijk is echter hoe de behoeften van ouderen worden vervuld door middel van communicatie.

De geestelijke gezondheid van een individu kan op meerdere manieren worden gestimuleerd. Eén van de manieren om de geestelijke gezondheid te bevorderen is door middel van het stimuleren van het psychologisch welbevinden. Het psychologisch welbevinden kan bevorderd worden door het vervullen van de drie psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid. Dit onderzoek heeft geprobeerd antwoord te geven op de vraag hoe communicatie aspecten, die de behoefte aan verbondenheid doen vervullen, worden toegepast in de zorg zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen hun behoefte aan verbondenheid kunnen vervullen en zo een hogere mate van welbevinden kunnen ervaren.

Door middel van een literatuurstudie en een conversatieanalyse zijn de videofragmenten van de ochtendzorg geanalyseerd.

De resultaten laten zien dat met betrekking tot het vervullen van de basisbehoefte verbondenheid de verzorgende diverse communicatiestructuren in kan zetten om de bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis te ondersteunen in het vervullen van de behoefte. Zo blijkt dat wanneer de verzorgende met de bewoner praat over onderwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn, de behoefte aan verbondenheid gestimuleerd wordt. Hierbij hoeft het niet zo te zijn dat de verzorgende altijd vraagt naar onderwerpen, ook het ingaan op vragen en opmerkingen van de bewoner kunnen aanleiding geven om het over belangrijke onderwerpen te hebben. Naast het ingaan en aandacht hebben voor belangrijke onderwerpen, blijkt het praten over ditjes en datjes ook een bijdrage te leveren aan het ervaren van verbondenheid. Tot slot viel met betrekking tot de communicatiestructuren op dat het gebruiken van humor ook kan leiden tot een gevoel van verbondenheid. Samen lachen om dingen kan leiden tot een gevoel van interesse en warmte, wat leidt tot het ervaren van welbevinden. Daarnaast werd humor ook gebruikt om onzekere gevoelens te vermijden waardoor de bewoner in staat was om de aandacht op de ander te richten en daardoor zijn gevoel aan verbondenheid kon ervaren. Opvallend met betrekking tot de resultaten is dat niet alleen de verzorgende ervoor zorgt dat de bewoner zijn behoefte aan verbondenheid vervult. Door zelf onderwerpen die belangrijk zijn aan te snijden, door zelf over ditjes en datjes beginnen te praten en door zelf humor toe te passen kunnen bewoners ook zelf hun behoefte aan verbondenheid vervullen.

Voor vervolg onderzoek wordt aanbevolen om een grotere respondentengroep te genereren, opnames van verschillende momenten van de dag te nemen en het onderzoek niet te richten op één basisbehoefte om zo de resultaten te kunnen verbreden en te generaliseren. Daarnaast is het belangrijk om checklists te ontwikkelen en vragenlijsten af te nemen bij de ouderen, om zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Aanbevelingen met betrekking tot de dagelijkse praktijk zijn video-interactiebegeleiding en training van de verzorgenden gericht op het vervullen van de basisbehoeften.

Summary

Fewer older people choose to live in a nursing home. This is largely due to the poor image of the nursing homes. An important reason is that, within the nursing home there is insufficient connection to the wishes and needs of the elderly. It appears that the contact between caregivers and residents plays an important role in identifying and fulfilling those needs and as a result may lead to higher levels of mental wellbeing. However it is unclear how the needs of the elderly are met through communication.

The mental health of an individual can be stimulated in several ways. One of those ways to stimulate mental health is through stimulating the psychological wellbeing. The psychological wellbeing can be stimulated by fulfilling the three basic psychological needs: autonomy, competence and relatedness. This study attempted to answer the question how communication aspects, which do fulfill the need for relatedness, are used in health care so that residents of nursing homes can fulfill their need for relatedness and can achieve a higher level of wellbeing.

Through a literature study and conversation analysis the video fragments of the morning care have been analyzed.

Results show that concerning the fulfillment of the basic need relatedness, the caregiver can use various communication aspects to help the resident of a nursing home fulfill his or her need for relatedness. It appears that when the caregiver and the resident talk about subjects that are important for the resident, the fulfilling of relatedness is stimulated. In this case it doesn't have to be that the caregiver always ask about important topics, also discussing questions and comments that the residents bring up, can be a reason to talk about important topics. For example, the caregiver took off the clothes that the resident had on and doing that, she came in contact with the catheter of the resident. In response to that the resident asked the caregiver if everything was all right with the catheter because she had some doubts about that. It also seems that talking about this and that's can stimulate the feeling of relatedness. For example: talking about a Christmas tree or soccer. It looked like talking about those things led to a feeling of participating in common activities. Finally, the use of humor can also lead to a feeling of relatedness. For example, laughing together about things can stimulate feelings of interest and warmth by the resident. These feelings lead to a feeling of relatedness. Striking with respect to the results is that not only the caregiver can stimulate the feeling of relatedness, also the resident can participate in activities that stimulate the feeling of relatedness. Residents can bring up their own important topics, talk about this and that's and can use humor to stimulate their feeling of relatedness.

For further research there are some recommendations; generate a larger group of respondents, do not only use video fragments of the morning care, do not focus on one basic need but on all three basic needs. By doing this the results that will be generated will be much more generalizable. Also it is important to develop checklists and use questionnaires to measure the extent to which the resident finds that the communication has been fulfilling. Recommendations regarding the daily practice are using a video-interaction guidance and training of the caregivers in fulfilling the basic needs.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van mijn afstudeeronderzoek welke tevens de afsluiting van mijn studie Psychologie is aan de Universiteit Twente te Enschede. Dit onderzoek richt zich op het vervullen van psychologische basisbehoeften bij ouderen die wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Onderzocht wordt of de communicatie tussen bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis en hun verzorgenden er toe kan leiden dat de psychologische basisbehoeften vervuld worden. Het interessante en boeiende aan dit afstudeeronderzoek is dat het gaat om een kwalitatief onderzoek. Met behulp van literatuur en videofragmenten ben ik gaan onderzoeken of er tijdens de ochtendzorg aan behoeftevervulling wordt gedaan. Het moeilijke aan dit onderzoek was dat er geen vaste regels of maatstaven zijn. Geen SPSS uitvoer waarop je je conclusie kunt baseren en kracht bij kunt zetten. Wat u leest is op basis van mijn interpretatie en mijn gedachtengang. Makkelijk was het niet altijd, maar gelukkig heb ik een aantal mensen die mij daarbij enorm hebben gesteund. Ik wil dan ook graag iedereen bedanken die mij van begeleiding en hulp heeft voorzien. Vooral wil ik mijn afstudeerdocenten Gerben Westerhof en Mark van Vuuren bedanken voor hun begeleidingen, adviezen en feedback. Hierbij heeft met name hun toegankelijkheid en enthousiasme een rol gespeeld. Verder wil ik mijn collega student Lotte van de Kempe bedanken voor de prettige samenwerking, nuttige feedbacksessies en kritische houding tijdens het afstudeeronderzoek. Ook wil ik mijn oud-collega Rinske Vos bedanken voor het lezen van mijn scriptie en haar feedback hierop. Tot slot wil ik mijn vriend en familie bedanken, zij zorgden voor de juiste randvoorwaarden waardoor ik deze studie succesvol kon afronden.

Al deze mensen hebben bijgedragen aan mijn leerproces en eindproduct. Bedankt!

Enter, november 2011

Suzan Keizer

Inhoudsopgave

Colofon	i
Samenvatting	ii
Summary	iii
Voorwoord.....	iv
1 Inleiding	1
2 Theoretisch kader	3
2.1 Geestelijke gezondheid	3
2.2 Communicatie	7
2.3 Psychologische basisbehoeften.....	10
3 Methode.....	15
3.1 Onderzoeksmethode	15
3.2 Deelnemers	16
3.3 Video-opname procedure	17
3.4 Analyse procedure.....	18
4 Resultaten	20
4.1 Film 1: Anna en Ria	20
4.2 Film 2: Ina en Hans	24
4.3 Film 3: Lida en Trudy	29
5 Conclusie en discussie	36
5.1 Bevindingen en conclusies	36
5.2 Beperkingen en aanbevelingen	39
6 Bronnen.....	42
Bijlage 1	47

1 Inleiding

Nederland telt eind 2010 ruim 2,6 miljoen (15,6%) vijfenzestigplussers, waarvan bijna 800.000 tachtigplussers. Deze aantallen zullen de komende jaren blijven stijgen. De verwachting is dat in 2040 25,6% van de bevolking vijfenzestigplus is, wat neerkomt op 4,6 miljoen mensen. Daarnaast neemt de vraag naar zorg ook toe, de verwachting is dat tussen 2006 en 2030 de vraag naar zorg met 34% zal stijgen. Door de bezuinigingen zal er flink moeten worden gesneden in de zorg. Zorgverleners zullen in een kortere tijd of met minder personeel dezelfde werkzaamheden moeten verrichten. Het gevolg hiervan is dat een groot deel (naar schatting 40%) van de zorgbehoevenden niet de zorg zullen ontvangen die zij nodig hebben (Brouwer, Hoefman & Exel, 2011). Doordat de zorg in een kortere tijd geleverd moet worden, is het belangrijk dat de zorg die geleverd wordt kwalitatief goed is.

De vraag naar verpleeg- en verzorgingshuizen zal blijven groeien, tot wel 40%. Het feitelijke gebruik van verpleeg- en verzorgingshuizen is echter lager dan de vraag, omdat veel ouderen er voor kiezen om langer zelfstandig te wonen met behulp van thuiszorg (Jonker, Sadiraj, Wottiez, Ras & Morren, 2007), zie een recent publicatie van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) (2011) hieronder.

Ouderen wonen steeds langer zelfstandig

Het aantal ouderen groeit snel, maar het aantal ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis daalt. Zowel het aandeel zelfstandig alleenwonende ouderen als het aandeel zelfstandig samenwonende ouderen neemt toe. Tussen 2000 en 2010 nam het aantal 80-plussers toe van 500 duizend naar 648 duizend. Het aantal 80-plussers dat in de Gemeentelijke Basisadministratie is ingeschreven bij een verzorgings- of verpleeghuis daalde in dezelfde periode van 102 duizend naar 90 duizend. Het aandeel 80-plussers dat deel uitmaakt van een institutioneel huishouden nam hierdoor sterk af, van 20 naar 14 procent. De afname heeft zich bij alle leeftijden voorgedaan. (CBS, 11 juli 2011)

Het feit dat steeds minder ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis willen wonen, komt mede door het slechte imago van de verpleeg- en verzorgingshuizen (Vallerand, O'Conner & Blais, 1989). Een belangrijke reden hiervoor is dat er binnen een verzorgingshuis onvoldoende wordt aangesloten op de wensen en behoeftes van ouderen (Leunis & de Goeij, 2009). Het blijkt dat niet alleen tijd en geld de ontevredenheid in de zorg in de weg staan, maar ook het voldoen aan de individuele behoeftes van de bewoners. Communicatie is hierbij essentieel. Door middel van communicatie kan men namelijk de individuele behoeftes van een bewoner achterhalen (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997) en de mate waarin aan deze behoeftes wordt tegemoetgekomen, is van belang voor het ervaren van welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Het niet voldoen aan de wensen en behoeftes van ouderen leidt onder andere tot veel depressies binnen verpleeg- en verzorgingshuizen. Ongeveer 1 op de 5 bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis heeft last van depressieve gevoelens (Klerk, 2005). Opvallend is dat binnen verpleeg- en verzorgingshuizen 4% van de bewoners te maken heeft met ernstige depressieve klachten, wat bijna twee keer zoveel is als daarbuiten (Eisses, 2005). Mensen met depressies zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Een depressie blijkt op vele gebieden

negatieve gevolgen met zich mee te brengen. Zo neemt de vitaliteit, het sociaal functioneren, het rol functioneren, en de geestelijke gezondheid ernstig af (Bijl & Ravelli, 2000). Daarbij is er ook nog een groot verschil tussen de mate van depressie en de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven neemt af met de ernst van depressie (Kruijshaar, Hoeymans, Bijl, Spijker & Essink-Bot, 2003). De afname van de kwaliteit van leven brengt grote individuele en maatschappelijke kosten met zich mee (Trimbos, 2010).

Uit onderzoek van, van Beek (2008) blijkt dat het welbevinden van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners beïnvloed wordt door het personeel. Informele sociale contacten tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorgingshuisbewoners spelen hierbij een centrale rol. Ong, Heas, Hoos en Lammes (1995) en Stewart (1995) tonen aan dat effectieve communicatie tussen verpleeg- en verzorgingshuisbewoners en verzorgenden leidt tot: hogere tevredenheid met de zorg, meer begrip, minder depressie, minder angst, verbetering van zelfzorg, verbetering van de therapietrouw, verbetering van algemeen welbevinden en verbetering van de kwaliteit van leven. Als de communicatie tussen de bewoner en de verzorgende faalt, kan er een onbevredigend gevoel achter blijven en kan het socialisatieproces, het leren aanpassen aan nieuwe waarden en regels, verstoord worden en afnemen (Staab & Hodges, 1996). Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat het welbevinden afneemt.

De onderzoeken van Ong et al. (2005) en Stewart (1995) tonen aan dat er een relatie bestaat tussen de mate van welbevinden en de manier van communicatie tussen verzorgenden en bewoners. Ondanks dat deze relatie bekend is, zijn er weinig tot geen onderzoeken gedaan naar specifieke communicatie structuren, zoals het tonen van interesse en het praten over ditjes en datjes, die van invloed kunnen zijn op het welbevinden. Zo tonen Custers, Westerhof, Kuin & Riksen-Walraven (2010) aan dat het contact tussen verzorgenden en bewoners van een verpleeghuis een belangrijke rol speelt in de vervulling van de psychologische basisbehoeften. Zij namen echter geen specifieke communicatiestructuren mee, waardoor onduidelijk is waardoor de basisbehoeften werden vervuld. Verder is een opvallende conclusie in studies naar communicatie tussen verzorgenden en bewoners van verpleeg- en of verzorgingshuizen, dat verzorgenden het welbevinden van de bewoners kunnen vergroten, maar dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar welke communicatiestructuren hier nu specifiek aan bijdragen (Caris-Verhallen et al., 1997).

Dit onderzoek wil zich richten op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Het doel is om te onderzoeken hoe de communicatie tussen verzorgenden en bewoners wordt gebruikt, om bij te dragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden.

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag hoe de communicatie tussen verzorgenden en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen wordt gebruikt is het van belang een aantal begrippen eerst nader uit te leggen, wat in het volgende hoofdstuk wordt gedaan.

2 Theoretisch kader

Wetenschappelijke literatuur vormt de basis voor het onderzoek. In dit theoretische kader worden de belangrijkste begrippen die centraal staan in dit onderzoek uiteengezet. In paragraaf 2.1 zal aandacht worden besteed aan het begrip geestelijke gezondheid. Binnen deze paragraaf zal geestelijke gezondheid beschreven worden vanuit de huidige klinische opvatting, maar ook vanuit de opkomende positieve opvatting. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 uitgelegd wat communicatie inhoudt en hoe communicatie en geestelijke gezondheid met elkaar in verband kunnen staan. Ten slotte wordt er in paragraaf 2.3 aandacht besteed aan de psychologische basisbehoeften, hoe de psychologische basisbehoeften in verband staan met geestelijke gezondheid en hoe ze bevorderd kunnen worden met behulp van communicatie.

2.1 Geestelijke gezondheid

Deze paragraaf zal beginnen met de huidige, klinische, opvatting van geestelijke gezondheid. Vervolgens wordt in paragraaf 2.1.2 stilgestaan bij de opkomende stroming binnen de psychologie genaamd; positieve psychologie. Vervolgens wordt in paragraaf 2.1.3 het begrip geestelijke gezondheid uitgelegd vanuit de visie van de positieve psychologie. Vanuit hier wordt in paragraaf 2.1.4 een uitstap gemaakt naar het begrip kwaliteit van leven, dat vaak als maatstaf wordt gebruikt binnen de ouderenzorg. Tot slot wordt in paragraaf 2.1.5 uiteengezet waarom positieve geestelijke gezondheid belangrijk is bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.

2.1.1 Huidige visie van geestelijke gezondheid

Traditioneel richt de geestelijke gezondheidszorg zich op de behandeling en preventie van geestelijke stoornissen. Er wordt meer aandacht besteedt aan ontevredenheid en lijden, dan aan de oorzaken en consequenties van positief functioneren (Ryff, 1989). Het belangrijkste doel is dan ook het voorkomen en behandelen van psychopathologie. Negatieve afwijkingen van het functioneren worden geclassificeerd in stoornissen met een eigen vorm en inhoud. Vervolgens is het doel om de stoornis adequaat te behandelen en te genezen. Binnen deze huidige visie is de nadruk komen te liggen op een ziekte-ideologie. De psychologie richt zich, als het gaat om geestelijke gezondheid bij uitstek op klachten en stoornissen. Geestelijke gezondheid wordt hierbij gezien als de afwezigheid van psychische stoornissen (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

2.1.2 Positieve psychologie

De exclusieve focus op pathologie heeft de psychologie zo lang gedomineerd, dat het model van de mens geen positieve kenmerken als hoop, moed en wijsheid bevatte terwijl juist dit kenmerken zijn die het leven de moeite waard maken (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Tegenwoordig is er steeds meer aandacht voor het positieve welbevinden van de mens. Waar vroeger alleen aandacht werd besteed aan het voorkomen en genezen van geestelijke stoornissen is er sinds een aantal jaar meer aandacht voor de positieve aspecten van het menselijke functioneren. De stroming binnen de psychologie die ingaat op positieve ervaringen, karaktertrekken, relaties en instituties wordt ook wel positieve psychologie genoemd (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De introductie van de stroming positieve psychologie vond pas 10 jaar geleden plaats in het millennium nummer van de American Psychologist. In het artikel van Seligman en Csikszentmihalyi (2000) benadrukken zij dat de stroming van de klinische psychologie zo lang heeft gedomineerd dat de hedendaagse psychologie zich louter beperkt tot ziekten. Het onderzoek naar positieve onderwerpen als kwaliteiten en deugden is onderbelicht geraakt door de eenzijdige gerichtheid op

het ziektemodel. Het doel van de positieve psychologie is om niet alleen kennis te verzamelen over de positieve aspecten van het menselijk functioneren, maar ook om deze te bevorderen. De bevordering van geestelijke gezondheid is echter een relatief nieuw doel binnen de volksgezondheid (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De nadruk komt bij deze bevorderingsgerichte vorm van zorg steeds meer op het individu te liggen (Caris-Verhallen et al., 1997). Er wordt meer gekeken naar de behoeften en kwaliteiten van een persoon dan enkel naar zijn beperkingen.

Maria Jahoda (1958) en Gurin, Veroff en Feld (1960) waren de eerste wetenschappers die het concept geestelijke gezondheid in een positief daglicht zagen. Zij stelden dat in plaats van de focus te leggen op de genezing of preventie van een mentale ziekte de focus gericht moest worden op het onderzoeken van geestelijke gezondheid en de ontwikkeling van de mens met daarbij oog voor het subjectieve welbevinden van de mens (Keyes, 2006). Sinds de publicatie van de artikelen van Jahoda (1958) en Gurin, Veroff en Feld (1960) is er veel onderzoek gedaan naar de geestelijke gezondheid via de studie van subjectief welbevinden. In de jaren 80 verschenen er drie artikelen die hebben gezorgd voor wat nu de hoofdstroom van het sociaal psychologisch onderzoek is. Het eerste artikel kwam van Schwartz en Clore's (1983). Zij toonden aan dat de toekenning van geluk of tevredenheid over het leven van een individu beïnvloed kon worden door de affectieve toestand van een individu. Het tweede artikel was een review studie van Diener (1984) over emotioneel welbevinden. Het derde artikel van Ryff (1989) was een opvolging van Jahoda's (1958) artikel over de theorie van psychologisch welbevinden (Keyes, 2006).

Geestelijke gezondheid wordt binnen de positieve psychologie gezien als emotioneel welbevinden in combinatie met optimaal individueel en sociaal functioneren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). In de volgende paragraaf zullen de begrippen emotioneel welbevinden, individueel en sociaal functioneren verder worden uitgelegd.

2.1.3 Positieve geestelijke gezondheid

In paragraaf 2.1.1 wordt omschreven dat geestelijke gezondheid de afwezigheid is van een psychische stoornis. In paragraaf 2.1.2 wordt vanuit de positieve psychologie omschreven dat geestelijke gezondheid emotioneel welbevinden is in combinatie met optimaal individueel en sociaal functioneren. Wanneer de huidige literatuur wordt bestudeerd vindt men iets vreemds. Wanneer er gesproken wordt over geestelijke gezondheid binnen de context van positieve psychologie wordt er continu over positieve geestelijke gezondheid gesproken. Blijkbaar is de associatie van geestelijke gezondheid met ziekte zo sterk, dat het nodig is om het begrip positief toe te voegen om deze associatie te doorbreken. Taalkundig is dit dubbelop. Hoe kan gezondheid anders dan positief zijn (Westerhof & Bohlmeijer, 2010)? In deze paragraaf wordt in gegaan op het begrip geestelijke gezondheid vanuit de positieve psychologie, echter wordt de toevoeging 'positieve' achterwege gelaten.

De World Health Organization (WHO), opgericht in 1948, heeft pas sinds 2004 aandacht voor geestelijke gezondheid. De WHO pleit er sinds een aantal jaar voor om geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekte, maar ook om deze te bevorderen. Zij formuleerden een definitie over geestelijke gezondheid, welke als volgt omschreven wordt "A state of wellbeing in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" (World Health Organization, 2009). In deze definitie zijn drie kerncomponenten te vinden, namelijk: het welbevinden, het effectief functioneren van een individu en het effectief

functioneren in een gemeenschap. Bij het operationaliseren van de kerncomponenten wordt er gebruik gemaakt van onderzoek uit de psychologie en sociologie en wordt er een onderscheid gemaakt op twee hoofdstromen: hedonisch welbevinden en het eudaimonisch welbevinden (Westerhof & Keyes, 2009).

Hedonisme en eudaimonisme zijn termen uit de Griekse filosofie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Het streven naar geluk sluit aan bij het begrip hedonisme. Hierbij is geluk het hoogst denkbare doel van mensen en direct genot staat hierbij centraal. Eudaimonia gaat over het streven naar zelfrealisatie en maatschappelijke integratie. Eudaimonia komt voort uit de begrippen 'eu' wat staat voor goed en 'daimon' wat staat voor geest of godheid, maar ook wel het lot of de fortuin. Hierbij is niet geluk, maar de realisatie van iemands eigen doelen de essentie van een goed leven (Westerhof & Bohlmeijer, 2010; Westerhof & Keyes, 2009).

In de definitie van de WHO vinden we de concepten van het hedonisme en eudaimonise terug. Het hedonisme is dat men kan omgaan met de normale stressoren van het leven. Binnen de psychologie wordt dit ook wel emotioneel welbevinden genoemd. Emotioneel welbevinden is een multidimensionaal concept en omvat de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven. Geluk is hierin de kerncomponent (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Het eudaimonisme vindt men terug in de definitie van het WHO in dat ieder individu zijn of haar eigen doelen na kan streven en daarbij een bijdrage kan leveren aan zijn of haar bevolkingsgroep. Het nastreven van zijn of haar eigen doelen wordt ook wel psychologisch welbevinden genoemd. Psychologisch welbevinden gaat over de perceptie van het proces van zelfrealisatie. Zelfrealisatie verwijst naar een proces van persoonlijke ontwikkeling en groei, waarbij mensen in het algemeen volgens eigen wensen en mogelijkheden hun leven en activiteiten in relatie met anderen vorm geven (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Zes factoren spelen hierbij een belangrijke rol: zelfacceptatie, persoonlijke ontwikkeling, levensdoel, autonomie, controle over de omgeving en positieve relaties met anderen (Ryff 1989; Ryff & Keyes 1995). Het nastreven van een bijdrage leveren aan zijn of haar bevolkingsgroep wordt ook wel sociaal welbevinden genoemd. Sociaal welbevinden gaat over de mate waarin men tevreden is met de samenleving waarin men leeft. Sociale integratie, sociale contributie, sociale coherentie, sociale actualisatie en sociale acceptatie zijn begrippen die hierbij centraal staan (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

De begrippen emotioneel welbevinden (hedonisme), psychologisch en sociaal welbevinden (eudaimonisme) samen vormen een toestand die geestelijke gezondheid wordt genoemd. De mate waarin iemand zich geestelijke 'wel' bevindt, wordt door deze drie componenten gezamenlijk bepaald.

2.1.4 Kwaliteit van leven

In de literatuur komt het voor dat verschillende begrippen gebruikt worden die verwant zijn aan elkaar, zoals geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven. Geestelijke gezondheid wordt gebruikt wanneer literatuur wordt geschreven vanuit de psychologie. Kwaliteit van leven wordt gebruikt wanneer men literatuur schrijft met betrekking tot de ouderenzorg. Hoewel dit onderzoek zich op ouderen richt, ligt de focus op een psychologische benadering. In dit onderzoek zal om deze reden het begrip geestelijke gezondheid worden gebruikt in plaats van kwaliteit van leven. Onderzoeken omtrent de ouderenzorg en kwaliteit van leven leveren echter veel aanvullende informatie op. Daarom wordt de literatuur die bestudeerd is rondom het begrip kwaliteit van leven hieronder kort toegelicht.

Kwaliteit van leven gaat over het functioneren van een persoon op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan door diezelfde persoon. De World Health Organisation (WHO) omschrijft kwaliteit van leven als: “De perceptie van een persoon van zijn of haar positie in het leven in relatie tot de culturele context en de waarden systemen van deze context in relatie tot hun eigen doelen, standaarden en verwachtingen” (WHO, 1996, p.5).

Kwaliteit van leven is dan ook een multidimensionaal concept waaraan tenminste een somatisch, een psychisch en een sociaal concept te onderscheiden zijn (Nispen, Beek & Wagner, 2005). Het somatische concept gaat over het lichamelijk functioneren. Het psychische concept omvat het ervaren van klachten of positieve gevoelens van welbevinden. Het sociale concept het aantal en de kwaliteit van sociale contacten. De mogelijkheid om sociale rollen te vervullen valt hier ook onder.

De kwaliteit van de verschillende domeinen kunnen elkaar onderling beïnvloeden en zorgen samen voor de mate waarin een individu zijn kwaliteit van leven beoordeelt (Poortvliet, van Beek, de Boer, Gerritsen & Wagner, 2006). Ouderen krijgen vaak te maken met levensgebeurtenissen die van invloed kunnen zijn op hun kwaliteit van leven. Vaak verliezen ze één of meer van hun geliefden, familieleden en vrienden waardoor eenzaamheid op de loer ligt. Ze verliezen sociale rollen zowel formeel als informeel en ziekten en beperkingen komen in het dagelijks leven steeds meer voor. Deze levensgebeurtenissen vormen een belangrijke risicofactor voor de kwaliteit van leven van ouderen. Steunbronnen binnen en buiten de persoon kunnen de negatieve effecten van stress op de gezondheid van ouderen beperken of voorkomen (Enders-Slegers, 2000).

Kwaliteit van leven kan op verschillende manieren gemeten worden, namelijk: objectief en extern of subjectief en intern (Keyes, 2006). Objectieve aspecten gaan over het feit of iemand als gevolg van zijn gezondheid bepaalde beperkingen heeft. Subjectieve aspecten zeggen iets over het oordeel van de persoon over zijn gezondheid (de Bruijne, Weterings, Brunenberg & Bareman, 2008). Hoewel de kwaliteit van leven altijd deels afhankelijk is van gebeurtenissen in het leven van mensen, is de verwachting dat goede zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van mensen. De zorgverlening aan bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zou dan ook zo ingericht moeten worden dat deze hier aan kan bijdragen. Dit houdt in dat zorgverlening zich niet alleen moet richten op de klinische gezondheidstoestand van de bewoner, maar ook op andere aspecten van het leven zoals het onderhouden van sociale contacten. Echter blijkt dat er vanwege beperkte financiële middelen en regionale personeelstekorten vaak weinig cliëntgerichte zorg kan worden gegeven, waardoor de kwaliteit van leven van bewoners kan afnemen (Merten, van Beek, Gerritsen, Poortvliet, de Leeuw & Wagner, 2007).

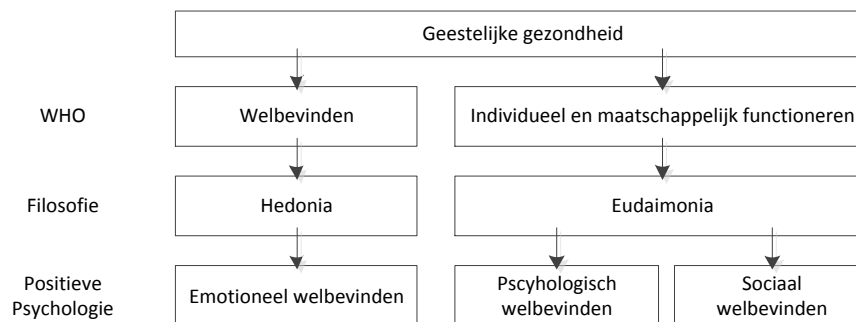
2.1.5 Positieve geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven.

Uit de voorgaande paragrafen is gebleken dat er diverse begrippen worden gebruikt voor eenzelfde construct namelijk: geestelijk gezondheid. Figuur 2.1 geeft een overzicht van de verschillende begrippen, om zo nog eens helder weer te geven hoe de begrippen onderling met elkaar in verband staan (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Dat de klinische visie van geestelijke gezondheid nog steeds domineert, is met een voorbeeld van psychologisch onderzoek aan te tonen. In de zoekmachine Psycinfo levert een zoekopdracht naar publicaties met het begrip *depression* in de titel die de afgelopen twintig jaar zijn verschenen 34.245 hits op. Een soortgelijk zoekopdracht naar *happiness* levert ‘slechts’ 1.163 resultaten op. Depressie

komt bijna dertig keer zoveel voor in de titels van wetenschappelijke psychologische publicaties als geluk (uitgevoerd op 15 augustus 2011).

Deze zoekopdracht toont met overtuiging aan dat de klinische visie van geestelijke gezondheid nog steeds domineert binnen het psychologisch onderzoek. Veel onderzoek richt zich nog steeds op het voorkómen en genezen van ziekte. Dit onderzoek wil echter een bijdrage leveren aan de positieve visie van geestelijke gezondheid. In plaats van te kijken naar hoe er voorkomen kan worden dat een verpleeg- of verzorgingshuisbewoner zich geestelijk minder ‘wel’ bevindt, richt dit onderzoek zich op hoe de geestelijke gezondheid van een verpleeg- of verzorgingshuisbewoner continu gestimuleerd en bevorderd kan worden.



Figuur 2-1 Overzicht begrippen: Uit "Psychologie van de levenskunst"(p.23), door Westerhof en Bohlmeijer, 2010, Amsterdam: Boom.

Een manier om een individu zijn geestelijke gezondheid te stimuleren is door de aandacht te richten op één van de drie componenten die de geestelijke gezondheid gezamenlijk bepalen. De drie componenten emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden werden in paragraaf 2.1.4 benoemd en uitgelegd.

Deci & Ryan (1985) bedachten een theorie om de component psychologisch welbevinden te stimuleren, genaamd: de zelfdeterminatietheorie. Binnen de zelfdeterminatietheorie staat het vervullen van basisbehoeftes centraal. Alleen de vervulling van de basisbehoeftes zorgt er volgens de zelfdeterminatietheorie voor dat het welbevinden wordt bevorderd. Deci & Ryan onderscheiden binnen de zelfdeterminatietheorie drie psychologische basisbehoeften, namelijk; autonomie, verbondenheid en competentie (Evelein, 2005). In paragraaf 2.3.2 zullen de zelfdeterminatietheorie en de psychologische basisbehoeften nader worden uitgelegd. Belangrijk voor nu is dat Custers et al. (2010) aantoonde dat het contact tussen verzorgenden en bewoners van verpleeghuizen een belangrijke rol speelt in de alledaagse vervulling van de psychologische basisbehoeften.

2.2 Communicatie

Tijdens het verzorgen van een verpleeg- of verzorgingshuisbewoner vindt er interactie plaats tussen de verzorgende en de bewoner. Er is daarbij sprake van contact tussen de verzorgende en de bewoner en dus is er, volgens het onderzoek van Custers et al. (2010), sprake van behoeftevervulling. Bij interactie gaat het erom dat mensen op elkaar reageren. Ze communiceren met elkaar, maar wat is communicatie eigenlijk? Paragraaf 2.2.1 zal hier antwoord op geven. Paragraaf 2.2.2 zal dieper ingaan op de begrippen verbale en non-verbale communicatie, waarna in paragraaf 2.2.3 wordt uitgelegd welke rol deze vormen van communicatie hebben in de zorg. Tot slot zal in paragraaf 2.2.4 stil worden gestaan bij de rol van communicatie in de geestelijke gezondheid.

2.2.1 Wat is communicatie?

Communicatie wordt in de Van Dale (2005) beschreven als het uitwisselen van informatie. Dit is echter nogal een enge definitie van communicatie in vergelijking met andere definities van communicatie. Een andere definitie van communicatie komt bijvoorbeeld van Carpentier (1987) die communicatie beschrijft als: “ De middelen door middel waarvan mensen met elkaar omgaan en/of zich tot elkaar verhouden (gedragen). Het is een proces van overbrengen van informatie van de ene persoon naar de andere”. Het gaat hierbij om het opzettelijk of onopzettelijk zenden van een boodschap, die een reactie oproept. Er is hierbij steeds een zender en een ontvanger. Het doel van communicatie is het op een of andere manier te beïnvloeden van de ander, door informatie naar de ander te zenden (Carpentier, 1987). Het verzenden van informatie kan zowel verbaal als non-verbaal. Verbaal kan de mens door vier verschillende methodes communiceren: luisteren, spreken, lezen en schrijven. Non-verbale communicatie bevat alle andere vormen van wat niet gesproken is zoals, oogcontact, knikken, lachen en lichaamspositie. In paragraaf 2.2.2 zal nader worden ingegaan op verbale en non-verbale communicatie.

Door communicatie wil iemand kennis, opvattingen, of gevoelens van de ander beïnvloeden. Communicatie is pas geslaagd indien de boodschap van de verzender via het middel door de ontvanger wordt begrepen. Wanneer er bij één van de elementen, verzender, middel of ontvanger, onduidelijkheid ontstaat of indien deze incompleet is, ontstaat er zogeheten ruis. Ruis staat het daadwerkelijk begrijpen van de boodschap door de ontvanger zoals die door de verzender is bedoeld in de weg (Jansen, 2009). Ruis kan intern ontstaan maar ook extern. Interne ruis houdt in dat de ontvanger van de boodschap een andere betekenis geeft aan een woord dan dat de zender gebruikt. Externe ruis houdt in dat op het moment van communicatie de boodschap verstoord wordt door bijvoorbeeld lawaai, waardoor de ontvanger bepaalde delen van de boodschap mist. Het gevolg van ruis kan zijn dat er onenigheid ontstaat over de bedoelde boodschap van de zender naar de ontvanger.

Bij communicatie is er dus sprake van tweerichtingsverkeer. Dat wil zeggen dat het bij communicatie niet zozeer gaat om het eenzijdig informeren, maar juist om een uitwisseling van informatie tussen mensen die zich ook nog eens van elkaars aanwezigheid bewust zijn (Jansen, 2009).

2.2.2 Verbale versus non-verbale communicatie:

Zoals in paragraaf 2.2.1 kort wordt aangegeven kan er binnen het begrip communicatie een onderscheid gemaakt worden tussen verbale en non-verbale communicatie. Verbale en non-verbale communicatie gaan bijna altijd samen. Een belangrijk deel van de communicatie vindt plaats in het non-verbale vlak. Slechts 7% van de betekenis die de ontvanger van de communicatie geeft aan de communicatie wordt bepaald door de woordelijke boodschap. Ongeveer 35% van de betekenis van onze communicatie wordt bepaald door zaken die liggen in het vlak van intonatie, stemritme en volume. De overige 58% van de communicatie wordt bepaald door non-verbale gedragingen zoals houding, oogcontact, mimiek, gebaren en uitstraling (ITASC, 2011).

Verbale communicatie is al het gedrag dat een boodschap brengt van de verzender naar de ontvanger, door middel van taal. Verbale communicatie bestaat uit woorden. Echter blijkt dat bij verbale communicatie het niet zo belangrijk is wat er wordt gezegd, maar vooral hoe het wordt gezegd. De klank die aan woorden wordt gegeven noemt men intonatie. Woorden kunnen namelijk snel of langzaam, zacht of hard en op hoge of lage toon worden uitgesproken (SvH ,2011). Intonatie wordt vaak gezien als een vorm van lichaamstaal. Met behulp van intonatie kan men interpreteren

hoe de ander zijn boodschap heeft bedoeld. Soms is het moeilijk te bepalen hoe iemand zich werkelijk voelt, omdat mensen vaak hun ware emoties proberen te verbergen. Vaak wordt de aandacht dan gericht op het non-verbale gedrag. Non-verbale communicatie, ook wel analoge communicatie, refereert naar elke vorm van uitwisseling van boodschappen tussen mensen of levende wezens via niet-talige signalen of tekens: 'zonder woorden'. Vormen van non-verbale communicatie zijn intonatie, aanraking, houding, gebaren, gezichtsuitdrukkingen en oogcontact (Zeeuwmeeuw, 2010). Lichamelijke aanrakingen worden vaak gezien als een uitdrukking van vriendschap, koesterende zorg en seksuele belangstelling. Oogcontact kan duiden op intimiteit, oprechtheid, zelfvertrouwen of respect (Brehm, Kassin, Fein, Mervielde & van Hiel, 2006). Non-verbale signalen zijn erg krachtig (Zeeuwmeeuw, 2010). Michael Argyle concludeerde dat non-verbale signalen een effect hebben dat vijfmaal sterker is dan de verbale inhoud (Jeronimus, 2003).

2.2.3 Communicatie in de ouderenzorg

Communiceren met ouderen vraagt om specifieke aandacht, mede omdat het communiceren met ouderen een aantal specifieke karakteristieken met zich meebrengt. Eén van die karakteristieken is dat tijdens het communiceren met de oudere er barrières kunnen zijn door mogelijke sensorische defecten. De oudere zal zich vanwege het verlies aan gehoorfunctie meer richten op andere signalen zoals lichaamstaal, stemsignalen en gelaatsuitdrukkingen. Mede hierdoor kan non-verbale communicatie tijdens het contact met de ouderen mogelijk een nog grotere rol spelen dan in paragraaf 2.2.2 wordt gesteld. Een andere specifieke karakteristiek die zich voordoet bij het communiceren met ouderen is dat de verzorgende en de oudere vaak verschillende agenda's hebben. De oudere heeft vaak weinig sociaal contact en wil het gesprek met de verzorgende voort laten duren. De oudere heeft behoefte aan sociaal contact (affectieve communicatie). De verzorgende daarin tegen heeft meer werk te doen en wil het gesprek kort en bondig houden. De communicatie die dan tijdens het gesprek plaatsvindt, is vaak taakgerelateerd (Caris-Verhallen, Kerkstra, van der Heijden & Bensing, 1998). Taakgerelateerde communicatie houdt in dat de communicatie alleen gericht is op de verzorging (Grainger, 1993). Affectieve communicatie houdt in dat de verzorgende verbale aandacht, zorg, empathie en sympathie toont aan de oudere (Caris-Verhallen et al., 1999).

Ouderen worden vaak als groep gezien, echter is het belangrijk te realiseren dat er grote variatie is tussen ouderen. Net zoals iedere volwassene of jongere heeft een oudere zijn eigen wensen en behoeftes. Tijdens de communicatie is het belangrijk om te achterhalen wat de wensen en behoeftes van de oudere zijn om zo te kunnen aansluiten bij datgene waar de oudere op dat moment behoefte aan heeft (Jansen & Weert, 2008). Door aan te sluiten bij de behoeften van de oudere, voelt deze zich gehoord en gekend (de Goeij & Leunissen, 2010). Wat vervolgens leidt tot een betere beoordeling van de kwaliteit van leven (Nispen et al., 2005).

Onderzoek van Goudsblom (2010) laat zien dat ouderen het belangrijk vinden als de verzorgende goed kan luisteren, laat blijken dat ze de ander begrijpt, opmerkt wat de behoeftes van de oudere zijn, betrokkenheid toont en interesse toont. Tevens vindt de oudere het belangrijk dat de verzorgende tijd maakt voor een sociaal praatje zoals hoe het bijvoorbeeld gaat met de oudere (Goudsblom, 2010).

Het onderzoek van Jansen en Weert (2008) geeft een aantal praktische tips waar de verzorgende rekening mee kan houden tijdens het communiceren met de ouderen. Zo is het belangrijk om prioriteiten te stellen en aan te sluiten bij dat wat voor de oudere op dat moment het meest relevant

is. Een tweede punt dat genoemd wordt is dat het geven van informatie moet worden verdeeld over verschillende momenten, omdat ouderen slechts een kwart van de informatie onthouden die hen gegeven wordt (van Weert, Jansen, de Best, Posma, Noordman, de Groot, van der Meulen & van Dulmen, 2008). Bovendien is het belangrijk om structuur aan te brengen in het gesprek, medisch taalgebruik zoveel mogelijk te vermijden, niet te snel van onderwerp veranderen en als dat toch gebeurt, 'bruggetjes' te bouwen van het ene naar het andere onderwerp. Wanneer met deze tips rekening wordt gehouden, zal het volgens Jansen en Weert (2008) leiden tot effectievere communicatie wat uiteindelijk zorgt voor een verbetering van het algemeen welbevinden en de kwaliteit van leven van ouderen.

2.2.4 Communicatie en geestelijke gezondheid

Dat communicatie invloed heeft op de geestelijke gezondheid blijkt uit voorgaande paragrafen. Zo tonen Jansen en Weert (2008) aan dat effectieve communicatie leidt tot een verbetering van het algemeen welbevinden en de kwaliteit van leven. Effectieve communicatie leidt volgens Staab en Hodges (1996) bij ouderen eveneens tot een gevoel van tevredenheid, onafhankelijkheid en gezondheid. Nispen et al. (2005) tonen aan dat wanneer de oudere zich gehoord en gekend voelt dit ook een bijdrage levert aan de kwaliteit van leven. Opvallend is echter dat uit onderzoek van Luikkonen (1992) naar voren komt dat 60% van de werkstijlen die in de ochtendzorg worden gebruikt, in meer of mindere mate ongepast waren. Communicatie tussen de verzorgenden en de bewoner speelt hierin een belangrijke rol.

Hoewel uit het bovenstaande blijkt dat communicatie bijdraagt aan het welbevinden en de kwaliteit van leven, blijkt tevens dat men nog niet in staat is tijdens het geven van zorg de communicatie zo te structureren dat de communicatie ook op zich bijdraagt aan het welbevinden. Het is dus van belang om te onderzoeken hoe communicatie zo toegepast kan worden dat het passend is bij de zorg die gegeven wordt en daarbij ook nog eens bijdraagt aan het algemeen welbevinden van bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen.

In paragraaf 2.1.5 is al kort ingegaan op de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (1985). Bij de zelfdeterminatietheorie draait het om het vervullen van basisbehoeften (autonomie, verbondenheid en competentie). Door het vervullen van deze basisbehoeften zou het welbevinden worden gestimuleerd. De zelfdeterminatietheorie stelt ook dat het vervullen van deze basisbehoeften voor ieder individu net zo belangrijk is als het vervult krijgen van lichamelijke behoeften als eten, drinken en veiligheid (Interactum Lectoraat, 2004). Mensen gaan op zoek naar de vervulling van deze basisbehoeften om psychologische groei en integratie te bevorderen (Ryan & Deci, 2000). Omgevingsfactoren die deze behoeften bevredigen zijn daarbij voor ieder individu motiverend (Broeck, Vansteenkiste, Witte, Lens & Andriessen, 2009). Wanneer een verzorgende in de communicatie met een bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis de vervulling van de basisbehoeften stimuleert door specifieke communicatie structuren te gebruiken, stimuleert de verzorgende daarmee ook het welbevinden.

2.3 Psychologische basisbehoeften

Uit voorgaande paragrafen is gebleken dat het welbevinden gestimuleerd kan worden door middel van communicatie. Een theorie die onder andere hier aandacht aan besteed is al genoemd, namelijk; de zelfdeterminatietheorie. De komende paragraaf ga ik dieper in op de uitgangspunten van de zelfdeterminatietheorie (paragraaf 2.3.1). Vervolgens zal in paragraaf 2.3.2 de basisbehoefte

verbondenheid uitgebreider aan bod komen en tot slot wordt in paragraaf 2.3.3 een samenvattende paragraaf geschreven over geestelijke gezondheid, communicatie en verbondenheid

2.3.1 De zelfdeterminatietheorie

De zelfdeterminatietheorie is een door Deci en Ryan (1985) ontwikkelde theorie over menselijke motivatie. In de zelfdeterminatietheorie gaat men er vanuit dat mensen streven naar het bevredigen van drie natuurlijke, aangeboren behoeftes; autonomie, competentie en verbondenheid. Autonomie is het idee dat je zelf de bron bent van je eigen gedrag: je doet wat je doet, omdat jij dat wilt. Competentie is het gevoel effectief te zijn in de interactie met de buitenwereld en je eigen capaciteiten te kunnen benutten. Verbondenheid is het gevoel echt contact te hebben met anderen. De vervulling van psychologische basisbehoeften wordt nauw in verband gebracht met intrinsieke motivatie, het ervaren van welzijn, optimaal functioneren, psychologische groei en vitaliteit (Deci & Ryan, 2000). Wanneer basisbehoeften vervuld worden, leidt dit tot een doorgaand gevoel van integriteit en welbevinden, of ook wel een staat van “eudaimonia” (Ryan & Deci, 2000).

De wens naar psychologische groei en zelfactualisatie is aangeboren en eigen aan de menselijke psyché (dus niet aangeleerd), en die in voortdurende wisselwerking met de omgeving vorm krijgt. De mens is, met andere woorden, van nature betrokken op interessante activiteiten en van nature betrokken op het functioneren binnen sociale groepen. Deze gerichtheid op integratie komt tot uitdrukking in de betrokkenheid op interessante activiteiten, het verwerven van capaciteiten, het verbonden zijn met sociale groepen en het realiseren van adaptatie (Evelein, 2005).

Het belang van het vervullen van de psychologische basisbehoeften kan volgens Ryan en Deci (2000) gezien worden als het belang van het vervullen van lichamelijke behoeften zoals water, voedsel en veiligheid. Door het ontbreken van de vervulling van de behoeften of het structurele gebrek eraan kan het functioneren en de groei nadelig beïnvloed worden of er ontstaat zelfs verval. Reis et al. (2000) tonen aan dat elk van de drie basisbehoeften een geheel eigen invloed hebben op het dagelijkse welbevinden en op ervaringen van mensen, maar dat de vervulling van deze drie basisbehoeften onderling sterk samenhangt. Als één van de drie behoeften enige of langere tijd niet vervuld wordt, is het zeer waarschijnlijk dat ook de andere twee onvervuld raken. Voor optimaal functioneren, is de vervulling van alle drie de psychologische basisbehoeften belangrijk: geen van deze drie kan gemist worden of onder druk komen te staan, wil men tot optimaal functioneren komen (Deci & Ryan, 2000).

Omdat de zelfdeterminatietheorie ervan uitgaat dat iedereen de drie basisbehoeften heeft en dat iedereen profiteert van de bevrediging ervan, wordt gesteld dat omgevingsfactoren die de behoeften voeden voor iedereen motiverend zijn (Broeck et al. 2009). Evelein (2005) gaat een stap verder in het profiteren van de bevrediging van behoeften en stelt dat de aanwezigheid of afwezigheid van omgevingsfactoren waardoor deze behoeften vervuld worden, zeer bepalend zijn voor de voortgaande psychologische groei van een persoon. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met wat Custers et al. (2010) aantonen, namelijk: contact tussen verzorgenden en bewoners van verpleeghuizen leidt tot een vervulling van de alledaagse psychologische basisbehoeften van de bewoner. Met als direct gevolg dat het welbevinden wordt gestimuleerd.

2.3.2 Verbondenheid

In de inleiding wordt genoemd dat dit onderzoek zich wil richten op de manier waarop communicatie wordt gebruikt, zodat de communicatie bij kan dragen aan een hogere mate van welbevinden bij bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis. Om het onderzoek meer richting te

geven en om meer gedetailleerd te kunnen onderzoeken wordt er specifiek naar één basisbehoefte gekeken. Dit onderzoek zal zich richten op de basisbehoefte verbondenheid.

De behoefte aan verbondenheid verwijst naar het streven om positieve relaties met anderen en betrokkenheid op anderen te ervaren. Verbondenheid is het gevoel van een persoon dat hij om anderen geeft, dat anderen om hem geven en dat hij bij andere personen of een gemeenschap hoort (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). De behoefte aan verbondenheid komt voort uit het verlangen om in verbinding te staan met anderen, daarmee een geheel te vormen en geaccepteerd te worden (Evelein, 2005). De behoefte om sociaal verbonden te zijn is niet gekoppeld aan een direct gewenst resultaat, maar is er eerder op gericht in een veilige verbinding met anderen te staan en eenheid met anderen te ervaren.

Reis et al. (2000) vonden zeven typen sociale factoren die bijdragen aan een algemeen gevoel van verbondenheid. Deze zijn volgens hen:

- Zich begrepen en gewaardeerd voelen;
- Communicatie over de voor een individu belangrijke zaken;
- Participeren in gemeenschappelijke activiteiten;
- Vrienden waarmee men tijd door kan brengen;
- Deelname aan plezierige, fijne activiteiten;
- Het vermijden van een conflict dat afstand kan scheppen en een gevoel van verwijdering met belangrijke personen kan oproepen;
- Vermijden van zelfbewuste of onzekere gevoelens waardoor de aandacht op zichzelf wordt gericht in plaats van op de ander.

De behoefte aan verbondenheid is meer vervuld naarmate mensen meer als betrouwbaar, ondersteunend, vriendelijk en ongevaarlijk worden ervaren en naarmate er duurzame contacten met mensen worden onderhouden (Besselink, 2009). In welke mate een individu zijn behoefte als vervuld ervaart, is subjectief. Diverse onderzoeken naar de vervulling van psychologische basisbehoeften maken gebruik van zelfinvullijsten (Vallerand et al, 1989; Reis et al, 2000; Custers et al, 2010). Een objectieve maat of een behoefte vervuld is of niet bestaat (nog) niet. De vraag is of deze objectieve maat er ooit komt, gezien het feit dat voor ieder individu bij andere contexten de behoefte vervuld wordt. Het gaat bij de zelfdeterminatietheorie niet om de sterkte van de behoeftes, maar om de mate waarin mensen hun behoeftes hebben bevredigd. Deze focus is analoog aan de vaak gehanteerde zienswijze op fysieke behoeften; hoewel mensen kunnen verschillen in de mate waarin ze honger hebben, is de mate waarin ze op een gegeven moment hun honger hebben kunnen stillen van cruciaal belang voor hun fysieke functioneren (van den Broecke et al., 2009).

Kortom: of een behoefte voldoende vervuld is om uiteindelijk tot een hogere mate van welbevinden te leiden, zal afhangen van de subjectieve beoordeling door een individu en zal voor geen enkele individu gelijk zijn.

2.3.3 Geestelijke gezondheid, communicatie en verbondenheid

De inleiding eindigt met de stelling dat dit onderzoek zich wil richten op de communicatie tussen verzorgden en de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Het doel is om te onderzoeken hoe de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- of verzorgingshuisbewoners wordt gebruikt, zodat het communiceren bij kan dragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden. Dit

hoofdstuk heeft door middel van wetenschappelijk literatuur laten zien wat er op dit moment zoal bekend is over de hiervoor genoemde vraag. In deze laatste paragraaf van het theoretische kader wil ik de belangrijkste punten en de onderlinge samenhang van de hierboven beschreven paragrafen nog eenmaal uitlichten om vervolgens tot de vraagstelling van dit onderzoek te komen.

De eerste paragraaf (2.1) gaat over geestelijke gezondheid. Hierin wordt beschreven dat er op dit moment verschillende visies zijn over geestelijke gezondheid. De visie vanuit de positieve psychologie wordt daarbij in dit onderzoek centraal gesteld. Geestelijk gezondheid wordt binnen de positieve psychologie gezien als emotioneel welbevinden in combinatie met optimaal individueel en sociaal functioneren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Geestelijke gezondheid kan bevorderd worden. Eén van de mogelijkheden om dit te doen is door één van de drie kerncomponenten (emotioneel, psychologisch en maatschappelijk welbevinden), die geestelijke gezondheid gezamenlijk bepalen, te stimuleren. De zelfdeterminatietheorie (paragraaf 2.3.1) wordt hierbij genoemd als één van de mogelijkheden om de kerncomponent psychologisch welbevinden te stimuleren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Binnen de zelfdeterminatietheorie staat het vervullen van basisbehoeften centraal. De psychologische basisbehoeften zijn autonomie, verbondenheid en competentie. Wanneer basisbehoeften worden vervuld, zal dit leiden tot een doorgaand gevoel van integriteit, welbevinden, of ook wel een staat van “eudaimonia” (Ryan & Deci, 2000). De zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat iedereen de drie basisbehoeften heeft en dat iedereen profiteert van bevrediging ervan. Omgevingsfactoren die de basisbehoeften voeden, zullen dan ook voor ieder individu motiverend zijn (Broeck et al., 2005). De aanwezigheid of afwezigheid van omgevingsfactoren die de behoeften vervullen, zijn bepalend voor de voortgaande psychologische groei van een persoon (Evelein, 2005).

Omgevingsfactoren die de basisbehoeften van bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen kunnen vervullen, zijn onder andere de verzorgenden (Custers et al. 2010). Verzorgenden helpen de bewoners vaak bij alledaagse bezigheden en zijn daardoor vaak voor een langere tijd in contact met de bewoners. Bewoners zullen in de context waarin ze de verzorgenden zien, proberen hun behoeften te vervullen waardoor hun gevoel van welbevinden gestimuleerd wordt. Ieder individu, en dus ook bewoner, zal de context waarin het contact plaatsvindt anders interpreteren en zo ook anders zijn behoeften vervullen. Een voorgeschreven pakket van vaardigheden die een verzorgende kan toepassen om de basisbehoeften van een bewoner te vervullen is dan ook onmogelijk, richtlijnen zullen daarentegen wel mogelijk zijn. Diverse onderzoeken brachten een aantal vaardigheden naar voren die het welbevinden bevorderen. Zo tonen Jansen en Weert (2008) aan dat effectieve communicatie leidt tot een verbetering van het welbevinden. Nispen et al. (2005) tonen aan dat wanneer de oudere zich gehoord en gekend voelt dit zal leiden tot welbevinden. Kasser en Ryan (1999) tonen aan dat ondersteuning van autonomie en verbondenheid leidt tot groter welbevinden en Custers et al. (2010) tonen aan dat contact tussen verzorgenden en bewoners van verpleeghuizen die ondersteunend is voor het vervullen van basisbehoeften leidt tot welbevinden. Tot slot tonen Reis et al. (2000) aan dat er zeven sociale factoren zijn die bijdragen aan een algemeen gevoel van verbondenheid (paragraaf 2.3.2).

Er zijn dus aspecten in de communicatie die het gevoel van verbondenheid kunnen vergroten en die daardoor leiden tot een algemeen gevoel van welbevinden. In de communicatie met ouderen kan er op worden gelet of deze aspecten naar voren komen, zodat ouderen hun behoefte aan verbondenheid kunnen vervullen en uiteindelijk een hogere mate van welbevinden ervaren.

Dit onderzoek wil antwoord geven op de vraag of verzorgenden tijdens de ochtendzorg ook gebruik maken van de aspecten van Jansen en Weert (2008), Kasser en Ryan (1999) en Reis et al. (2000) noemen en of daarmee ook het gevoel van verbondenheid bij de bewoner wordt bevorderd. Om dit te onderzoeken zal er gebruik worden gemaakt van video-opnames die gedurende de ochtendzorg zijn gemaakt. Deze opnames zullen gebruikt worden om te onderzoeken of de structuren die Jansen en Weert (2008), Kasser en Ryan (1999) en Reis et al. (2000) benoemen, door de verzorgenden worden toegepast om een bijdrage te leveren aan de vervulling van de basisbehoefte verbondenheid. Daarnaast zal er gekeken worden naar hoe bewoners reageren op het mogelijk toepassen van de structuren die door Jansen en Weert (2008), Kasser en Ryan (1999) en Reis et al. (2000) benoemd zijn. De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

Hoe worden de communicatiestructuren die in de literatuur worden beschreven, om de psychologische basisbehoefte verbondenheid te vervullen, toegepast in de ochtendzorg zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen hun behoefte aan verbondenheid kunnen vervullen?

3 Methode

Onderstaand worden de keuzes die gemaakt zijn in dit onderzoek beschreven, waarbij zal worden in gegaan op de onderzoeksmethode, de deelnemers van het onderzoek en de opname procedure. Tot slot zal beschreven worden hoe de analyse voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is uitgevoerd.

Alle data die verzameld zijn vormen een onderdeel van een onderzoeksproject gedaan door Custers et al. (2010) aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Het project onderzoekt hoe het gaat met de zelfdeterminatie, adaptatie en het welbevinden van bewoners gedurende het eerste jaar dat ze in een somatisch verpleeghuis wonen. Dit onderzoek heeft toestemming gekregen om een analyse uit te voeren met behulp van de data die gedurende het onderzoeksproject zijn verzameld.

3.1 Onderzoeksmethode

Om de video-opnames te analyseren moet er een procedure worden gekozen die het meest passend is bij de data. Howitt en Cramer (2007) beschrijven in hun boek, methoden en technieken in de psychologie, dat er diverse methodes zijn om kwalitatieve data te analyseren. Twee veel voorkomende methodes zijn daarbij de discoursanalyse en de conversatieanalyse. Bij de discoursanalyse gaat het om een reeks uiteenlopende manieren om gesprekken of teksten als sociale acties te bestuderen en te begrijpen. Men zoekt hierbij hoe taal gebruikt wordt in communicatieve gebeurtenissen. Het heeft betrekking op de analyse van spraak, tekst en gesprekken zodat de analyses verder gaan dan de zin. Wat taal doet wordt als meer belangrijk gezien dan wat taal representeert. (Howitt & Cramer, 2007). Bij de conversatieanalyse wordt de structuur van een gesprek onderzocht door de opeenvolgende beurten in een gesprek nauwkeurig te bestuderen. Conversatieanalyse richt zich ook op taal, maar het heeft tegelijkertijd een sociale invloed. Het kennisdoel van conversatieanalyse is inzicht geven in hoe alledaagse gesprekken zijn georganiseerd. Er wordt niet gekeken naar de redenen en motieven van gespreksdeelnemers voor het doen van bepaalde uitingen, maar naar welke methoden zijn gebruikt tijdens het gesprek en hoe ze daarmee structuur aanbrengen in het gesprek. Bij de conversatieanalyse vraagt de onderzoeker zich steeds af waarom gespreksdeelnemers de dingen doen, zoals zij die doen. De conversatieanalyse test geen hypothesen. Van te voren zijn er geen verwachtingen, alles blijkt louter uit de analyse (Blazís, 2005).

De vraag van dit onderzoek is hoe de communicatiestructuren die in de literatuur worden beschreven, toegepast worden in de ochtendzorg zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen hun behoefte aan verbondenheid kunnen vervullen. Gezien de vraag lijkt de conversatieanalyse de meest passende methode. De conversatieanalyse gaat in op de interacties in gesprekken, er wordt gekeken naar methoden die de deelnemers gebruiken om tijdens het gesprek structuur aan te brengen en er worden geen hypothesen getest, er zijn vooraf geen verwachtingen. Dit in tegenstelling tot de discoursanalyse waarbij gesprekken gezien worden als sociale acties. Gesprekken worden binnen de discoursanalyse als geheel geanalyseerd in plaats van als losse zinnen en fragmenten (Blazís, 2005).

3.1.1 Conversatieanalyse

De conversatieanalyse is een methode die onderzoekt waarmee gespreksdeelnemers hun interactie organiseren. De nadruk ligt op de analyse van de interactie en het verkrijgen van zicht op sociale structuren (Mazeland & Sauer, 1995). De conversatieanalyse richt zich op de interacties in

gesprekken. Het doel is om de vaardigheden van gespreksdeelnemers in interacties te beschrijven en uit te leggen. Het gebruik van opnames en de daarvan gemaakte gedetailleerde transcripties zijn kenmerkend voor een conversatieanalyse. De gespreksanalyse, ofwel het transcript, is erop gericht te beschrijven en uit te leggen hoe de gespreksdeelnemers ordelijk georganiseerde conversaties aanbrengen. Er wordt vanuit gegaan dat alles in een gesprek georganiseerd is. Daarom moet bij het analyseren alles geanalyseerd worden. Je kunt niet zeggen dat iets uit een gesprek oninteressant is voor het geanalyseerd is (Blazís, 2005).

Binnen de conversatieanalyse is het mogelijk om twee vormen van onderzoek te doen. De eerste vorm noemt men single case analyse. In analyses van dit type wordt één gespreksepisode geanalyseerd en aan de hand daarvan wordt een bepaald thema ontwikkeld. De tweede vorm van onderzoek noemt men collection studies. In analyses van dit type wordt een verzameling aangelegd van gevallen, die op een of andere grond vergelijkbaar zijn, en wordt een redenering opgezet in termen van die verzameling, waarbinnen dan vaak verschillende categorieën worden onderscheiden. Tevens is het mogelijk dat er mengvormen van de twee types voorkomen (ten Have, 1999).

Bij conversatieanalyse is er geen sprake van het toetsen van hypothesen die afgeleid zijn van een theorie. De onderzoeker gaat bij de conversatieanalyse proberen te achterhalen welke technieken de gespreksdeelnemers hebben toegepast. Bij het produceren van een transcript spelen idealiter geen verwachtingen van de kant van de onderzoeker mee (Howitt & Cramer, 2007).

Voordelen van het gebruiken van opnames (video of audio) is dat de onderzoeker in staat is om zijn data zo vaak als hij wil opnieuw te beluisteren. Tevens is het ook mogelijk dat andere onderzoekers de data beluisteren. Verklaringen en ideeën die de onderzoeker afleidt uit de data, kunnen worden gecontroleerd door andere onderzoekers. Een voordeel van de conversatieanalyse is dat er gebruik wordt gemaakt van echte en natuurlijke opnames. Tot slot probeert de conversatieanalyse geen verklaring te geven voor wat er gezien of gehoord wordt waardoor er ook geen uitspraken worden gedaan over wat goed of slecht is (Blazís, 2005).

Zoals gezegd wordt er bij conversatieanalyse gebruik gemaakt van opnames en transcripten. Transcriptie is het proces van geluid- (en video)opnames om zetten in geschreven tekst voor latere analyse. In dit onderzoek gaat het om het uitschrijven van video-opnames. Transcriberen is zeer gedetailleerd. Bij transcriberen wordt een opname beluisterd en wordt alles opgeschreven wat men hoort. Dit betekent dat niet alleen wordt opschreven wie wat zegt, maar ook hoe het wordt gezegd. Om dit duidelijk te kunnen doen is er een systeem ontwikkeld door Gail Jefferson. Met behulp van deze codes kan men aangeven waar de klemtoon ligt, of een (gedeelte van) uiting hard, zacht, snel of langzaam wordt uitgesproken, of en waar gespreksdeelnemers elkaar overlappen, waar en hoe lang er pauzes (Blazís, 2005). In bijlage 1 staat een overzicht van de conventies die tijdens het analyseren van de resultaten gebruikt zijn.

3.2 Deelnemers

De deelnemers zijn bewoners en verzorgenden van vier verpleeg- of verzorgingshuizen en wonen of werken op de langverblijf afdelingen. Gemiddeld waren er 20 bewoners per afdeling en ongeveer 1 verzorgende op de 5 á 6 bewoners. Bewoners van ziekte-specifieke afdelingen en van de rehabilitatie afdeling zijn tijdens dit onderzoek niet geïncludeerd. Inclusiecriteria zijn gebaseerd op de

procedure van de Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (Smalbrugge, Jongenelis, Pot, Eefsting, Ribbe & Beekman, 2006); deelnemers moesten 50 jaar of ouder zijn, Nederlands praten, geen communicatieproblemen ervaren als gevolg van afasie of gehoorverlies en ze mochten geen ernstige cognitieve problemen hebben.

Ethische goedkeuring voor het onderzoek werd verleend door de Ethische commissie van Behavioural Scientific Research (ECG) aan de Radboud Universiteit Nijmegen, welke handelt overeenkomstig met de Nederlandse wetgeving. Na toestemming van het management van het verpleeg- of verzorgingshuis werd met de psycholoog of manager van elke unit overlegd welke individuen betrokken konden worden bij het onderzoek.

Bewoners die aan de inclusiecriteria voldeden, ontvingen schriftelijke informatie over het onderzoek. Een week later bezocht A. Custers de benaderde bewoners om hen meer uitleg te geven over het project en om eventuele vragen over het onderzoek te beantwoorden. Na het geven van schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek ontvingen de bewoners een korte vragenlijst met betrekking tot hun socio-demografische variabelen.

Van de 26 benaderde bewoners waren er 20 (11 vrouwen, 9 mannen) bewoners bereid deel te nemen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de bewoners was 79,1 jaar oud (variërend van 54 tot 93). De duur van het verblijf in het verpleeg- of verzorgingshuis varieerde van één tot tweeënzeventig maanden, met een gemiddelde van 1,5 jaar. De voornaamste redenen voor opname in het verpleeg- of verzorgingshuis waren: beroerte (30%), ernstige fysieke problemen (20%) en de ziekte van Parkinson (15%).

De unit manager informeerde de verzorgenden over het project en deelde hen informatie uit. De werknemers konden vragen stellen over de studie en de video-opnames die zouden worden gemaakt tijdens de aanwezigheid van de onderzoeker. Deelnameverklaringen werden door alle verzorgenden ingevuld. Tevens vulden alle werknemers een korte vragenlijst in betreffende hun werk. Van de 40 benaderde verzorgenden waren er 31 (30 vrouwen, 1 man) verzorgenden bereid deel te nemen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de verzorgenden was 38,7 jaar oud (variërend van 20 tot 60). De gemiddelde werkervaring in het verpleeghuis lag rond de 13,7 jaar (variërend van 1 maand tot 31 jaar) en gemiddeld werken ze 28 uur per week (variërend van 15 tot 36 uur).

3.3 Video-opname procedure

De video-opnames werden verzameld tijdens de ochtendzorg, omdat dit de periode van de dag is die de meeste informatie verschaft betreffende de kwaliteit van de interactie tussen de bewoner en de verzorgenden. De interacties werden opgenomen met een handbediende camera. De duur van de interactie periode varieert van 10 tot 40 minuten. Op momenten dat een bewoner ontkleed is, werd de video camera gericht op het gezicht van de bewoner of het gezicht van de verzorgende. De bewoners hadden de mogelijkheid om de opnames te stoppen op elk ogenblik dat zij dat graag wouden. Dit werd bijvoorbeeld gedaan op het moment dat ze naar het toilet gingen.

Alle 20 bewoners werden drie keer gefilmd tijdens de ochtendzorg, telkens met een andere verzorgende. De drie opnames van de bewoner werden binnen een tijdsbestek van twee weken opgenomen. In totaal resulteerde dit in 60 video-observaties. Negen verzorgenden werden drie maal geobserveerd, elf verzorgenden werden tweemaal geobserveerd en de overige elf verzorgenden werden eenmaal geobserveerd.

3.4 Analyse procedure

Een conversatieanalyse bestaat doorgaans uit een vast aantal stappen. Ten Have (1999) ontwikkelde een stappen-model voor het uitvoeren van een conversatieanalyse. Het stappen-model bestaat uit 7 stappen.

1. De verzameling van het onderzoeksmateriaal: men produceert (of verkrijgt op andere wijze) opnamen van 'natuurlijke' interactie
2. De transcriptie van het materiaal waarbij men zich zoveel mogelijk beperkt tot 'horen en verstaan'.
3. De onderzoeker selecteert een episode in het materiaal voor nadere bestudering
4. De onderzoeker gaat de gekozen episode interpreteren op basis van zijn eigen kennis.
5. De analyse in engere zin: de onderzoeker probeert zijn interpretatie te expliciteren. Hij probeert precies na te gaan op welke gronden en met welke redeneringen hij de episode als geheel en de onderdelen waaruit deze is samengesteld heeft getypeerd als voorbeeld(en) van de categorie(ën) in termen waarvan hij deze begrepen heeft.
6. De onderzoeker kan proberen in het videomateriaal verdere steun te vinden voor zijn interpretaties en analyses.
7. De analyse van het ene geval wordt uitgebreid, gespecificeerd en ondersteund of aangepast op basis van een systematische vergelijking met andere gevallen. Zo kan het specifieke functioneren van bepaalde elementen beter bepaald worden.

De volgorde van de stappen is vaak als tendens te herkennen, maar deze wordt meestal niet strikt gehandhaafd; met name in latere fases zal men terugkeren tot eerdere fases.

Om antwoord te kunnen geven op de hoe de communicatie wordt toegepast in de ochtendzorg om een hogere mate van welbevinden te komen zijn er case studies uitgevoerd. Elke opname van de ochtendzorg bij een bewoner binnen het onderzoek vormt een case, in totaal zijn er 60 cases beschikbaar. Op basis van toestemmingsverklaringen om de video-opnamen ook te mogen gebruiken voor commerciële doeleinden is er een database van zes cases gecreëerd. Deze zes cases zijn meerdere malen bekeken waarbij uiteindelijk het stappen-model van ten Have (1999) is doorlopen. Bij de beschrijving van de resultaten zijn de namen van de oorspronkelijke bewoners gefingeerd om hun privacy te waarborgen.

Stap 1 van het stappen-model van ten Have (1999) is in eerder onderzoek al uitgevoerd, vanwaar deze stap in dit onderzoek is overgeslagen. Om stap 2 uit te voeren is elke case meerdere malen bekeken. De eerste keer kijken was om een indruk te krijgen van hoe het videofragment verliep en wat er in het fragment gebeurde. De tweede keer werden er in globale lijnen transcripties gemaakt over opvallende momenten in het videofragment met betrekking tot de vervulling van verbondenheid. Vervolgens werd het afspelen van de video net zo vaak herhaald als nodig was om de transcripties zo gedetailleerd mogelijk te maken. Om verder te gaan met stap 3 zijn interacties gekozen uit de videofragmenten waarin behoeftevervulling werd gestimuleerd of juist tegengegaan. Hoewel in paragraaf 3.1.1. wordt gesteld dat, een conversatieanalyse zonder hypothesen wordt gedaan die afgeleid zijn van een theorie en dat idealiter er geen verwachtingen meespelen bij het produceren van het transcript. In dit onderzoek kon dit echter niet geheel worden gerealiseerd. Voordat de analyses en transcripties werden gevormd van de interacties is er al een uitgebreide literatuurstudie gedaan. In deze literatuurstudie zijn diverse elementen naar voren gekomen die kunnen bijdragen aan een hogere mate van welbevinden of aan een vervulling van de behoefte aan verbondenheid. Vanuit de bestudeerde literatuur zijn de interacties gekozen die in het resultaten

deel (hoofdstuk 4) beschreven zullen worden. Met behulp van deze filmfragmenten zal geprobeerd worden de literatuur te bevestigen of te ontkrachten, waarmee stap 3 wordt afgewerkt. In stap 4 zijn op basis van kennis die naar voren is gekomen uit de literatuur, door de onderzoeker, interacties geselecteerd waarvan de onderzoeker vindt dat ze in een bepaalde mate stimulerend of juist inhiberend zijn voor behoeftevervulling. Met behulp van stap 5 zijn de gekozen interacties in stap 4 nader uitgewerkt. Er is aanvullende literatuur gezocht om de interpretaties die uit stap 4 naar voren kwamen verder kracht toe te zetten. In stap 6 zijn de interacties nogmaals bekeken en is de aandacht uitgegaan naar detailniveau waarbij met name aan non-verbale communicatie moet worden gedacht. Voor elk fragment werd er specifiek gekeken naar gezichtsuitdrukkingen, handgebaren en lichaamsbewegingen om de analyses van stap 4 en 5 meer kracht toe te zetten. Tot slot is in stap 7 een expliciet onderscheid gemaakt tussen interacties waar wel of niet aan behoeftevervulling werd gedaan. In stap 7 zijn de fragmenten gekozen die in het volgende hoofdstuk uitgebreid zullen worden besproken. Bij het selecteren van de fragmenten is er voor gekozen om zoveel mogelijk variatie te laten zien in het wel of niet vervullen van de behoefte aan verbondenheid.

4 Resultaten

Om te onderzoeken hoe de communicatiestructuren die in de literatuur worden beschreven, worden toegepast in de ochtendzorg zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen hun behoefte aan verbondenheid kunnen vervullen zijn er case studies uitgevoerd. Op basis van selecties is een drietal opnames geselecteerd. Uit elke opname zijn verschillende fragmenten gekozen die zoveel mogelijk variatie proberen te laten zien in het vervullen van de basisbehoefte verbondenheid. Bij het begin van elke paragraaf wordt een inleiding geven over wie de bewoner in het fragment is en wie de verzorgende in het fragment is. Vervolgens wordt per fragment de context van het fragment beschreven waarna de transcriptie van het fragment volgt. Tot slot volgt een uitwerking en interpretatie van het fragment waarbij stil wordt gestaan bij de vraag of er aan behoeftevervulling wordt gedaan.

4.1 Film 1: Anna en Ria

Deze opname gaat over Anna (de verzorgende) en Ria (de bewoonster). Anna is een 24-jarige vrouw die sinds 4 jaar op deze afdeling werkt. Anna werkt 32 uur per week en ervaart haar werk vaak als te druk, echter geeft ze aan redelijk tevreden te zijn met haar werk. Ria is een 85-jarige vrouw die de ziekte van Parkinson heeft. Ria is sinds 2 maanden verweduwd en woont sinds 8 maanden in het verpleeghuis. Ria heeft veel hulp nodig met de zorghandelingen en kan weinig zelf meer doen. Ze rapporteert geen depressieve gevoelens en ze is redelijke tevreden met haar leven.

De onderstaande interactie begint op het moment dat Anna (de verzorgende) voorbereidingen treft om Ria (de bewoonster) in de tillift te zetten. Voordat Anna, Ria in de tillift zet, trekt ze de onderkleding van Ria uit, waardoor Anna met de katheter in aanraking komt. Op het moment dat Anna bezig is om de katheter van Ria te verleggen begint Ria over haar katheter wat leidt tot de volgende interactie:

- 1 R is dat allemaal nog goed↑ met de katheter↓? =
- 2 A [=JA ho::or? de katheter loopt goed? Ik heb hem al geleegd]((kijkt naar bewoonster, heeft geen oogcontact. Gaat tijdens het aankijken door met haar werkzaamheden))
- 3 R [ik heb vannacht gedroomd dat het niet goed was↓ =]
- 4 A =OH JA::?! ((glimlach op haar gezicht))
- 5 R haha ((glimlacht breed, draait met haar lichaam mee naar de kant waar de verzorgende naar toe loopt))
- 6 A (4) en moest u toen en nieuwe krijgen↓?
- 7 R (.)en toen dacht ik bij mezelf↑, volgens↑ mij (loopt hij nu helemaal goed)
- 8 A JA↑! Ma::ar↑ hij loopt goed hoor↑ =
- 9 R =ja
- 10 A (6) had u pijn ofzo van achter↓ =
- 11 R helemaal niet, Nee↑
- 12 A nee↑! (2) gewoon een droom,
- 13 R ja↓
- 14 A haha.

Anna (de verzorgende) en Ria (de bewoonster) hebben voor dit gesprek al een kort woord gewisseld over het weer en de gladheid op de weg. Tijdens en tussen de gesprekjes door is Anna bezig om de onderkleding van Ria uit te trekken en Ria klaar te maken om vanuit bed met de tillift in de douchestoel te gaan zitten. Wanneer Anna op een gegeven moment bezig is de katheter van Ria te verplaatsen begint Ria over de katheter en vraagt zich af of alles nog goed is met de katheter (regel 1). Anna reageert hierop door te zeggen: “ja, hoor de katheter loopt goed? Ik heb hem al geleegd” (regel 2). Ria leek zich enigszins zorgen te maken over haar katheter, maar door de bevestiging van Anna dat alles goed is, lijkt Ria het naast zich neer te leggen. Ria gaat verder door te vertellen dat ze vannacht gedroomd heeft dat het niet goed was met de katheter (regel 3). Anna gaat hier vervolgens op in door op een open en vriendelijke manier “oh ja” te zeggen en te vragen of Ria een nieuwe moest krijgen (regels 4 en 6). De interactie duurt wat voort waarin Anna vragen blijft stellen over de droom van Ria (regel 10 en 12). Ria lijkt zich echter geen zorgen meer te maken, wat blijkt uit het lachen in regel 5 en gerustgesteld te zijn door de bevestiging van Anna dat alles goed loopt. Hoe haar droom verder loopt wordt niet op ingegaan door Ria, waar Anna haar daar wel de mogelijkheid voor geeft (regel 8 en 10).

Opvallend tijdens deze interactie is dat Anna regelmatig oogcontact probeert te maken met Ria. Hoewel Ria haar gezicht en lichaam richting Anna draait, lijkt ze geen oogcontact te maken met Anna. Het zou kunnen dat Ria vanwege haar fysieke beperkingen het moeilijk vindt om omhoog te kijken naar Anna.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie aan behoeftevervulling wordt gedaan. Het lijkt er hier namelijk op dat Ria zich begrepen voelt in haar onrust. Anna gaat namelijk in op de onrust van Ria door te stellen dat de katheter goed loopt en dat ze de katheter net nog heeft geleegd. Vervolgens lijkt Ria gerustgesteld door, ten eerste te gaan lachen (regel 5) en ten tweede door te vertellen dat ze het heeft gedroomd en zich er daardoor eigenlijk druk over maakte (regel 7). Met betrekking tot de zeven factoren (zie paragraaf 3.1.2) die Reis et al. (2000) vonden die een bijdrage leveren aan een gevoel van verbondenheid wordt er dus voldaan aan (1) het zich begrepen voelen. Daarnaast besteedt Anna tijd aan een onderwerp wat voor Ria op dit moment belangrijk lijkt waardoor volgens Reis et al. (2000) ook wordt voldaan aan (2) communicatie over de voor een individu belangrijke zaken. Tot slot lijkt Ria zelf (3) onzekere gevoelens te willen vermijden. Door het vermijden van deze onzekere gevoelens is Ria in staat de aandacht op de ander te richten in plaats van op zichzelf.

Het volgende fragment tussen Anna (de verzorgende) en Ria (de bewoonster) gaat over het bezoek dat Ria aan de kapper gaat brengen. Anna is bezig om de mat voor de tillift achter Ria te doen en begint dan de volgende interactie:

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | A | half negen↑ <u>moet</u> u↑ er al zijn he? ((loopt ondertussen naar de andere kant van het bed))= |
| 2 | R | =ja.(4) hoe laat is het nu dan.?=((draait met haar hoofd richting de verzorgende)) |
| 3 | A | =o::hh (.)((kijkt omhoog naar de klok)) <u>half acht</u> .= |
| 4 | R | =ow::hh↓= |
| 5 | A | =nog een <u>uur</u> , (2) <u>dat</u> redden wij wel. |
| 6 | R | °ja we redden het altijd, <u>dus</u> waarom vandaag niet↑°((lach op gezicht)) |
| 7 | A | (.) wat zegt u? ((maakt oogcontact, leunt over het bed richting de bewoonster)) |
| 8 | R | ik zeg↑ we redden het altijd [j::a] dan waarom vandaag niet? |

9 A j::a, nee. dat komt helemaal goed↑

Anna (de verzorgende) begint deze interactie met de vraag over de tijd waarop Ria (de bewoonster) bij de kapper moet zijn. Ria reageert hierop door te vragen hoe laat het nu is en lijkt zich in die vraag, af te vragen of het wel gaat lukken. Door de zeer kalme reactie: “oh, half acht” van Anna lijkt Ria zich direct geen zorgen meer te maken wat zich uit in regel 6 door te zeggen: “ja, we redden het altijd, dus waarom vandaag niet”. Anna bevestigt dit door aan te geven dat het helemaal goed gaat komen (regel 9).

In paragraaf 2.2.2 wordt beschreven dat 35% van de betekenis van onze communicatie wordt bepaald door zaken die liggen in het vlak van intonatie, stemritme en volume (ITASC, 2011). Tijdens deze interactie komt deze rol heel duidelijk naar voren. Was de boodschap die Anna in regel 3 en 5 geeft op een andere manier gesproken dan was deze boodschap zeer waarschijnlijk niet zo geruststellend overgekomen en was er wellicht een mogelijke twijfel gebleven bij Ria of ze op tijd klaar zou zijn voor de kapper. De mogelijk onzekere gevoelens die er dan zouden zijn geweest, zouden de behoeftevervulling aan verbondenheid in de weg hebben gestaan volgens Reis et al. (2000).

Opvallend is dat Anna in dit fragment praat over ‘we’ (regel 5). Dit kan het gevoel van verbondenheid stimuleren, omdat Ria hierdoor het gevoel kan hebben dat ze deel uitmaakt van het “team” wat er samen voor gaat zorgen dat Ria op tijd klaar is. Ria kan hierdoor ervaren dat ze deel uitmaakt van een gemeenschap (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002).

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid, dan wijst het erop dat in deze interactie wederom aan behoeftevervulling wordt gedaan. Het lijkt er namelijk op dat door middel van deze interactie mogelijke onzekere gevoelens bij Ria zijn weggenomen (of ze op tijd klaar zou zijn voor de kapper), hierdoor is ze gedurende de rest van de interactie in staat om contact te maken met haar omgeving in plaats van zich druk te maken of ze op tijd komt. Tevens kan het gevoel van verbondenheid bevorderd worden doordat Anna praat in termen van ‘we’, hierdoor kan Ria ervaren dat ze onderdeel uitmaakt van een gemeenschap wat volgens Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) bijdraagt aan een behoefte aan verbondenheid. Tot slot kan het zo zijn dat Ria zich gewaardeerd voelt door Anna, omdat Anna rekening houdt met de tijd en ervoor wil zorgen dat Ria op tijd klaar is voor de kapper. Volgens Reis et al. (2000) zou het zo zijn dat wanneer men zich gewaardeerd voelt dit bijdraagt aan een algemeen gevoel van verbondenheid.

Zoals in paragraaf 2.2.3 beschreven, is communicatie vaak taakgerelateerd. Taakgerelateerde communicatie zorgt ervoor dat de verzorgende zich kan richten op de taak die van hen verwacht wordt zoals; het uitkleden, het wassen, het aankleden en het verzorgen van ouderen (Grainger, 1993). De communicatie is alleen gericht op de verzorging. Het volgende fragment laat zien dat de communicatie tussen verzorgenden en bewoners niet altijd taakgerelateerd hoeft te zijn maar ook over alledaagse dingen kan gaan, zoals een kerstboom. Anna (de verzorgende) is bezig om Ria (de bewoonster) aan de tillift te bevestigen en tijdens deze handelingen valt het Anna op dat Ria een kerstboom heeft waarna Anna met de onderstaande interactie begint:

- 1 A Een mooie kerstboom heb u daar sta::an. = ((kijkt naar de kerstboom en gaat daarbij door met haar werkzaamheden zonder oogcontact te maken met de bewoonster))
 2 R = ja he leuk he↑ = ((lach op gezicht))
 3 A JA::? (3) zitten er ook lichtjes in? ((kijkt naar de kerstboom en gaat ondertussen door

- met haar werkzaamheden zonder oogcontact te maken met de bewoonster))
- 4 R [j::a?] ((trekt wenkbrauwen omhoog, open ogen))
- 5 A [OH::↑=
- 6 R = doe maar op dat knopje, drukken wat daar op de hoek ligt.
- 7 A (.)oh ja dat is wel gezellig?
- 8 R ja met de () ((verzorgende doet de lampjes van de kerstboom aan)) hahaha
- 9 A (.)DAS? mooi↑ haha
- 10 R (leuk he) zuster, = ((kijkt naar de cameravrouw))
- 11 A =wat zegt u?= ((loopt naar bewoonster toe en maakt daarbij oogcontact))
- 12 R ik zeg↓ toch zuster tegen haar of niet↑?=
 13 A ((cameravrouw lacht, verzorgende lacht)) =haha? (mooie) kerstboom voor ons. =
- 14 R =ja.
- 15 A (4) in de woonkamer hebben↑ ze ook al de kerstboom opgetuigd he↑
- 16 R j::a↑=
- 17 A =is altijd wel heel gezellig.

Anna (de verzorgende) begint hier de interactie door over de kerstboom te praten die in de hoek van de kamer staat. Ria (de bewoonster) gaat hier op in door in regel 2 met een brede glimlach te zeggen: “ja he leuk he”. Anna reageert hier direct op door ‘ja’ te zeggen en vervolgens te vragen of er ook lichtjes in zitten. Ria bevestigt Anna haar vraag en geeft aan dat Anna de lichtjes wel aan mag doen. Wanneer Anna de lichtjes aandoet beginnen zowel Ria als Anna hardop te lachen. Vervolgens gebeurt er iets bijzonders. Ria betreft de cameravrouw bij het gesprek en vraagt tevens aan de cameravrouw of zij de kerstboom ook leuk vindt (regel 10). Anna lijkt dit niet goed te horen en vraagt aan Ria wat ze zei (regel 11). Ria vertelt dan op twijfelende toon; “ik zeg toch zuster tegen haar of niet?”. Waarna zowel de cameravrouw als Anna beginnen te lachen. Anna sluit op de eerdere vraag van Ria aan (regel 10) door aan te geven dat het een (mooie) kerstboom is voor ons (regel 13).

Opvallend in dit fragment is het moment waarop Ria de cameravrouw betreft bij het gesprek. Verbondenheid is, zoals in paragraaf 2.3.2 beschreven, het gevoel van een persoon dat zij om anderen geeft, dat anderen om haar geven en dat zij bij andere personen of een gemeenschap hoort (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Ria laat aan de cameravrouw merken dat zij haar heeft gezien (dit doet ze door oogcontact te maken), dat zij bewust is van haar aanwezigheid en ze betreft de cameravrouw bij het gesprek. Het feit dat Ria de cameravrouw bij het gesprek betreft, kan dus uit de overweging zijn om haar eigen gevoel van verbondenheid te versterken, door aan de cameravrouw te laten merken dat zij om de cameravrouw geeft.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid, dan wijst het erop dat in deze interactie aan behoeftevervulling wordt gedaan. Ria kan namelijk het gevoel krijgen dat ze deelneemt in een gemeenschappelijke activiteit, want zoals in regel 15 duidelijk wordt, heeft de woonkamer van het verpleeghuis ook een kerstboom. Reis et al. (2000) tonen aan dat wanneer men het gevoel heeft deel te nemen aan een gemeenschappelijke activiteit, het gevoel van verbondenheid versterkt wordt. Tevens kan het gevoel van verbondenheid versterkt worden omdat Anna in dit fragment wederom in de meervoudsvorm praat. In regel 13 zegt Anna namelijk; “haha, mooie kerstboom voor ons”. Door over ‘ons’ te praten kan Ria het gevoel krijgen dat ze deel uitmaakt van een gemeenschap. Het gevoel bij een gemeenschap te horen kan bijdragen aan een algemeen gevoel van verbondenheid (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Tot slot kan het samen lachen van Anna en Ria in regel 9 door Ria worden opgevat als het tonen van

interesse en warmte. Hierdoor kan Ria, Anna als meer competent en betrouwbaar ervaren (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing & Grypdonck, 2000). Door Anna te beschouwen als iemand die competent en betrouwbaar is, zal de behoefte aan verbondenheid meer worden vervuld (Besselink, 2009).

Hoewel Ria in dit fragment al de mogelijkheid krijgt om haar behoefte aan verbondenheid te vervullen, lijkt ze er in dit fragment zelf ook voor te zorgen. Het feit dat Ria de cameravrouw betreft bij het gesprek kan er op duiden dat ze geeft om de cameravrouw, wat de behoefte aan verbondenheid doet vervullen (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Tevens toonde Besselink (2009) aan dat de behoefte aan verbondenheid meer is vervuld naarmate mensen als vriendelijk en ongevaarlijk worden beschouwd. Mocht Ria de cameravrouw als onvriendelijk of gevaarlijk beschouwen dan had ze de cameravrouw naar alle waarschijnlijkheid niet betrokken bij het gesprek.

4.2 Film 2: Ina en Hans

Deze opname gaat over Ina (de verzorgende) en Hans (de bewoner). Ina is een 47 jarige vrouw die sinds 4 jaar op deze afdeling werkt. Ina werkt 18 uur per week en ervaart haar werk af en toe als druk, echter is ze wel tevreden over haar werk. Hans is een 85-jarige man die na een CVA, halfzijdige verlamd is. Hans woont sinds 2 jaar met zijn vrouw in het verpleeghuis. Hans geeft aan dat hij zich aanpast aan de verzorgende, zij is namelijk degene die moeten werken. Hij vindt het prima om dingen zelf te doen, maar als de verzorgende geen tijd heeft vindt hij het ook goed als de verzorgende hem wast. Hans geeft wel aan dat hij het belangrijk vindt dat er een gezellig praatje met hem wordt gemaakt.

De volgende interactie tussen Ina (de verzorgende) en Hans (de bewoner) ontstaat op het moment dat Ina bij Hans binnen komt lopen. Hans geeft bij binnenkomst van Ina aan dat hij nodig naar het toilet moet. Ina heeft met Hans overlegd dat ze eerst zijn onderkleding aan gaan doen en vervolgens naar het toilet gaan. Op het moment dat Ina gaat beginnen met de handelingen om de onderkleding van Hans aan te doen begint ze de volgende interactie:

- 1 I ((komt aanlopen en doe het bed van de bewoner omhoog))
heb je beetje kunnen slapen↑(1) na gisteren.?
- 2 H (1) slecht geslapen=
- 3 I = heb je slecht geslapen?
- 4 H ja! °hele nacht krampen gehad° (0.5) in dat been↓((kijkt naar verzorgende))
- 5 I Oh::w ?
- 6 H (°het was gisteravond helemaal ((doet de zijkant van het bed omlaag, kijkt daarbij bewoner aan)) rood he↑, rood door°) het zwachtelen.= ((oogcontact))
- 7 I = door het zwachtelen ((oogcontact)). heb ik ↑ het,((gaat verder met haar werkzaamheden, slaat dekens van de bewoner af)) had ik het te strak gedaan dan? =
- 8 H =ja!↓
- 9 I en had↑ je daar↑ overdag geen ↑last van dan? ((loopt richting het nachtkastje, opent een lade en zoekt daar iets))
- 10 H °nee°
- 11 I niet? (2) °weet je nou waar ik ((bewoner draait het gezicht naar verzorgende toe))..oh hier°, ik had↑ toch het idee dat het niet strak eu::h.

- 12 H ((kijkt naar verzorgende)) Ik doe ze nou ook niet om↑((kijkt naar verzorgende)) ik moet ook nog naar de, moet ook nog therapie=((draait het hoofd richting het midden, weg van de verzorgende, verzorgende stopt met het zoeken en lijkt richting bewoner te kijken))
- 13 I = dan↑ lijkt het me toch wel slimmer dat je het wel doet?
- 14 H ((draait hoofd naar verzorgende)) nee::e! ((kijkt verzorgende aan)) dan loop ik veel beter!
- 15 I Wil↑ je ze niet om?
- 16 H nee::j, ^oneh^o] ((draait hoofd richting het midden, weg van de verzorgende))
- 17 I [hmm]
- 18 H [beslist niet! ((kijkt verzorgende aan)) ik heb↑ nou no::g pijn aan mijn been!
- 19 I ja?
- 20 H ja!
- 21 I ((verzorgende legt wat terug in het nachtkastje))nou. ja, het is u::w beslissing↑ he?
((bewoner draait het hoofd weg van verzorgende))

Hans (de bewoner) begint deze interactie door te vertellen dat hij slecht heeft geslapen (regel 2) en dat het slechte slapen een gevolg was van de pijn in zijn been (regel 4). Ina (de verzorgende) lijkt hier wat verontwaardigd op te reageren, door op een vragende manier ‘ohw’ te zeggen (regel 5) en stelt vervolgens de vraag of de pijn kwam doordat de zwachtels misschien te strak zaten (regel 7). Hans bevestigt de vraag van Ina of de zwachtels te strak zaten, waarna Ina zich hardop afvraagt of dit overdag niet zo was (regel 9). Hans reageert hier kort en bondig op en geeft aan dat het overdag geen pijn opleverde (regel 10). Ina lijkt dit moeilijk te geloven, want in regel 11 geeft ze nogmaals aan “niet?”, waarna ze aangeeft dat de zwachtels, naar haar mening, niet te strak zaten. Hans geeft vervolgens aan dat hij de zwachtels niet meer om wil. Tot deze zin (regel 12) is Ina tijdens de conversatie continue bezig allerlei handelingen te doen, maar nu stopt ze met haar handelingen en kijkt Hans aan. Vervolgens zegt Ina op een wijzende toon dat het haar juist beter lijkt als Hans de zwachtels omdoet (regel 13). Hans is echter niet van zijn gedachte af te krijgen en zegt ferm “nee” (regels 14, 16 en 18). Waarna Ina tot slot in regel 21 aangeeft op een wijzende toon dat het de beslissing van Hans is, waarna ze weer verder gaat met haar activiteiten.

Opvallend in dit fragment is de toon waarop zowel Ina als Hans spreken. In paragraaf 2.2.2 wordt beschreven dat intonatie een belangrijke rol speelt in communicatie. De intonatie van een verzender bepaalt hoe de ontvanger de boodschap interpreteert. Door de intonatie kan de zin een totaal andere betekenis krijgen. Een gewone vraag kan door de toon waarmee hij wordt uitgesproken, bijvoorbeeld worden opgevat als een verwijt, een compliment of een afwijzing. Opvallend is dat wanneer de boodschap wordt tegengesproken door de intonatie, er meer geloof wordt gehecht aan hetgene dat door middel van intonatie wordt weergegeven (van Marwijk, 2011). In dit fragment lijkt het erop dat Ina er niet van overtuigd is dat Hans veel pijn heeft, want Ina vraagt zich in de regels 7, 9 en 11 hardop af of het door de zwachtels kwam. Hans lijkt dit te interpreteren als een twijfel aan zijn eigen oordeel omdat hij hier ferm op reageert door meerdere malen resoluut te antwoorden (regels 8, 10, 14, 16 en 18). Ina lijkt dit door te hebben, want ze reageert kalmer en vriendelijk. Echter lijkt ze niet achter de beslissing te staan wat ze uit in de regels 13 en 21. Uiteindelijk geeft Ina (regel 21) aan dat het de beslissing van Hans is, maar haar intonatie laat merken dat ze zijn keuze niet waardeert, maar wel moet respecteren.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie minimaal wordt voldaan aan de behoefte aan verbondenheid. Het feit dat Hans herhaaldelijk aan moet geven dat hij de zwachtels niet om wil en het feit dat Ina vragen blijft stellen

over de pijn die Hans ervaart, maken dat hij zich mogelijk niet begrepen voelt. Het gevoel dat Hans zich niet begrepen voelt, wordt versterkt door zijn steeds fellere en kortere manier van reageren en de open ogen en gefronste wenkbrauwen die hij maakt. Daarnaast kan de opmerking van Ina uit regel 21 (“nou, ja, het is uw beslissing he”), Hans het gevoel geven dat Ina zijn beslissing niet waardeert. Hoewel Ina zegt dat het de beslissing van Hans is, geeft de intonatie van de zin een tegenstrijdige boodschap. Volgens van Marwijk (2011) wordt bij een tegenstrijdige boodschap de intonatie als geloofwaardiger gezien. Het zich niet begrepen en gewaardeerd voelen, leidt volgens Reis et al. (2000) tot een onvermogen om de behoefte aan verbondenheid te vervullen. Tevens lijkt het erop dat er, een vorm van, een conflict ontstaat tussen Hans en Ina doordat Hans herhaaldelijk moet opkomen voor zijn eigen belangen en Ina uiteindelijk op een wijzende toon aangeeft dat het de keuze van Hans is. De non-verbale communicatie van Hans, open ogen en gefronste wenkbrauwen, en Ina, licht voorovergebogen boven lichaam en de intonatie van de woorden, versterken dit gevoel. Hierdoor kan Hans het gevoel hebben dat er afstand ontstaat tussen hem en Ina, wat volgens Reis et al (2000) leidt tot een onvermogen om de behoefte van verbondenheid te vervullen. Tevens kunnen hierdoor onzekere gevoelens ontstaan waardoor de aandacht meer op zichzelf wordt gericht in plaats van op de ander. Echter wordt er in dit fragment wel gepraat over een onderwerp wat voor Hans op dit moment belangrijk is, waardoor hij wel enigszins zijn behoefte aan verbondenheid kan vervullen.

De vorige interacties hebben vooral laten zien dat een verzorgende, er aan bij kan dragen dat de bewoner zijn behoefte aan verbondenheid kan vervullen. De volgende interactie laat zien dat om de behoefte aan verbondenheid te vervullen de bewoner niet geheel afhankelijk is van de verzorgende. Nadat Hans (de bewoner) de mogelijkheid heeft gehad om gebruik te maken van het toilet, vraagt Ina (de verzorgende) of het allemaal is gelukt. Hans geeft aan dat het niet beter gaat worden en dat het zo wel goed is. Ina gaat bezig met de volgende handeling van de ochtendzorg waarbij Ina de volgende interactie begint:

- 1 I wilt u nat scheren? ((bewoner kijkt richting verzorgende die buiten beeld staat))
- 2 H ((fronst zijn voorhoofd, voelt daarna even aan zijn kin)) (4) jo::ah mag wel. (2) ((begint te glimlachen)) als je het vel er maar, op↑ laat zitten. Hahaha ((kijkt richting verzorgende en daarna richting de cameravrouw))
- 3 I ((kijkt bewoner aan)) oh! hahaha ((mondhoek krult licht omhoog, begint met de washand door de haren van verzorgende te wrijven))
- 4 H Jannie! deed het er vorige week bij mij afhaken du::s↓
- 5 I wie? het vel? =
- 6 H =nee. Jannie!
- 7 I JA? maar deed DIE het vel er mee AFHALEN dan?
- 8 H Ja, die heeft me nat gescho::ren.° jaa°
- 9 I J::A! en toen?!
- 10 H (5) had ik,((kijkt verzorgende aan)) de he::le kin kapot .((raakt kin aan en wrijft er over, verzorgende loopt al kijkend naar de bewoner buiten het beeld))=
- 11 I = JA ma::ar↑ je hebt ook niet! echt!? fijne mesjes moet ik zeg::gen Hans?
- 12 H ((bewoner kijkt richting verzorgende))°hmm°?
- 13 I JE hebt ook niet! echt! fijne scheermesje::s ((verzorgende komt terug in beeld lopen))
- 14 H ((bewoner kijkt naar beneden))°jah↓° ((verzorgende doet scheergel op het gezicht van

- bewoner))
- 15 I het! zijn van die wegwerp]
- 16 H [ik had. ik had. van die scheermesjes (maar↓ die ben ik kwijt↓)
- 17 I gilette! dat is wel fijn.
- 18 H °j::a.°
- 19 I die scheren, ook beter he? nou even de lip↑ (4) een tuinkabout nou. he↑((verzorgende loopt uit beeld, bewoner kijkt richting verzorgende, verzorgende komt teruglopen in beeld en begint bewoner te scheren)) (18) °(het is gelukkig niet zo)° warm buiten hmm↓(17) even omhoog↑ (26) je LIP, (3) weet je, wat ik, vergeten ben↓((bewoner glimlacht)) je bovenGEBIT huh↑((verzorgende glimlacht)) (2)°valt u lip zo terug° (8) Z::O↑ even, sop deraf↑ halen. (11) Noh↑
- 20 H ((kijkt richting verzorgende die het beeld uit loopt)) stof deraf. ((glimlacht))
- 21 I H::mm↑
- 22 H ((glimlacht, kijkt verzorgende aan)) stof deraf↓
- 23 I ((verzorgende komt terug in beeld en droogt met een handdoek het gezicht van de bewoner af))STOF deraf↑

Ina (de verzorgende) begint deze interactie met een gesloten vraag, namelijk of Hans (de bewoner) zich nat wil scheren (regel 1). Uit het gesprek blijkt dat in één van de voorgaande dagen het scheren bij Hans niet helemaal goed is gegaan, want hij heeft toen een kapotte kin opgelopen. Hans brengt dit met de nodige humor en maakt een grapje en vraagt of Ina vandaag het vel er wel op wil laten zitten (regel 2). Ina reageert hier met een wat cynische lach op en stelt wat verdere vragen over hoe het scheren ging (regels 5, 7 en 9) waarna ze vrij kortaf aangeeft dat Hans ook geen fijne scheermesjes heeft (regels 11 en 13). Zowel in de verbale als non-verbale reactie van Hans valt op dat hij terneergeslagen reageert op de opmerking van Ina uit regels 11 en 13. Hij kijkt naar beneden en zegt op een zachte toon 'jah'. Hans vertelt daarna dat hij voorheen wel goede scheermesjes had, maar dat hij die nu niet meer heeft. Nadat Ina klaar is met het scheren van Hans maakt hij wederom een grapje en vertelt met een grote glimlach dat het stof weer van zijn gezicht is (regels 20 en 22). Ina reageert hier slechts bevestigend op en reageert weinig op de grote glimlach van Hans.

Opvallend in dit fragment is de humor die Hans meerdere malen gedurende het gesprek gebruikt. Seaward (1992) heeft het gebruik van humor onderzocht en toonde aan dat humor gebruikt wordt om met gevoelens van onzekerheid en woede om te gaan. In regel 2 gebruikt Hans mogelijk humor om aan te geven dat hij het vervelend vindt dat het scheren de vorige keer zo slecht is gegaan en dat hij mogelijk onzeker is over het scheren wat op dit moment plaats gaat vinden. De lach die Ina vervolgens in regel 3 toont kan cynisme overkomen wat volgens Seaward (1992), wanneer zo opgevat door de bewoner, kan leiden tot een toename van stressgevoelens.

De tweede keer dat Hans gebruik maakt van humor is op het moment dat hij aangeeft dat het stof van zijn gezicht is (regels 20 en 22). Seaward (1992) beschrijft in zijn onderzoek dat het gebruiken van humor tot vele fysiologische veranderingen leidt waarbij de meest opvallende is dat het gebruik van humor leidt tot een algemeen gevoel van welbevinden. Mogelijk geeft Ina, Hans hier niet de mogelijkheid zijn behoefte aan verbondenheid te vervullen, maar zorgt Hans er zelf voor dat hij door het gebruik van humor zijn algemene gevoel van welbevinden wel bevordert.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie minimaal wordt voldaan aan de behoefte aan verbondenheid. Het lijkt er namelijk op dat Ina hier juist onzekere en zelfbewuste gevoelens stimuleert bij Hans door tot tweemaal toe aan

te geven dat hij geen fijne scheermesjes heeft. De reactie die Hans hierop geeft, door ten eerste naar beneden te kijken en ten tweede door op een terneergeslagen manier ‘ja’ te zeggen bevestigen deze vermoedens. Het lijkt erop dat Hans zich hierdoor deels schuldig voelt aan het ‘moeizame’ scheren. Daarnaast lijkt het erop dat Ina in dit fragment niet veel geeft om de gevoelens van Hans. Dit komt met name naar voren in regel 9, waar Ina op een provocerende manier “en toen” zegt. Het komt meer als een beschuldiging over, omdat Hans ook slechte scheermesjes heeft. Bijzonder in dit fragment is dat Hans zelf meerdere pogingen onderneemt om zijn behoefte aan verbondenheid te vervullen, zo maakt hij zoals hierboven beschreven gebruik van humor, maar hij kijkt ook de cameravrouw aan. Het moment waarop Hans de cameravrouw aankijkt (regel 2) kan erop duiden dat hij de cameravrouw wil betrekken bij zijn humor en daardoor het gevoel wil creëren dat hij bij andere personen hoort. Op deze manier lijkt Hans de behoefte aan verbondenheid toch nog op zijn eigen manier te vervullen.

Nadat Ina (de verzorgende) klaar is met het scheren van Hans (de bewoner) gaat ze hem wassen. Net voordat Ina, Hans begint te wassen begint Ina de volgende interactie:

- 1 I gis::teren ((bewoner kijkt richting verzorgende)) nog, voetballen gekeken? of niet?
- 2 H ((verzorgende komt in beeld lopen, kijkt bewoner aan en begint te wassen)) ja! zeker wel.
- 3 I ik, hoorde van::morgen op de radio↑ moest NEC ergens, in Rotterdam voetballen↑ of zo?
((verzorgende kijkt naar bewoner, bewoner staart naar beneden))(4) kan dat?
- 4 H kan. wel ja.
- 5 I dat, daar. eu::h knokken, was, geweest↑
- 6 H oh j::a↑!
- 7 I ja zitten der vijf vast ((kijkt bewoner aan)).
- 8 H ((kijkt op richting verzorgende)) (2) tegen↓ S::parta, hebben. ze gevoetbald.
- 9 I (4) ja, ik heb, er verder. ge::en verstand↓ van.
- 10 H °()° ((verzorgende kijkt naar bewoner, bewoner staart naar beneden))
- 11 I h::mm?
- 12 H °dat is ook Rotterdam Sparta° ja
- 13 I ja!
- 14 H (11 sec) nou. ik, heb, no::oit! gevoetbald. ((kijkt richting verzorgende, draait vervolgens zijn hoofd bij en kijkt richting de cameravrouw. Verzorgende kijkt terug naar bewoner))
- 15 I nee.
- 16 H nee! ik heb altijd↑ gekorfbald ((kijkt naar cameravrouw))
- 17 I (2) korfbal? o::eh? apart,
- 18 H ja!
- 19 I (7) dat zie↑ je niet↑ ve::el me::er he↑ korfbal of? wel?] ((Kijkt richting bewoner, bewoner kijkt naar beneden))
- 20 H [jew::el.] ((knikt ja met het hoofd))
- 21 I [wel? ((verzorgende kijkt naar bewoner, bewoner kijkt naar beneden))(2) ik had al↑tijd zo’n
he↑kel aan bal::spellen. blegh! (10) °rug even droogmaken°

Wederom begint Ina (de verzorgende) deze interactie met een gesloten vraag, namelijk of Hans (de bewoner) gisteren nog naar het voetballen heeft gekeken (regel 1). Hans reageert hier wat kort op (regel 2) en Ina gaat door met vertellen wat ze op de radio heeft gehoord (regel 3). Wederom

gebruikt Ina hier een gesloten vraag, door zich hardop af te vragen of NEC moest voetballen. Hans reageert hier wat bedenkelijk op, door naar beneden te kijken en rustig en zacht te antwoorden, en lijkt na te denken over de vraag die Ina stelde (regel 4). Op het moment dat Hans op het antwoord komt van de vraag die Ina stelde, in regel 3, kijkt hij op richting Ina en vertelt haar dat NEC tegen Sparta heeft gevoetbald (regel 8). Ina geeft hierop aan dat ze er voor de rest eigenlijk ook weinig verstand van heeft (regel 9). Even later geeft Hans aan dat hij nooit heeft gevoetbald, maar altijd aan korfbal heeft gedaan (regel 14). Ina reageert verbaasd, door op hoge toon en vragend ‘korfbal’ te zeggen en bevestigt de verbazing door “oeh apart” (regel 17) eraan toe te voegen. Ina zegt daarna dat zij het idee heeft dat men korfbal tegenwoordig weinig meer ziet. Hans reageert hier wat ontzet op door op duidelijke wijze “jewel” (regel 20) te zeggen waarbij hij bevestigend met zijn hoofd knikt. De interactie eindigt vrij abrupt op het moment dat Ina aangeeft dat ze altijd zo’n hekel heeft gehad aan balspellen (regel 21).

Opvallend in dit fragment is dat Ina deze interactie begint met een gesloten vraag, maar wel probeert met Hans een gesprek aan te gaan over voetbal. Ina stimuleert Hans om een gezellig praatje met elkaar aan te gaan, wat duidelijk wordt doordat ze aangeeft wat ze heeft gehoord op de radio (regels 3, 5 en 7) en dat ze eigenlijk maar weinig verstand heeft van voetbal. Hoewel Hans wat kort reageert op de vragen en het ‘open’ gesprek van Ina, vertelt hij in regel 14 dat hij nooit heeft gevoetbald. Ina reageert hierop alsof ze dat weet (regel 15) en gaat hier verder niet op in. Wanneer Hans vervolgens aangeeft dat hij altijd op korfbal heeft gezeten, reageert Ina verbaasd en probeert ze het gesprek juist weer op gang te brengen (regel 19). Tot slot geeft Ina aan dat zij zelf altijd een hekel heeft gehad aan balspellen waarna het gesprek vrij abrupt tot een einde komt.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie in het begin wordt voldaan aan de behoefte aan verbondenheid, maar dat er gedurende het gesprek een aantal interacties optreden die het gevoel van verbondenheid kunnen beschadigen. Ina begint deze interactie met een gesloten vraag en probeert een gezellig praatje met Hans aan te gaan over de voetbal. Hierdoor kan Hans het gevoel hebben dat hij deelneemt in gemeenschappelijke activiteiten wat volgens Reis et al (2000) leidt tot een algemeen gevoel van verbondenheid. Daarnaast kan Hans het praten over voetbal ervaren als plezierig wat tevens volgens Reis et al. (2000) leidt tot een algemeen gevoel van verbondenheid. Echter is het zo dat op het moment dat Hans begint over “zijn” sport hij een verbaasde reactie van Ina krijgt wat misschien gevoelens van onzekerheid kan stimuleren. Vervolgens kunnen onzekere gevoelens bij Hans versterkt worden wanneer Ina in regel 21 aan geeft dat ze altijd zo’n hekel heeft gehad aan balspellen. Hans kan hierdoor het idee krijgen dat anderen korfbal misschien wel een stomme sport vinden en hij het er dus beter niet met anderen over kan hebben.

4.3 Film 3: Lida en Trudy

Deze opname gaat over Lida (de verzorgende) en Trudy (de bewoonster). Lida is een 46-jarige vrouw die sinds 3 maanden op deze afdeling werkt. Lida werkt 28 uur per week en ervaart haar werk vaak als te druk, echter is ze wel tevreden over haar werk. Trudy is een 83-jarige vrouw die na een hersenbloeding slecht ter been werd. Trudy is ongetrouwd. Ze heeft een vrij lage ADL-score en kan dus nog vrij veel zelfstandig. Trudy ervaart weinig depressie gevoelens en is redelijk tevreden met haar leven.

De volgende interactie ontstaat op het moment dat Lida (de verzorgende) bij Trudy (de bewoonster) binnenkomt. Lida komt binnen lopen en begint de volgende interactie:

- 1 L ((komt binnen lopen met de rollator))LEKKER GES::LAPEN? ((doet lamp aan))
 2 T oh::w ja? maar↑ ik, ben al z::o lang↓ wakker↓
 3 L ((schuift nachtkastje opzij)) j::a, °das vervelend.°= ((doet het bed omlaag))
 4 T = en dan, ga je z::o dromen! dan slaap, je in↓ en (en ga je) dro↑men. en ik, ben klieder↑nat. ((kijkt naar verzorgende)) we::er!
 5 L °ja.° ((doet de dekens aan de kant))
 6 T j::ah↓ verve::lend↓=
 7 L =NOU↑ le↑kker douchen. HE↑!
 8 T (3) ja::h↓(6) dit zit al::lemaal verkeerd↓ (5) ((wil overeind komt, maar lukt niet. Trekt een pijnlijk gezicht)) auw
 9 L ((doet bedrand omlaag)) (9) e↑ven de croc's↑ aan↑! ((wil croc's aan doen maar bewoner komt niet overeind. Verzorgende probeert dan met 1 hand de bewoonster overeind te helpen))(8) woep::s ((legt croc's weg en pakt bewoner met beide handen bij de armen)) (4) kom maar, één, twee, ho↑pake::e
 10 T ((kijkt pijnlijk naar haar arm en dan naar verzorgende)) °auw°
 11 L ((kijkt bewoonster aan)) ja,
 12 T ((kijk naar arm en dan naar verzorgende)) AUW!
 13 L ((kijkt naar bewoonster)) AUW?
 14 T j::ah↓ ((kijkt naar beneden))
 15 L was, het z::o hard?
 16 T ja::h↓((kijkt pijnlijk richting de cameravrouw))
 17 L ((pakt de croc's en doet ze aan)) kom↑ maar↑ ((zet rollator voor bewoonster neer))
 18 T (18) °oh. (shit) ik denk, dat ik, kliedernat ben (3) dat we::et ik, wel↑ zeker.° (8) ((draait haar hoofd richting haar rug)) °zie?°
 19 L ((kijkt naar de rug van bewoonster)) j::a. ((bewoner zucht diep)) (10) j↑a kunnen we? of nog↑ E↑ven wachten.
 20 T ((zucht diep, pakt haar ketting vast)) (5) god. heb ik, dat ding n↑og om?
 21 L Hm,hmm.
 22 T (13) °ja houd die maar vast met lopen°]
 23 L [jah! ik houd, hem vast. (2) er, kan↑ niks↑ gebeuren. (1) zoh.

De interactie begint direct op het moment dat Lida (de verzorgende) binnen komt lopen bij Trudy (de bewoonster). Lida vraagt hoe het slapen is gegaan van Trudy en Trudy begint direct te vertellen dat ze slecht heeft geslapen en al zo lang wakker ligt (regels 1 en 2). Lida reageert hier in eerste instantie empathisch op door te zeggen dat het vervelend is, echter lijkt het erop dat de toon waarop Lida het zegt een vorm van ironie in zich heeft (regel 3). Trudy lijkt dit niet op te merken, want ze gaat op dat moment verder met vertellen van haar verhaal en benadrukt daarbij dat het 'weer' is gebeurd (regel 4). Lida reageert hier op door zachtjes ja te zeggen (regel 5). Trudy geeft vervolgens nogmaals op een wat balende toon aan dat ze het vervelend vindt (regel 6). Lida lijkt hier empathisch op te reageren door aan te geven dat ze nu lekker gaan douchen. Echter lijkt de reactie van Lida in regel 7, meer over te komen alsof ze gauw verder wil gaan met haar taak namelijk, het douchen. Met name de intonatie en het feit dat Lida het bed omlaag doet, de deken van Trudy aflegt en de bedrand omlaag doet versterken deze indruk. Trudy probeert vervolgens zelfstandig overeind te komen, maar dit lukt haar niet. Hierop volgend helpt Lida, Trudy. De eerste poging die ze wagen faalt, omdat Lida niet de mogelijkheid heeft om Trudy goed vast te pakken. Lida legt vervolgens de croc's neer en pakt

Trudy bij twee armen vast waarna ze Trudy overeind helpt. Op het moment dat Trudy omhoog wordt geholpen door Lida doet ze haar arm pijn waarna ze dit hardop uit (regel 10). Lida lijkt deze reactie niet echt te verwachten en zegt op een vragende toon 'ja' (regel 11) tegen Trudy. Trudy benadrukt daarop dat het vastpakken aan haar arm pijn deed door wederom 'auw' te zeggen. Het lijkt erop dat Trudy haar woorden kracht bij wil zetten door eerst naar haar arm te kijken en vervolgens Lida aan te kijken. Lida lijkt verbaasd en herhaalt het woord 'auw' waarna ze vraagt of het echt zo hard was (regels 13 en 15). Trudy bevestigt dat het echt pijnlijk was en kijkt daarbij de cameravrouw aan (regel 16). Lida lijkt zich echter niet zo veel zorgen te maken over de arm van Trudy, dit vanwege het feit dat ze in regel 17 zegt 'kom maar' en vervolgens verder gaat met het aantrekken van de croc's en het klaarzetten van de rollator. Lida besteedt daarbij geen aandacht aan de pijn die Trudy aangaf. Als Trudy vervolgens aan Lida wil laten zien dat ze echt kliebernatie is (regel 18) reageert Lida slechts door kort 'ja' te zeggen (regel 19).

Opvallend in dit fragment is de toon waarop gesproken wordt door Lida op het moment dat zij Trudy heeft geholpen om overeind te komen. Trudy geeft aan dat de manier waarop ze werd geholpen door Lida om overeind te komen leidde tot pijn wat ze uit door 'auw' te zeggen. Het lijkt Lida te verbazen dat Trudy pijn heeft ervaren, wat ze uit door in regel 13 'auw' op een verbaasde toon te zeggen. Wanneer Trudy bevestigt dat het pijnlijk was, lijkt Lida te benadrukken dat ze verbaasd is door te zeggen; "was het zo hard". De toon waarop Lida dit zegt wekt de indruk dat ze niet echt bezorgd is om de pijn die Trudy ervaart. Van Marwijk (2011) stelt dat de intonatie van een zin bepaalt welke gevoelswaarde er aan een boodschap mee wordt gegeven. De intonatie in met name 'was het zo hard' suggereert alsof het in de ogen van Lida om geveinsde pijn gaat in plaats van werkelijke pijn.

De indruk dat Lida niet echt bezorgd is om de pijn van Trudy wordt versterkt doordat ze vervolgens niet ingaat op de pijn, maar verder gaat met haar taakgerelateerde doelen, namelijk het aantrekken van de croc's, het klaarmaken om te gaan staan en te gaan douchen. Trudy kan hierdoor het idee hebben dat ze niet begrepen en gewaardeerd wordt en dat ze niet de mogelijkheid krijgt om haar ongenoegen te uiten. Daarnaast kan bij Trudy het gevoel ontstaan dat Lida niet geïnteresseerd is in de beleving van Trudy, omdat Lida puur taakgerelateerd is, in plaats van affectief gerelateerd.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie weinig aan de vervulling van de behoefte aan verbondenheid wordt gedaan. Ten eerste begint Trudy over het feit dat ze al zo lang wakker is en dat ze uiteindelijk wel weer in slaap is gevallen, maar toen is gaan dromen en kliebernatie wakker werd (regels 2 en 4). Lida gaat hier niet op in en gaat door met haar taakgerelateerde doel, namelijk het gaan douchen, verder te gaan. Ten tweede doet Trudy zich pijn op het moment dat Lida, Trudy overeind helpt. Lida lijkt zich hier niet zo druk over te maken en laat het overkomen alsof de pijn die Trudy ervaart meevalt en dat ze maar verder zullen gaan met waar ze gebleven waren, namelijk het gaan douchen (regels 13, 15, 17 en 19). Trudy kan door beide dialogen het idee hebben dat Lida weinig om haar geeft wat het gevoel van verbondenheid kan beschadigen (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Daarnaast kan Trudy het idee hebben Lida haar niet begrijpt, omdat Trudy niet in gaat op het dromen en geen erkenning geeft voor de pijn aan haar arm, wat het algemene gevoel van verbondenheid niet stimuleert (Reist et al., 2010). Tot slot kan Trudy het gevoel hebben dat ze niet mag praten over zaken die belangrijk voor haar zijn zoals het dromen en het kliebernatie wakker worden. Deze gevoelens stimuleren het gevoel van verbondenheid volgens Reis et al. (2000) niet.

De onderstaande interactie ontstaat op het moment dat Lida (de verzorgende) de beha van Trudy (de bewoonster) aan wil gaan doen. Lida pakt de beha van Trudy en trekt deze aan bij Trudy. Voordat Lida de beha van Trudy dicht doet op de rug maakt ze eerst de rug droog waardoor Trudy de mogelijkheid krijgt om de beha aan de voorkant goed aan te rekken. Op het moment dat Trudy klaar is met het aantrekken van de beha begint Lida met de volgende interactie:

- 1 L ((leunt over bewoonster heen om de beha op de rug vast te maken)) zit↑ten. Ze, der. IN, MEVROUW? J.?
- 2 T j::a! ((kijkt in de beha om te controleren of de borsten er goed in zitten)) ik geloof. het. wel.
- 3 L o::ke.
- 4 T HA,HA, °(even kijken)°
- 5 L we kij↑ken zo. E↑ven (6) owh↑oh, ik geloof. dat ik, mijn bril op moet zetten met, al die↑ ha::akjes
- 6 T j::a?
- 7 L j::a↑!
- 8 T Want. Ik, dacht dat. er: niet↑ veel meer. eu::h]
- 9 L [nou! er mist er maar e::entje]
- 10 T °waren°] OH::? valt↑ weer, mee,
- 11 L valt mee he!
- 12 T j::a
- 13 L (4) °heupak::e° ((komt overeind en kijkt aan de voorkant of de borsten van de bewoonster goed in de beha zitten)) zitten ze goed?
- 14 T ((voelt aan de beha en verplaatst de beha een beetje)) Is↑ niet↑ scheef? ne::e he.!
- 15 L ne::e ((verplaatst de beha op de rugzijde iets)) (4) ((pakt hemd van de stoel))O::ke::↑ hemp↑je a::an↑ ((vouwt hemd uit en help bewoonster het hemd aan trekken))

Lida (de verzorgende) begint deze interactie met een gesloten vraag namelijk, zitten ze der in mevrouw J? Trudy (de bewoonster) antwoordt hier in eerste instantie bevestigend op, maar lijkt daarna toch licht te twijfelen wat zich uit door in regel 2 te zeggen 'ik geloof het wel'. In eerste instantie reageert Lida hier bevestigend op (regel 3), maar op het moment dat Trudy wat twijfelachtig begint te lachen (regel 4) reageert Lida door te zeggen 'we kijken zo even' (regel 5). Vervolgens lijkt Lida moeite te hebben met het sluiten van de haakjes wat ze uit in regel 5. Hierop geeft Trudy aan dat ze ook verwacht dat er niet veel haakjes meer aan de beha zitten (regel 8). Lida ontkracht deze gedachte van Trudy door aan te geven dat er maar 1 haakje mist (regel 9) waarna Trudy opgelucht lijkt te reageren (regel 10) en blij te zijn dat het er maar één is. Tot slot komt Lida terug op haar belofte in regel 5 (controleren of de borsten goed in de beha zitten) en kijkt samen met Trudy of de beha aan de voorkant goed zit. Wanneer Trudy zich hardop afvraagt of de beha niet scheef zit (regel 14) antwoordt Lida door geruststellend nee (regel 15) te zeggen.

Vanwege het feit dat Lida (de verzorgende) met haar rug naar de camera staat en voor het grootste gedeelte voor het gezicht van Trudy (de bewoonster) bedekt is het moeilijk om iets te zeggen over de non-verbale communicatie die tijdens dit gesprek plaatsvindt.

Opvallend in dit fragment is dat Lida, Trudy tot drie keer toe weet gerust te stellen. Volgens Reis et al. (2000) leidt het vermijden van onzekere gevoelens tot een afname van de aandacht voor het zelf en een toename van de aandacht voor de ander. Hiermee wordt volgens Reis et al. (2000) het

algemene gevoel van verbondenheid gestimuleerd. De eerste keer is op het moment dat Lida aan Trudy vraagt of de borsten er goed in zitten. In eerste instantie lijkt Trudy de vraag te bevestigen, maar kort daarna voegt ze er aan toe 'ik geloof het wel' (regel 2) en controleert ze haar beha nog een keer. Wanneer Trudy vervolgens wat twijfelachtig begint te lachen en 'even kijken' (regel 4) zegt, neemt Lida het initiatief en zegt tegen Trudy dat ze samen zo nog wel even zullen kijken (regel 5). Hierdoor kan Trudy het gevoel hebben dat de beha straks nog wordt gecontroleerd en dat zij zich er daardoor geen zorgen meer over hoeft te maken. Vervolgens lijkt Lida een grapje te maken dat ze haar bril op moet zetten met al die haakjes (regel 5). Trudy lijkt dit te interpreteren alsof er weinig haakjes meer aan de beha zitten. De grap van Lida zou mogelijk onzekere gevoelens kunnen stimuleren bij Trudy, maar omdat Lida direct haar zin vervolgt door te zeggen dat er maar één haakje mist lijken deze onzekere gevoelens niet te ontstaan. Dat Trudy opgelucht lijkt valt op te merken uit regel 12 waar ze nadrukkelijk 'Ohh, valt weer mee' zegt. Tot slot komt Trudy terug op de eerder gemaakt belofte dat ze de beha van Trudy samen controleren. Als Trudy zich dan hardop afvraagt of de beha niet scheef zit (regel 16) kan dit gezien worden als mogelijk onzekere gevoelens van haar eigen handelen. Lida reageert hier vrijwel direct op door geruststellend 'nee' te antwoorden, waarop Trudy haar beha met rust laat en zich concentreert op het aantrekken van het shirt. Wederom lijkt het erop dat door het antwoord van Lida mogelijk onzekere gevoelens bij Trudy weggenomen zijn. Echter vanwege het beperkte zicht op de non-verbale communicatie kan dit niet bevestigd worden in termen van gezichtsuitdrukkingen of houding.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie aan behoeftevervulling wordt gedaan. Het lijkt er namelijk op dat door middel van deze interactie mogelijk onzekere gevoelens bij Trudy weggenomen zijn. Hierdoor is ze gedurende de rest van de interactie in staat om contact te maken met anderen in plaats van zich druk te maken over bijvoorbeeld haar beha. Tevens kan het gevoel van verbondenheid versterkt worden doordat Lida in regel 5 over 'we' praat. Trudy kan zich hierdoor verbonden voelen met anderen, maar tevens ook gewaardeerd voelen door Lida. Trudy kan namelijk het idee hebben dat ze onderdeel uitmaakt van het controleren van de beha waardoor ze zich gezien en belangrijk voelt. Volgens Reis et al. (2000) draagt het gevoel van zich gewaardeerd voelen bij aan een algemeen gevoel van verbondenheid. Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) stellen dat wanneer iemand het gevoel heeft bij een gemeenschap te horen dit bijdraagt aan een gevoel van verbondenheid.

In dit laatste fragment is Lida (de verzorgende) bezig om Trudy (de bewoonster) van onderen aan te kleden. Lida heeft er voor gezorgd dat Trudy de benen goed droog heeft en vertelt tegen Trudy dat ze alweer mooi aan het opschieten zijn. Op het moment dat Lida begint om de pantykousen van Trudy op te krullen om ze aan te gaan trekken begint Trudy met de volgende interactie:

- 1 T ((kijkt naar verzorgende)) Heeft u↑ goed geslapen?
- 2 L ((kijkt naar bewoonster)) JA! ((knikt met het hoofd))
- 3 T ((kijkt richting cameravrouw)) jij? ook E.?
- 4 L was een he::el lelijk geluid↑ vanmorgen=
- 5 T ((kijkt naar cameravrouw))= ja= ((knikt bevestigend))
- 6 L =toen die↑ wekker af↑ging=
- 7 T ((kijkt naar verzorgende)) =oh ja?°=
- 8 L ((trekt pantykousen bij bewoonster aan))= Ik denk. wat zullen we nou weer! =

- 9 T =ja=
 10 L =wie!ma::akt er zoveel. Herrie, ((kijkt bewoonster aan, begint te lachen))
 11 T ((kijkt verzorgende aan met een verbaasd gezicht)) ohhoho= ((glimlacht))
 12 L ((pakt broek van bewoonster en begint deze aan te trekken)) =j::a (5) dan duurt. de nacht kort, he↑ als je uit de avond dienst komt he↑
 13 T j::a dat, zal wel.
 14 L j::a
 15 T tot hoe, laat moe↑ten jullie eigenlijk? ik dacht half? elf?
 16 L ja! ik tot tien, uur↑
 17 T tien uur↑
 18 L ja!
 19 T nou j::a voor↑dat je dan↑ thuis↑ bent.]
 20 L [thuis bent] e::n gedocht bent =
 21 T =j::a=
 22 L =en vo::or een deel sla::ap, krijgt.
 23 T j::a
 24 L ((pakt schoenen van bewoonster en trekt deze aan)) (5) en voor, dat al::le be↑woners. weer vergeten! ben ((kijkt bewoonster aan))
 25 T ((kijkt verzorgende aan)) ja! ((glimlacht))
 26 L en dat ze uit↑ mijn hoofd↑ zijn↑ haha
 27 T hahaha (6) ben je↑ dan. nog↑ aan het vechten, auw ((pijnlijk gezicht)) met het één, en het ander↑
 28 L ((kijkt bewoonster aan)) ne::e niet e::cht,
 29 T ((kijkt verzorgende aan)) ne::uh, haha ((glimlacht))
 30 L (3) moet gewoon eens wat te zeu::ren hebben↑
 31 T ja.
 32 L j::a? ((strikt de schoenen van de bewoonster))
 33 T ja.
 34 L (3) ((pakt rolstoel van bewoonster)) z::o!

Trudy (de bewoonster) begint deze interactie door expliciet aan zowel Lida (de verzorgende) als de cameravrouw te vragen hoe ze hebben geslapen (regels 1 en 3). Lida reageert hierop en vertelt hoe vervelend ze het geluid van de wekker vanmorgen vond (regels 2, 4, 6, 8 en 10). Trudy begint hier hard om te lachen en Lida gaat door met haar werkzaamheden waarna ze aangeeft dat ze een korte nacht heeft gehad vanwege haar avonddienst (regel 12). Trudy reageert hier op en lijkt geïnteresseerd verder te vragen tot hoe laat Lida moet werken (regels 13 en 15). Tevens lijkt Trudy begrip te hebben voor de eerdere uitspraak van Lida dat de avond kort duurt als iemand uit een avonddienst komt, door in regel 19 te zeggen: "Nou ja, voor dat je dan thuis bent". Vervolgens lijkt Lida weer een grapje te maken doordat ze in regel 24 en 26 aangeeft dat ze eerst alle bewoners moet vergeten en dat ze uit haar hoofd moeten zijn voordat ze kan gaan slapen. Het lijkt er op dat Trudy zich bij het grapje van Lida afvraagt of het echt een grapje is of dat Lida het serieus bedoeld. Dat Trudy twijfelt over de aard van de opmerking kan opgemerkt uit; de twijfelende lacht die Trudy toont in regel 27, de stilte die ze na het lachen laat vallen en de vraag die ze aan het einde van regel 27 stelt, namelijk; "ben je dan nog aan het vechten met het één of ander?" Lida reageert daarop

door op een wat laconieke wijze 'nee niet echt' te zeggen (regel 28) waarna Trudy wederom een wat onzekere lach uit (regel 29).

Opvallend in dit fragment is dat Trudy zelf de interactie start en daarbij nadrukkelijk de cameravrouw betreft. Mogelijk heeft Trudy behoefte aan affectieve interactie en nodigt Lida daarbij expliciet uit door te vragen hoe ze heeft geslapen (regel 1). Dat Trudy daarbij ook de cameravrouw betreft kan erop duiden dat ze de cameravrouw het gevoel wil geven dat zij ook gezien is door Trudy en dat Trudy haar ook een onderdeel van de 'groep' vindt. Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) stellen dat het geven om anderen het gevoel van verbondenheid bevordert. Tevens kan het betrekken van de cameravrouw bij het gesprek het gevoel stimuleren dat Trudy deel uitmaakt van de 'groep' wat volgens Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) ook bevorderend is voor het ervaren van verbondenheid.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt in termen van verbondenheid dan wijst het erop dat in deze interactie in redelijke mate wordt voldaan aan de behoefte van verbondenheid. Het lijkt erop in dit fragment dat Trudy zelf voor de behoeftevervulling zorgt. Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) stellen dat wanneer men het gevoel heeft dat hij om anderen geeft dit het gevoel van verbondenheid bevordert. Trudy probeert in deze interactie een sociaal praatje te maken met Lida waardoor het gevoel kan ontstaan dat ze om anderen geeft. Trudy lijkt hierbij serieus te luisteren en geïnteresseerd te zijn in wat Lida te vertellen heeft, wat zich onder andere uit doordat ze moet lachen in regel 11 en doorgaat over de avonddienst in regel 15 en 19. Tevens kan het gevoel dat Trudy om anderen geeft, versterkt worden doordat ze de cameravrouw betreft bij het gesprek. Besselink (2009) stelt dat wanneer mensen als vriendelijk en ongevaarlijk worden beschouwd de behoefte aan verbondenheid meer is vervuld. Het feit dat Trudy de cameravrouw aankijkt, wacht op de reactie van de cameravrouw en lacht wanneer ze hoort dat de cameravrouw goed heeft geslapen, kunnen opgevat worden als tekenen dat de cameravrouw als vriendelijk en ongevaarlijk wordt beschouwd.

Hoewel Trudy zelf voor een vervulling van de behoefte aan verbondenheid zorgt, lijkt Lida hier weinig aan bij te dragen. Mogelijk is het zelfs zo dat Lida de vervulling van de behoefte aan verbondenheid in de weg staat. Wanneer Trudy namelijk verder vraagt over de korte nacht na een avonddienst, begint Lida te vertellen dat ze lang bezig is om alle bewoners weer te vergeten en te zorgen dat ze uit haar hoofd zijn (regels 24 en 26). De reactie die Trudy hier op geeft lijkt door te laten schemeren dat ze niet goed weet of Lida een grapje maakt of niet. In regel 27 begint ze wat twijfelachtig te lachen, laat ze een relatief lange stilte vallen en vraagt ze of Lida nog aan het vechten is met het één of ander. Mogelijk ontstaat er door de reactie van Lida in regel 24 en 26 twijfels bij Trudy of het een grapje is of niet. Hierdoor kunnen mogelijk onzekere gevoelens ontstaan; volgens Reis et al. (2000) leidt dit tot een afname van de aandacht voor anderen en een toename van de aandacht op het zelf. Door deze toename van de aandacht op het zelf zou het algemene gevoel van verbondenheid af kunnen nemen.

5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag. In voorgaande hoofdstukken is door middel van een literatuurstudie en het bekijken en analyseren van videofragmenten geprobeerd informatie te vinden om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. De voorgaande hoofdstukken hebben aan de ene kant gezorgd voor een gestructureerd onderzoek en aan de andere kant voor een goed onderbouwd antwoord op de onderzoeksvraag. Begonnen zal worden in paragraaf 5.1 met een overzicht van de bevindingen en conclusies. Vervolgens zal in paragraaf 5.2 het onderzoek nog eens kritisch worden bekeken en zullen er kanttekeningen worden geplaatst bij diverse aspecten. Tot slot zullen in paragraaf 5.2 aanbevelingen volgen voor vervolg onderzoek en voor de dagelijkse praktijk.

5.1 Bevindingen en conclusies

Onderzoek naar het toepassen van communicatiestructuren die de behoefte aan verbondenheid vervullen sluit goed aan bij de groeiende aandacht voor de positieve psychologie. Inzicht in mogelijkheden waarop de psychologische basisbehoefte verbondenheid ondersteund en bevorderd kan worden en daardoor leidt tot een hogere mate van geestelijk gezondheid biedt nieuwe perspectieven voor het communiceren met en het verzorgen van ouderen. Vanuit de literatuur is bekend dat het contact tussen verzorgenden en bewoners van verpleeghuis een belangrijk rol speelt bij het vervullen van de psychologische basisbehoeften (Custers et al., 2010), echter is het nog onduidelijk hoe deze behoeftes vervuld kunnen worden. Dit onderzoek heeft getracht communicatiestructuren die vanuit de literatuur worden beschreven als bevordering van de verbondenheid te onderzoeken en daarbij specifiek te letten op de manier waarop verzorgenden deze gebruiken zodat een bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis zijn of haar behoefte aan verbondenheid kan vervullen. Het ervaren van onder andere verbondenheid is volgens Kasser en Ryan (1999) belangrijk, omdat het leidt tot een hogere mate van geestelijk welbevinden.

Uit de resultaten van het bovenstaande onderzoek blijkt dat de communicatie die tussen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en verzorgenden vaak taakgerelateerd is. Veel gesprekken gaan over de zorghandelingen die gaan komen of waar de verzorgende en de bewoner op dat moment mee bezig zijn. Hoewel de communicatie over het algemeen taakgerelateerd is, blijkt er soms wel wat ruimte te zijn voor affectieve communicatie. Grainger (1993) stelt dan ook dat hoewel bepaalde communicatie in het eerste opzichte puur taakgerelateerd of affectief gerelateerd lijkt te zijn, er vaak een multifactoriële component in zit en dat er dus gebruik wordt gemaakt van zowel taakgerelateerde als affectief gerelateerde communicatie. Doordat de communicatie tussen bewoners en verzorgenden vaak multifactorieel is kunnen taken die gezien worden als puur taakgerelateerd toch een affectieve component bevatten waardoor de bewoner zich gezien en gehoord voelt in zijn of haar wensen (Grainger, 1993). Een voorbeeld hiervan is dat een bewoonster ongerust is over het functioneren van haar katheter. De verzorgende gaat hier op in door te stellen dat alles goed gaat met katheter, waarna onzekere gevoelens bij de bewoonster zijn weggenomen. Of een bewoonster die twijfelt over het correct aangetrokken hebben van haar beha, waarna de verzorgende aanbiedt om samen de beha te controleren. Beide handelingen zijn in eerste instantie taakgerelateerd, ze gaan namelijk over zorghandelingen. Echter is er ook een affectieve component, omdat de verzorgende ingaat op de onzekere gevoelens van de bewoner en daarbij sympathie toont.

Op basis van de gedetailleerde analyse van de filmpjes met betrekking tot de verbale en non-verbale communicatie zijn er een aantal bijzonderheden. Opvallend is dat in diverse fragmenten naar voren komt dat de bewoner door middel van non-verbale communicatie kracht wil zetten bij zijn of haar woorden. Hoewel non-verbale communicatie uit vele gedragingen bestaat, valt op dat er tijdens de communicatie tussen bewoners en verzorgenden vaak gebruik wordt gemaakt van oogcontact en gezichtsuitdrukkingen. Mogelijk zorgen lichamelijke beperkingen ervoor dat bewoners zich niet goed meer kunnen uitdrukken met andere non-verbale communicatiemiddelen zoals houding en gebaren. Zo was er een bewoonster die door middel van het aankijken van haar verzorgende en het trekken van een pijnlijk gezicht duidelijk wilde maken dat ze echt pijn had.

Ten opzichte van de verbale communicatie valt op dat de toon waarop gesproken wordt zeer belangrijk is voor de interpretatie die er aan gegeven wordt. Hoewel onderzoek van ITASC (2011) al aantoonde dat 35% van de boodschap bepaald wordt door stemritme, volume en intonatie, laat dit onderzoek in meerdere fragmenten zien welke impact stemritme, volume en intonatie hebben en benadrukt daarmee het belang ervan. Zo kwam in meerdere interacties naar voren dat door de intonatie van de verzender de boodschap op een specifieke manier werd geïnterpreteerd door de ontvanger, wat vervolgens invloed had op de mogelijkheid tot het vervullen van de behoefte aan verbondenheid. Een voorbeeld hiervan is een reactie van een verzorgende op het feit dat een bewoner zijn zwachtels niet om wil hebben. De verzorgende geeft hierbij aan dat het de beslissing van de bewoner is, maar laat in die reactie, door middel van haar stemgebruik, doorschemeren dat ze zijn keus niet waardeert. Deze bevinding is in overeenstemming met onderzoek van, van Marwijk (2011) die stelt dat door de intonatie een boodschap bijvoorbeeld kan worden opgevat als een verwijt, een compliment of een afwijzing.

In de resultaten valt op dat het praten over onderwerpen die belangrijk zijn voor een bewoner, zorgen voor een bijdrage aan het vervullen van de behoefte aan verbondenheid. Hierbij is het niet zo dat de onderwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn alleen door de bewoner zelf aangesneden kunnen worden. Door tijdens de zorghandelingen een algemeen praatje te maken met de bewoner, krijgen de verzorgden regelmatig te horen waar de bewoner op dat moment mee zit. Zo was er een bewoner die op de vraag, heeft u lekker geslapen, van de verzorgende begint te vertellen dat hij erg veel pijn had gehad afgelopen nacht en daardoor slecht had geslapen. Doordat de verzorgende hier aandacht voor had en er verder op inging kon de bewoner gevoelens van begrip ervaren, wat bevorderend was voor het ervaren van verbondenheid.

Tevens viel op dat door belangstelling te tonen voor belangrijke onderwerpen, onzekere gevoelens van de bewoner afnamen. Een voorbeeld hiervan is een bewoonster die gerustgesteld wordt door de verzorgende, doordat de verzorgende aangeeft dat ze de tijd waarop de bewoonster klaar moet zijn, gemakkelijk gaan halen. Doordat de verzorgende hier aandacht aan besteedde kon de bewoonster de aandacht op de ander richten in plaats van op zichzelf, waardoor de bewoonster haar behoefte aan verbondenheid kon vervullen. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met het onderzoek van Reis et al. (2000) die stellen dat het ervaren van begrip en het vermijden van onzekere gevoelens leiden tot een gevoel van verbondenheid.

Naast het praten over onderwerpen die belangrijk zijn voor de bewoner, blijkt dat het praten over ditjes en datjes ook leidt tot een gevoel van verbondenheid. Zo viel in de resultaten op dat een bewoonster gevoelens van verbondenheid ervoer nadat de zij en de verzorgende een gesprek hadden gehad over haar kerstboom. De bewoonster kon door het praten over de kerstboom ervaren

dat ze deel uit maakte van een gemeenschappelijke activiteit, omdat de verzorgende onder andere aangaf dat ze in de woonkamer ook al een kerstboom hadden staan. Het gevoel, deel uit te maken van een gemeenschappelijke activiteit, leidt volgens Reis et al. (2000) tot een gevoel van verbondenheid. Een andere bewoner kon door het praten over voetbal deelnemen aan een plezierige activiteit, omdat hij en de verzorgende die avond ervoor naar de voetbal hadden gekeken. Daarnaast kon hij ook het gevoel ervaren dat hij deel uitmaakte van een gemeenschappelijke activiteit, omdat bleek dat de verzorgende ook naar de voetbal had gekeken en hij hierover met haar kon praten. Beide gevoelens, zorgden ervoor dat de bewoner zijn behoefte aan verbondenheid kon vervullen, want volgens Reis et al. (2000) leidt het deelnemen aan plezierige activiteit en het participeren in een gemeenschappelijk activiteiten tot het ervaren van een gevoel van verbondenheid. Deze bevinding sluit aan bij de bevindingen van Leunis en de Goeij (2009) die stellen dat iedereen graag wil vertellen wat hij die dag heeft meegemaakt, wat hij leuk vindt en wat hij van de actualiteiten vindt en dat het praat hierover leidt tot het vervullen van behoeftes.

Een derde communicatiestructuur die volgens de resultaten leidt tot een gevoel van verbondenheid is het gebruiken van humor. Deze bevinding is in overeenstemming met onderzoek van Seaward (1992) die stelt dat het gebruiken van humor leidt tot een algemeen gevoel van welbevinden. Eén van de bewoners paste bijvoorbeeld humor toe om onzekere gevoelens te vermijden omtrent het scheren. Door een grapje te maken over het scheren was de bewoner in staat om de aandacht op de ander te kunnen richten in plaats van op zichzelf, wat volgens Reis et al (2000) leidt tot een gevoel van verbondenheid. Daarnaast viel in verschillende fragmenten op dat wanneer de verzorgende en de bewoner samen lachen om bijvoorbeeld een uitspraak van de bewoonster, dit kan worden opgevat door de bewoner als het tonen van interesse en warmte door de verzorgende. Wanneer dit zo werd opgevat door de bewoner leidde het tot een gevoel aan verbondenheid, wat in overeenstemming is met onderzoek van Caris-Verhallen et al. (2000) en Besselink (2009).

Echter blijkt uit de resultaten dat humor ook gebruikt kan worden om gevoelens van stress en onzekerheid te verhogen. Zo was er een verzorgende die een wat cynische lach toonde na een grapje van een bewoner, waarbij hij aan de verzorgende vroeg of zij zijn vel er wel op wou laten zitten tijdens het scheren. Onderzoek van Seaward (1992) toonde aan dat wanneer humor op een cynische manier gebruikt wordt en zo opgevat wordt door de ontvanger dit leidt tot een toename van stressgevoelens. De resultaten uit deze interactie lijken de conclusie van Seaward (1992) te ondersteunen, gezien het feit de bewoner direct begon uit te leggen wat hij met het grapje bedoelde.

Tot slot viel in de resultaten op dat niet alleen de verzorgende de behoefte aan verbondenheid kan ondersteunen en bevorderen, maar dat de bewoner hier zelf ook een bijdrage in kan hebben. In diverse interacties kwam naar voren dat bewoners actief probeerden hun behoefte aan verbondenheid te vervullen. Zo werd er door een bewoner gebruik gemaakt van humor. Hierdoor ervoer hij minder gevoelens van onzekerheid en kon zo zijn behoefte aan verbondenheid vervullen. Deze bevinding is in overeenstemming met het onderzoek van Seaward (2011) die stelde dat humor onder andere kan worden gebruikt om met gevoelens van onzekerheid om te gaan en Reis et al. (2000) stellen dat het vermijden van onzekere gevoelens leidt tot een gevoel van verbondenheid. Daarnaast probeerde een aantal bewoners de cameravrouw actief te betrekken bij het gesprek. Eén van de bewoners vroeg bijvoorbeeld aan de cameravrouw of ze lekker had geslapen en probeerde daarmee een gesprek op gang te brengen. Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci

(2002) stellen dat verbondenheid het gevoel is dat zij om de ander geeft en dat zij bij een gemeenschap hoort. Door de cameravrouw te betrekken bij het gesprek kon de bewoonster hebben getracht te laten merken dat zij ook om andere mensen geeft, wat volgens Baumeister en Leary (1995), Ryan (1995) en Ryan en Deci (2002) zou leiden tot het ervaren van verbondenheid. Ook begonnen bewoners zelf interacties over belangrijke onderwerpen en ditjes en datjes. Zo begon één van de bewoonster te praten over haar zorgen rondom haar katheter, een andere bewoner begon te praten over het feit dat hij geheel links gehandicapt was en daardoor nog moeilijk kon bewegen en weer een andere bewoner begon te praten over het feit dat hij straks nog therapie had. Al deze interacties zorgden ervoor dat de bewoners zijn of haar behoefte aan verbondenheid kon vervullen.

De centrale onderzoeksvraag hoe communicatiestructuren worden gebruikt door verzorgenden, zodat de bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis zijn behoefte aan verbondenheid kan vervullen lijkt hiermee te worden beantwoordt. Custers et al. (2010) toonden aan dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt bij het vervullen van de drie psychologische basisbehoeften. Het was echter onduidelijk waardoor deze behoeften werden vervuld. Vanuit literatuuronderzoek kwam naar voren dat Reis et al. (2000) zeven sociale factoren hadden gevonden die een bijdrage leveren aan het ervaren van verbondenheid. Hier ontbrak het echter aan mogelijkheden hoe deze factoren konden worden toegepast. Dit onderzoek heeft een interessante bijdrage geleverd aan de bestaande literatuur ten aanzien van behoeften vervulling en de mogelijke rol van communicatie daarin. Zo heeft dit onderzoek laten zien dat er drie communicatiestructuren zijn, die gebruikt kunnen worden door verzorgenden zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen de mogelijkheid krijgen om hun behoefte aan verbondenheid vervullen. Deze drie structuren zijn;

1. Interesse tonen en praten over onderwerpen die belangrijk zijn voor de bewoners;
2. Praten over ditjes en datjes;
3. Het gebruik van humor.

Deze communicatiestructuren zijn hiermee een aanvulling op de al bestaande literatuur van Custers et al. (2010) en Reis et al. (2000) en laten zien dat er door de verzorgende specifieke structuren kunnen worden toegepast om de bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis zijn behoefte aan verbondenheid te laten vervullen. Volgens Kasser en Ryan (1999) leidt het ervaren van verbondenheid tot een groter welbevinden. Dit onderzoek laat zien dat verbondenheid ervaren kan worden door; het tonen van interesse en het praten over onderwerpen die belangrijk zijn voor de bewoners, het praten over ditjes en datjes en het gebruiken van humor. Het algemeen welbevinden van een bewoner kan hiermee gestimuleerd worden, wat er voor zal zorgen dat de bewoner zich geestelijk 'wel' zal bevinden. Door het toepassen van de drie communicatiestructuren kan een bewoner van een verpleeg- of verzorgingshuis dus een hogere mate van geestelijk welbevinden ervaren.

5.2 Beperkingen en aanbevelingen

Hoewel de bevindingen in overeenstemming zijn met de onderzoeken van Seaward (1992), Grainger (1993), Caris-Verhallen (2000), Reis et al. (2000), Nispen et al. (2005), Besselink (2009) Custers et al. (2010), ITASC (2011) en van Marwijk (2011) zijn er tal van factoren die als kanttekening kunnen worden geplaatst bij de conclusie van dit onderzoek. Door deze kanttekeningen toe te lichten, en daarbij relevante aanbevelingen te doen, wordt verwacht dat in de toekomst een meer

betrouwbare uitspraak gedaan kan worden over de relatie van communicatiestructuren en de ondersteuning of bevordering van de basisbehoefte verbondenheid.

Huidig onderzoek had als doel de toepassing van communicatiestructuren te onderzoeken die vanuit de literatuur werden beschreven als mogelijkheden om de behoefte aan verbondenheid te vervullen. Echter zijn er met betrekking tot het onderzoek een aantal beperkingen.

Met betrekking tot de respondentengroep moet worden opgemerkt deze zeer klein is waardoor het moeilijk is de resultaten te generaliseren. Daarbij moet echter de vraag worden gesteld of een grotere respondentengroep tot andere resultaten had geleid. Uit vrijwel alle filmpjes kwamen soortgelijke resultaten. Opvallend was telkens dat het praten over onderwerpen die belangrijk waren voor de bewoner, het praten over ditjes en datjes en het gebruik van humor leidde tot een toename van het gevoel van verbondenheid. Echter zal een grotere respondenten groep wel leiden tot beter onderbouwde conclusie. Tevens zal een grotere respondenten groep de generaliseerbaarheid verhogen.

Tijdens het selecteren van de case studies voor het onderzoek is gestreefd naar zoveel mogelijk diversiteit. Daarbij moet als kanttekening worden geplaatst dat het moeilijk is om bewoners en verzorgenden met elkaar te vergelijken en hieraan conclusies te bevinden. Ieder mens is uniek en zoals in paragraaf 2.3.2 beschreven staat is de vervulling van de behoefte aan verbondenheid voor ieder individu anders. Dat voor ieder individu op een andere manier de behoefte aan verbondenheid vervuld wordt maakt het des te lastiger om de resultaten met elkaar te vergelijken. Echter is met behulp van literatuur geprobeerd communicatiestructuren te selecteren waar specifiek naar is gekeken, waardoor in een bepaalde mate gecontroleerde vergelijkingen konden worden gedaan. Met betrekking tot vervolg onderzoek is het aan te bevelen om fragmenten te gaan vergelijken van eenzelfde bewoner en/of eenzelfde verzorgende. Door fragmenten van één bewoner met verschillende verzorgende te vergelijken kunnen de verschillende werkwijzen van de verzorgenden met elkaar vergeleken worden en kan men een meer gedegen uitspraak doen over welke werkwijze nou het meest passend is voor het vervullen van de behoefte aan verbondenheid. Door fragmenten van één verzorgende met meerdere bewoners te vergelijken kan worden onderzocht of de werkwijze die gehanteerd wordt eenzelfde effect heeft op de diverse bewoners. Tot slot kan het vergelijken van verschillende fragmenten tussen eenzelfde bewoner en eenzelfde verzorgende inzicht geven in de het effect van de stemming waarin iemand zich bevindt op het vervullen van de behoefte aan verbondenheid. Tevens kan door het vergelijken van eenzelfde bewoner met eenzelfde verzorgende het effect van omgevingsfactoren worden bepaald.

De video-opnames zijn allen gemaakt tijdens de ochtendzorg. Het is zeer zeker mogelijk dat de vervulling van de basisbehoeften gedurende andere momenten van de dag ook plaatsvindt of juist gehinderd wordt. Het is dan ook aan te bevelen dat vervolgonderzoek video-opnames gaat vergelijken van zorg gedurende meerdere momenten per dag. Mogelijk zijn daar andere bevindingen uit te halen, mede omdat het om hele andere (zorg)handelingen gaat dan tijdens de ochtendzorg, waar het voornamelijk om opstaan, douchen en aankleden gaat.

Het gebruik van subjectieve beoordelingen van de onderzoeker maakt het lastig om de resultaten te generaliseren. Hoewel daarbij getracht is zoveel mogelijk op een gestandaardiseerde wijze te werken is het onmogelijk om alle subjectieve componenten te ondervangen. Hoe de resultaten zijn geanalyseerd is dan ook voor een deel bepaald door hoe de onderzoeker de fragmenten interpreteert. Echter is door het gebruik van literatuur getracht de subjectieve interpretatie zoveel mogelijk te controleren. Veel van de bevindingen komen overeen met resultaten uit eerdere

onderzoeken. Het is aan te bevelen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een vragenlijst waarop de respondent kan aangeven in welke mate hij of zij vindt dat zijn of haar behoefte vervuld is. Hiermee kan de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot worden. Daarnaast is het aan te bevelen een checklist te ontwikkelen voor onderzoekers waarop zij per interactie of fragment aan kunnen geven of er aan bepaalde communicatiestructuren wordt voldaan of niet. Door gebruik te maken van een checklist kan de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid vergroot worden.

Dit onderzoek heeft getracht een specifieke component van het psychologisch welbevinden te stimuleren namelijk, verbondenheid. Echter maakt het onderzoeken van één component dat de onderzoeker vaak een bril opzet die bepaald hoe diverse resultaten geïnterpreteerd worden. Daarbij kan het zo zijn dat wat voor de vervulling van verbondenheid stimulerend is voor de vervulling van autonomie of competentie beperkend is. Zo blijkt uit onderzoek van, van de Kempe (2011) dat het samen uitvoeren van zorghandelingen niet bevorderend is voor de autonomie. Echter is het samen uitvoeren van een zorghandeling wel bevorderend voor de verbondenheid. Een aanbeveling is dan ook om met betrekking tot de andere twee componenten van het psychologisch welbevinden, autonomie en competentie, een soortgelijk onderzoek uit te voeren, waarna een onderzoek op breed niveau gedaan wordt waarbij de vervulling van het psychologisch welbevinden centraal staat en de resultaten onderling vergeleken kunnen worden.

Tot slot zijn er een aantal aanbevelingen ten aanzien van de dagelijkse praktijk. Uit dit onderzoek komt naar voren dat verzorgenden een bijdrage kunnen leveren aan het vervullen van de behoefte aan verbondenheid. Caris-Verhallen et al. (2000) toonden aan dat door middel van training de communicatie van verzorgenden beïnvloed kan worden en daardoor beter aansluit op de behoeften van de bewoners. De eerste aanbeveling die hier op volgt is dat de verzorgenden van bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen worden opgeleid in het geven van persoon georiënteerde verzorging met betrekking tot de drie basisbehoeften. Enkele inhoudelijke aspecten die in deze training meegenomen zouden moeten worden op het gebied van communicatie met betrekking tot de vervulling van de behoefte aan verbondenheid is:

- Het tonen van interesse in, en het praten over onderwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn;
- Het praten over ditjes en datjes;
- Het gebruik van humor;
- Het praten in termen van 'we' of 'ik' of 'u'.

Een tweede aanbeveling is dat er samen met de verzorgenden gekeken gaat worden wat er anders kan in de communicatie tijdens de zorg. Een middel om dit mee te doen is video-interactiebegeleiding. Door middel van video-interactietraining kan de verzorgende zich bewust worden van zijn of haar reactie op de bewoner. Daarbij kan dan worden onderzocht hoe de verzorgende anders kan communiceren met de bewoner. Tevens kan de verzorgende er zo aan bijdragen dat de bewoner optimaal wordt gestimuleerd en ondersteund wordt in het vervullen van de psychologische basisbehoeften. Tijdens het bespreken van de mogelijkheden voor het verbeteren van de communicatie zal wel gekeken moeten worden wat haalbaar is met betrekking tot de personeelstekorten en de tijdsdruk waarmee de verzorgende moet werken.

6 Bronnen

Baumeister, R. & Leary, M. (1995). The need to belong. Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

van Beek, S. (2008). *Kwaliteit van leven in verpleeghuizen voldoende?* Ontleed op 7 juni 2011, van: <http://www.medicalfacts.nl/2008/02/11/kwaliteit-van-leven-in-verpleeghuizen-voldoende/>

Besselink, E. (2009). *Effect van Sociale Verbondenheid op de Motivatie en de Prestatie door Gebruik van een Weblog*. Doctoraalscriptie. Onderwijswetenschappen, Open universiteit Nederland, Amsterdam.

Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). A Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Psychological Medicine*, 30 (3), 57-668.

Blazis, M. (2005). *Deel 2: kwalitatief onderzoek naar de gesprekken van de I&A-lijn met behulp van conversatieanalyse*. Doctoraalscriptie. Universiteit Utrecht, Utrecht.

Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S., Mervielde, I. & van Hiel, A. (2006) *Sociale psychologie*. Gent: Academia Press.

van de Broeck, A., Vansteenkiste, M., de Witte, H., Lens, W. & Andriessen, M. (2009) De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en organisatie*, 22 (4), 316- 355.

Brouwer, W., Hoefman, R. & van Exel, J. (2011). *Bezuinigingen zonder visie leidt tot verschraling ouderenzorg*. Ontleend op 17 mei 2011, van: http://www.refdag.nl/opinie/bezuinigingen_zonder_visie_leidt_tot_verschraling_ouderenzorg_1_543639

Bruijne, L., Weterings, K., Brunenberg, D. & Bareman, R. (2008). Kwaliteit van leven. Infokaart. Ouderenmonitor Zeeland 2007. *GGD Zeeland*. Ontleend op 17 mei 2011, van: http://www.ggdzeeland.nl/dbdocs/fileattachment_696.pdf

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A. & Bensing, J.M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 915-933.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Grypdonck, M.H.F. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient education and counseling*, 39, 91-103.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., van der Heijden, P.G.M. & Bensing, J.M. (1998). Nurse-Elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 95-108.

- Carpentier, M. (1987). *Communicatie*. Benelux: Pearson Education.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Ouderen wonen steeds langer zelfstandig*. Ontleend op 15 juli 2011, van: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3434-wm.htm>
- Custers, A.F., Westerhof, G.J. Kuin, Y., Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14, 731-739.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Publishing Co.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Eisses, A.H. (2005). *Depressie bij verzorgingshuisbewoners: prevalentie, incidentie, risicofactoren en effecten van vroegsignalering*: Doctoraalscriptie. MW, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Enders-Slegers, J.M.P. (2000). *Een leven lang goed gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen*. Doctoraalscriptie. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Evelein, F. (2005) *Psychologische basisbehoeften van docenten-in-opleiding. Een onderzoek naar het verband tussen de basisbehoeftenvervulling van docenten-in-opleiding, hun interpersoonlijk functioneren en de inzet van kernkwaliteiten*. Nieuwegein: Budde-Elinkwijk Grafische Producties.
- Goudsblom, J. (2010). *Wat vindt de oudere patiënt belangrijk in de bejegening door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen*. Doctoraalscriptie. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Grainger, K. (1993). "That's a lovely bath dear": Reality construction in the discourse of elderly care. *Journal of aging studies*, 7 (3), 247-262.
- Gurin, G.J., Veroff, J. & Feld, S.(1960). *Americans view Their Mental Health*. New York: Basic Books.
- ten Have, P.(1999). *Een basisprocedure voor conversatie-analytisch onderzoek*. Ontleend op 6 september 2011, van: www.paultenhaven.nl/basis.htm
- Howitt, D. & Cramer, D. (2007). *Methoden en Technieken in de psychologie*, druk 1. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Interactum Lectoraat (2004). *Integrale ontwikkeling van scholen en opleidingen*. Ontleend op 25 juli 2011, van: <http://kennisbank.lectoraat.nl/index.cfm?page=3%2E15+Basisbehoeften+van+individueel>

ITASC (z.j.). Communicatievormen. Ontleend op 25 juli 2011, van: <http://www.competentietest.com/trainotheek/ob/Communicatievormen.pdf>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jansen, E. (2009). *Effectieve communicatie, mythe of werkelijkheid?* Ontleend op 25 juli, van: <http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:3571/DS2/>

Jansen, J. & van Weert, J. (2008). Effectieve communicatie met oudere patiënten met kanker. Leermenu Ouderen & Kanker, module Communicatie, theoretisch kader.

Jeronimus, J. (2003). *Het belang van nonverbale communicatie*. Ontleend op 29 juli 2011, van: <http://www.pedagogiek.net/content/artikel.php?contentID=720>

Jonker, J.J., Sadiraj, K., Woittiez, I., Ras, M. & Morren, M. (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Sociaal en Cultureel planbureau. Den Haag.

Kasser, V.M. & Ryan, R.M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to health, vitality, well-being and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.

van de Kempe, L. (2011). Behoeftevervulling in de ouderenzorg. De invloed van communicatie in het vervullen van psychologische basisbehoefte autonomie bij bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis. . Masterthesis. Universiteit Twente, Enschede.

Keyes, C.L.M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.

Klerk de, M. (2005). *Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Sociaal en Cultureel planbureau. Den Haag.

Kruijshaar, M.E., Hoeymans, N., Bijl, R.V., Spijker, J. & Essink-Bot, M.L. (2003). Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Journal of Affective Disorders*, 77 (1), 53-64.

Leunissen, A. & de Goeij, A. (2009). *Creëer ruimte voor basale behoeftes*. Zorginstellingen. Ontleend op 25 april 2011, van: <http://www.zorginstellingen.nl/wp-content/uploads/2009/12/38-39-Publicaties-De-vlinder-tilt-de-kat-op.pdf>

Liukkonen, A. (1992). Base care of demented patients living in institutions. *Journal of clinical Nursing*, 1, (6), 345-350.

van Marwijk, F. (z.j.). Stem en stemming. Ontleend op 26 september 2011, van:
<http://www.lichaamstaal.nl/toon.html>

Mazeland, H. & Sauer, C. (1995). Communiceren, waarnemen, analyseren: bijdragen tot het taalbeheersingsonderzoek. Rijksuniversiteit Groningen. Groningen.

Merten, H., van Beek, A.P.A., Gerritsen, D.L., Poortvliet, M.P., de Leeuw, J.R.J. & Wagner, C. (2007). *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*. Utrecht: NIVEL.

van Nispen, R.M.A., Beek van, A.P.A. & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek*. Utrecht: NIVEL.

Ong, L.M.L., Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science Medicine*, 40, (7), 903-918.

Poortvliet, M.C., van Beek, A.P.A., de Boer, M.E., Gerritsen, D.L., Wagner, C. (2006). Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. Utrecht: NIVEL.

Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily wellbeing: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.

Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3).

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55,(1), 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). *Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective*. In E. L. Deci & R. M. Ryan (2001), *Handbook of selfdetermination research* (pp. 3-33). Rochester: The University of Rochester Press.

Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69 (4), 719-727.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.

Schwartz, N. & Clore, G. (1983). Mood, Misattribution, and Judgments of Well-Being: Informative and directive Functions on Affective States. *Journal of personality and Social Psychology*, 45 (3), 513-523.

Seaward, B.L. (1992). Humor's Healing Potential. *Health Programme*, 73, 66 – 70.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Smalbrugge, M., Jongenelis, K. Pot, A.M., Eefsting, J.A., Ribbe, M.W. & Beekman, A.T.F. (2006). Incidentie en beloop van depressie bij verpleeghuispatienten. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 31(5), 40.

Staab, A.S. & Hodges, L.C.(1996). *Essentials of Gerontological Nursing: adaptation to the aging process*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152 (9), 1423-1433.

SvH (z.j.). *Passie voor horeca. Verbale communicatie*. Ontleend op 29 juli 2011, van: <http://passie.horeca.nl/fav/09%20Verbale%20communicatie.pdf>

Trimbos (2010). *Gevolgen depressie*. Ontleend op 13 juni 2011, van: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/gevolgen>

Vallerand, R.J., O'Conner, B.P. & Blais, M.R. (1989). Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low selfdetermination nursing homes. *The International Journal of Aging and Human Development*. Volume 28 (4), 277-283.

Van Dale (2005). *Van Dale woordenboek van de Nederlandse Taal- Editie 14*. Utrecht : Van Dale Lexicografie

van Weert, J., Jansen, J., de Best, A., Posma, E., Noordman, J., de Groot, J., van der Meulden, N. & van Dulmen, S. (2005). *In gesprek over chemotherapie deel 1. Handvatten voor patiëntgerichte verpleegkundige voorlichting aan ouderen met kanker*. Utrecht: Nivel.

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.

World Health Organization (2009). *Mental Health: a state of well-being*. Ontleend op 25 april 2011, van: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of assessment*. Ontleend op 25 april 2011, van: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Zeeuwmeew (2010). *Communicatie, de non-verbale signalen van lichaamstaal*. Communicatie onderdeel van Mens en samenleving. Ontleend op 29 april 2011, van: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/communicatie/10016-communicatie-de-non-verbale-signalen-van-de-lichaamstaal.html>.

Bijlage 1

Transcriptieconventies

(1,5)	Een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes (indien tussen 2 beuren dan op een aparte regel .
(.)	Stilte korter dan 0.2 seconde
Tekst= = tekst	Geen waarneembare stilte tussen de beuren van twee op elkaar volgende sprekers.
[spreker 1] [spreker 2]	Deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt
.	De punt wijst op een dalend intonatieverloop aan het eind van het betreffende utingsdeel
,	De komma wijst op een licht stijgend intonatieverloop
?	het vraagteken wijst op een sterk stijgende intonatie aan het einde van het betreffende utingsdeel (het hoeft hier niet om een vraag te gaan)
!	Uitroepeten: de spreker produceert het betreffende deel met een uitroepachtige prosodie
↑	toonbeweging omhoog (voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep)
↓	toonbeweging omlaag (voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep)
Aksent	de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
Re::kken	de betreffende (mede)klinker is opvallend langer dan normaal
LUID	de in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken
°zacht°	relatief zacht uitgesproken (als een fragment steeds zachter wordt, markeren met afsluitende rondjes: °steeds zachter°°)
.hHh.	duidelijk waarneembare inademing; elke h staat voor een duur van ongeveer 0.2 van een seconde. De hoofdletter H staat voor een relatief luidere inademing of een deel ervan
((snuift))	karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen (handelingen, kuchten, ironie, gezichtsuitdrukkingen)

- () spreker zegt iets dat de maker van het transcript niet kan verstaan
- (iets) de transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst