

Onderzoek naar de relatie tussen specifieke, positieve herinneringen, welbevinden, eenzaamheid en depressie bij zorgbehoevende ouderen in verzorgingstehuizen, met behulp van de life-review interventie 'Dierbare herinneringen'.

Carolien Balvers

s1258850

Bachelorthese

Juni 2014

Universiteit Twente

Faculteit der Gedragwetenschappen

Opleiding Psychologie

Begeleiders:

S.D. Bachoe, MSc.

dr. J.Korte

Inhoudsopgave

1. Samenvatting + abstract	3
2. Inleiding	5
2.1 Positieve psychologie	5
2.2 Welbevinden	6
2.3 Reminiscentie	7
2.4 Eenzaamheid	7
2.5 Depressie	8
2.6 Verband tussen de concepten	9
2.7 Wetenschappelijke relevantie	10
2.8 Hoofdvraag & deelvragen	11
2.9 Hypothesen	11
3. Methode	12
3.1 Participanten	12
3.2 Meetinstrumenten	12
3.2.1 MHC-SF	13
3.2.2 GDS-8	13
3.2.3 ES	14
3.3 Interventie & Procedure	15
3.4 Statistische analyse	16
4. Resultaten	18
4.1 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van eenzaamheid?	20
4.2 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van depressie?	20
4.3 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het gevoel van welbevinden?	20
5. Discussie	22
5.1 Conclusie	22
5.2 Opvallende bevindingen	24
5.3 Sterke punten en kanttekeningen	25
5.4 Aanbevelingen	26
6. Referenties	28

1. Samenvatting + abstract

INLEIDING Veel ouderen in verzorgingstehuizen ervaren gevoelens van eenzaamheid. Deze gevoelens leiden in veel gevallen tot gevoelens van depressie. Het is bovendien bekend dat eenzaamheid en depressie een rol kunnen spelen bij het ervaren van verminderd welbevinden bij ouderen. Met behulp van de life-review interventie ‘Dierbare herinneringen’ wordt getracht het welbevinden van ouderen op een positieve manier te beïnvloeden. Dit onderzoek richt zich op het ophalen van specifieke, positieve herinneringen, met als doel het beïnvloeden van gevoelens van eenzaamheid, depressie en welbevinden.

METHODE Er zijn vragenlijsten afgenomen bij 25 respondenten van 65+, wonende in verzorgingstehuizen. Voorafgaande aan de interventie was er een voormeting en na afloop een nameting, waarbij welbevinden, eenzaamheid en depressie zijn gemeten. Er zijn One-Way ANCOVA’s uitgevoerd om te onderzoeken of de interventie effect heeft gehad op de concepten eenzaamheid, depressie en welbevinden. Daarnaast zijn er Paired Samples t-tests uitgevoerd om te kijken naar de effecten binnen de experimentele groep en de controlegroep.

RESULTATEN Er zijn geen significante effecten van de interventie gevonden ten aanzien van de controlegroep. Eenzaamheid had een significantieniveau van $p = 0.417$, depressie van $p = 0.874$ en welbevinden van $p = 0.194$. In zowel de experimentele groep als de controlegroep zijn er wel verminderingen van de gevoelens van eenzaamheid en depressie gevonden. Hierbij is alleen bij de afname van het gevoel van depressie een significante waarde gevonden, $p = 0.011$, verder waren er geen significante effecten.

CONCLUSIE Dit onderzoek laat zien dat het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen geen effect heeft op de ervaren gevoelens van eenzaamheid, depressie en welbevinden bij ouderen in verzorgingstehuizen. Er zijn echter nog voldoende aanknopingspunten om verder onderzoek te verrichten binnen dit onderzoeksdomein.

INTRODUCTION A lot of the elderly in nursing homes experience feelings of loneliness. These feelings of loneliness cause feelings of depression in a lot of cases. It is also known that loneliness and depression can play a role in the experience of reduced well-being. Using the life-review intervention 'Dierbare herinneringen' it is tried to influence the feeling of well-being of the elderly in a positive way. This research focuses on recollecting specific, positive memories. The goal is to influence the feelings of loneliness, depression and well-being.

METHOD There were questionnaires completed by 25 participants in the age of 65+, living in nursing homes. Before the intervention started there was a measurement and after the intervention ended there was another measurement, where the constructs loneliness, depression and well-being have been measured. One-Way ANCOVA's have been carried out to examine the effects of the intervention on loneliness, depression and well-being. Besides that, Paired Samples t-tests have been carried out to take a closer look at the effects of the intervention on both the experimental group and the control group.

RESULTS No significant effects of the intervention have been found with respect to the control group. For loneliness a significance value of $p = 0.417$ was found, for depression $p = 0.874$ and for well-being $p = 0.194$. In both the experimental and the control group there were reduces of the feelings of loneliness and depression. Just the decrease of feelings of depression in the control group was found to be significant, $p = 0.011$.

CONCLUSION This research shows that recollecting of specific, positive memories, in a structured way, has no effects on the feelings of loneliness, depression and well-being, experienced by the elderly living in nursing homes. However, there are still sufficient starting points, from where further research can be performed.

2. Inleiding

Binnen de positieve psychologie wordt de nadruk gelegd op de invloed en consequenties van positieve gevoelens en emoties. Binnen deze stroming wordt gebruik gemaakt van de narratieve methode, waar de rol van verhalen die mensen vertellen centraal staat. In dit onderzoek wordt onderzocht of het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen een positieve invloed heeft op het welbevinden van ouderen en of het gevoelens van eenzaamheid en depressie vermindert. Een groot deel van de ouderen in verzorgingstehuizen ervaart namelijk gevoelens van eenzaamheid, welke kunnen leiden tot gevoelens van depressie. Dit leidt in veel gevallen tot een gevoel van verminderd welbevinden.

2.1 Positieve psychologie

In de psychologie worden negatieve emoties en ervaringen vaak als meer urgent beschouwd dan positieve emoties en ervaringen. Op deze manier wordt er weinig ruimte gelaten voor de positieve emoties (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Deze focus op negatieve emoties en ervaringen zou van evolutionair belang zijn. Negatieve emoties weerspiegelen immers huidige problemen of gevaren, het is een soort alarm voor de buitenwereld. Zodra er negatieve emoties zichtbaar zijn, is de buitenwereld gewaarschuwd dat er iets aan de hand is en kan er zo nodig iets aan de problematiek gedaan worden. Als mensen zich goed aanpassen aan de wereld is een dergelijk alarm niet nodig, er zijn immers geen negatieve emoties. Bij deze traditionele manier van de psychologie wordt de nadruk dus sterk gelegd op de negatieve emoties. Binnen de psychologie bestaat er ook een stroming die juist de nadruk legt op de positieve emoties, de positieve psychologie. Het doel van positieve psychologie is te begrijpen welke factoren ervoor zorgen dat individuen, gemeenschappen en samenlevingen bloeien of opleven, en om deze factoren te bevorderen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De focus ligt hierbij dus op de positieve emoties, die ervoor zorgen dat individuen en gemeenschappen zich goed voelen. Positieve emoties dienen hierbij als een soort markers of signalen van de bloei of het optimale welbevinden (Fredrickson, 2011). Het bestuderen van deze positieve emoties zorgt ervoor dat we kunnen leren hoe deze positieve emoties kunnen dienen als een buffer tegen mentale stoornissen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Oftewel, als er meer positieve emoties aanwezig zijn, is er een soort weerstand tegen de negatieve emoties en op deze manier ontstaat er een buffer tegen mentale stoornissen, welke worden gekenmerkt door met name negatieve emoties. Door het bestuderen van de positieve emoties wordt er ook geleerd hoe individuen en gemeenschappen niet alleen kunnen voortbestaan, maar ook hoe ze kunnen gaan opleven, door te focussen op positieve emoties

(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positieve emoties hebben langdurige consequenties, het zijn verbanden voor individuele groei en sociale verbinding (Fredrickson, 2011).

Narratieve psychologie is een stroming binnen de positieve psychologie die zich bezig houdt met verhalen die mensen over zichzelf vertellen. Narratief onderzoek heeft vaak een emancipatoire doelstelling: jezelf vrij te maken, gericht op het stem geven aan ontbrekende verhalen of op het genereren van nieuwe verhalen. Deze verhalen worden hierbij gebruikt als een middel voor verandering, op sociaal of persoonlijk gebied (Sools, 2012). De narratieve methode wordt voor verscheidende doeleinden gebruikt. Zo wordt het toegepast als psychotherapie en wordt het gebruikt in organisaties en bij onderwijsontwikkeling.

In dit onderzoek zal er gekeken worden naar de effectiviteit van een interventie die is gebaseerd op de narratieve methode. Door middel van het ophalen van specifieke, positieve herinneringen wordt er getracht het welbevinden van 65+'ers te verhogen. Door op een gestructureerde wijze deze specifieke, positieve autobiografische herinneringen op te halen wordt de narratieve onderzoeksmethode in de praktijk gebracht.

2.2 Welbevinden

Welbevinden is een begrip dat vele domeinen beslaat. Zo gaat het over de verwezenlijking van iemands doelen, de positieve zelfevaluatie die iemand over zichzelf of zijn verleden maakt, de capaciteit om persoonlijke problemen op te kunnen lossen, de capaciteit om adequate sociale relaties op te bouwen en te onderhouden, de mate van zelfbeschikking en de overtuiging dat het leven zinvol en van betekenis is (Fastame & Penna, 2013).

Een ervaring van verminderd welbevinden kan zeer nadelige effecten hebben, aangezien positief psychologisch welbevinden een bevorderlijk effect heeft op het overleven bij zowel gezonde als zieke populaties (Chida & Steptoe, 2008). Positief welbevinden lijkt individuen te beschermen tegen fysieke achteruitgang op latere leeftijd (Ostir et al., 2000), het wordt positief geassocieerd met een betere fysieke gezondheid (Bolier et al., 2013). Bovendien is een hoge mate van welbevinden gerelateerd aan positieve uitkomsten op vele levensgebieden (Lyobomirsky, King & Diener, 2005).

Het is bekend dat depressie en eenzaamheid een rol kunnen spelen bij het ervaren van verminderd welbevinden onder ouderen. Vooral gevoelens van eenzaamheid kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van fysieke en mentale problemen. Als gevoelens van eenzaamheid voor langere tijd aanhouden, kan dit ertoe leiden dat personen een verminderd welbevinden ervaren (Khorsid et al., 2004).

2.3 Reminiscentie

Remiscentie is een toepassing gebaseerd op de narratieve methode. Remiscentie is een natuurlijk verlopend proces, waarbij het verleden opnieuw wordt opgeroepen. Hierbij worden dierbare, positieve herinneringen opnieuw in het geheugen gehaald. Op deze manier wordt op een natuurlijke manier de balans van het leven opgemaakt (Butler, 1963). Volgens Butler (1963) heeft remiscentie een positieve functie bij het helpen van een persoon om het eens te worden over onopgeloste conflicten uit het verleden en met de aankomende kwetsbaarheid en dood. Het proces van remiscentie zou hierbij functioneel zijn voor de mentale gezondheid van ouderen. Butler suggereerde dat alle mensen tegen het eind van hun leven betrokken raken in een proces waarbij ze terugkijken op hun leven in een poging zich te identificeren en om het eens te worden over gebeurtenissen die in het verleden niet zijn opgelost (Butler, 1963). Op deze manier helpt remiscentie de ouderen bij het vinden van rust en om in het reine te komen met zichzelf. Deze manier van remiscentie wordt ook wel life-review genoemd. Het proces van remiscentie kan een goede manier zijn om detectie en behandeling te verbeteren voor ouderen die gevoelens van depressie ervaren (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003). In onderzoek van Korte et al. (2012) is tevens aangetoond dat het op deze manier trainen van het autobiografisch geheugen een positief effect heeft op angstklachten en eenzaamheid.

Met behulp van de nieuwe life-review interventie ‘Dierbare herinneringen’ wordt getracht het welbevinden van oudere mensen op een positieve manier te beïnvloeden. Deze interventie is gericht op remiscentie, waarbij op een gestructureerde wijze specifieke, positieve herinneringen worden opgehaald, met als doel het verbeteren van de levenskwaliteit van ouderen op vele gebieden, waaronder eenzaamheid en depressie.

2.4 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een steeds groter wordend probleem in Nederland, met de vergrijzing als een van de oorzaken. Eenzaamheid is een situatie die door een individu als onaangenaam of als een ontoelaatbaar gebrek aan (kwaliteit van) bepaalde relaties wordt ervaren. Dit omvat situaties waarbij het aantal bestaande relaties kleiner is dan als wenselijk wordt beschouwd, als ook situaties waarbij de intimiteit die iemand wenst niet wordt gerealiseerd. Eenzaamheid beïnvloedt dus de manier waarop een individu zijn of haar isolatie en gebrek aan communicatie met andere mensen waarneemt, ervaart en evalueert (De Jong-Gierveld, 1998).

In Nederland voelen ruim anderhalf miljoen mensen zich zeer eenzaam (Kenniscentrum, 2014). Het grootste deel van deze groep mensen is alleenstaand, veelal betreft dit ouderen die nog alleen leven. Het verkrijgen van een oudere leeftijd gaat vaak gepaard met gevoelens van eenzaamheid (Hacihasanoglu, Yildirim & Karakurt, 2012).

Eenzaamheid is het meest ervaren gevoel onder ouderen, het wordt meer ervaren dan alle andere mogelijke gevoelens (Öz, 2012). Dit houdt in dat er gesproken kan worden van een groot probleem, aangezien veel ouderen aangeven eenzaam te zijn.

Verschillende onderzoeken hebben getracht te onderzoeken wat nou precies de gevolgen zijn van de ervaren gevoelens van eenzaamheid. Uit deze onderzoeken zijn diverse zorgwekkende resultaten naar voren gekomen. Zo heeft onderzoek van Cacioppo & Hawkley (2009) aangetoond dat eenzaamheid een risicofactor is voor, en kan bijdragen aan slechter algemeen cognitief functioneren, snellere cognitieve achteruitgang, slechtere executieve functies, verhoogde gevoeligheid voor sociale bedreigingen en meer negatieve en depressieve cognities. Ook heeft het een nadelig effect op sociale cohesie. Mensen die gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben daarnaast een verhoogd gebruik van passieve copingstijlen, wat weer een risicofactor is voor depressieve symptomen later in hun leven (Vanhalst et al., 2012). Het is bovendien aangetoond dat een hogere mate van eenzaamheid correleert met depressie, verminderde levenskwaliteit, minder sociale steun en in het bijzonder minder emotionele steun (Theeke et al., 2012). Mensen die later in hun leven te maken krijgen met deze depressieve klachten, hebben over het algemeen ook een slechtere fysieke gezondheid (Murrell et al., 1983; Cole, 1990). Dit zou op den duur weer kunnen leiden tot een verminderd psychologisch welbevinden (Beekman et al., 1997).

Tot slot wordt eenzaamheid geassocieerd met onoverkomelijke verliezen, inactiviteit, zinledigheid en sociale isolatie (Kirkeveld et al. 2013). Door het verouderen verkrijgen oudere mensen over het algemeen een meer passieve rol, waardoor het voor hen steeds lastiger wordt om aan dezelfde behoeften te voldoen als waaraan zij voorheen voldeden (Hacıhasanoğlu, Yildirim & Karakurt, 2012). Daarnaast worden deze oudere mensen nog verder geïsoleerd van de maatschappij doordat ze minder vertrouwen hebben in mensen, bang zijn om slachtoffer te worden van agressie en verminderde financiële steun hebben, wat hun gevoelens van eenzaamheid vergroot (Jylha, 2004). In een meta-analyse van 148 studies over de impact van sociale relaties, uitgevoerd door Holt-Lunstad, Smith en Layton (2010), kwam naar voren dat mensen met hechte sociale relaties met anderen 50% meer kans hebben om te overleven, dan mensen met slechte en/of minder relaties. Hieruit blijkt nogmaals hoe belangrijk het is dat ouderen sociale contacten met anderen kunnen hebben, dit verkleint namelijk de kans op eenzaamheid. Ervaren gevoelens van eenzaamheid kunnen grote gevolgen hebben op het leven van de ouderen, waaronder een verminderd welbevinden en gevoelens van depressie.

2.5 Depressie

Een depressieve stoornis kenmerkt zich door een hevig neerslachtig gevoel, welke het dagelijks functioneren aantast en minimaal twee weken aanhoudt (Trimbos Instituut, 2014).

Van de westerse bevolking heeft jaarlijks 4- 10% een depressie. 15- 17% van deze bevolking heeft ooit in het leven een depressie gehad (Trimbos Instituut, 2014). Depressie is een stoornis die veel voorkomt bij bejaarden (Cole & Dendukuri, 2003). Een zware depressie komt voor bij 1-3% van de ouderen en 8-16% heeft klinische symptomen van een zware depressie. (Cole & Dendukuri, 2003). Het is een stoornis die het leven voor hen op vele gebieden beperkt (Bohlmeijer, Smit & Cijpers, 2003). Uit onderzoek van Cole, Bellavance & Mansour (1999) bleek dat depressie een slechte prognose heeft bij oudere mensen. Het is vaak een chronische of terugkerende aandoening, welke in veel gevallen niet voldoende behandeld wordt.

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de gevolgen van depressie op het leven van ouderen. Ouderen die veel gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben een grote kans om ook gevoelens van depressie te ervaren (Theeke et al., 2012). Het is bovendien bekend dat depressie sterk kan bijdragen aan verminderd welbevinden bij ouderen (Beekman et al., 1997). De gevolgen van een verminderd welbevinden zijn aanzienlijk.

2.6 Verband tussen reminiscentie, eenzaamheid, depressie en welbevinden

Het proces van reminiscentie, en daarmee dus het ophalen van specifieke, positieve herinneringen, wordt gebruikt voor verschillende doeleinden. Een van die doelen is het verbeteren van de levenstevredenheid en –kwaliteit van ouderen (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003). Chaudhury (2003) heeft onderzoek gedaan bij zowel cognitief intacte als cognitief beperkte ouderen, waarbij hij ervoor pleit dat reminiscentie een rendabel middel is om vele meegemaakte gebeurtenissen tot een waardevol verhaal te maken. Door middel van reminiscentie zijn ouderen in staat om ervaren gebeurtenissen voor zichzelf tot een mooi, verrijkend verhaal te maken. Hij toonde hiermee aan dat reminiscentie een mogelijkheid is om de levenskwaliteit, en dus het welbevinden, van ouderen te verhogen (Chaudhury, 2003)

Bij een onderzoek naar het gebruik van reminiscentie is aangetoond dat groepstherapie die gebruik maakt van reminiscentie gevoelens van eenzaamheid doet verminderen, zowel direct na de therapie, als drie maanden daarna. (Chiang et al, 2012). De resultaten van dit onderzoek komen overeen met eerder uitgevoerd soortgelijk onderzoek van Liu & Guo (2007).

Er is in onderzoek eveneens al eens aangetoond dat reminiscentie bijdraagt in de reductie van depressiesymptomen bij oudere mensen (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Scogin & McElreath, 1994; Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit 2007; Piquart, Duberstein & Lyness, 2007). Ook in onderzoek van Chiang et al. (2010) is naar voren gekomen dat de mate van depressie significant verschilde tussen een groep die reminiscentietherapie had gehad en een controlegroep, waarbij de experimentele groep significant minder

depressiegevoelens ervoer na afloop. Life-review reminiscentie bleek nog weer een groter effect te hebben op depressieve symptomen dan gewone reminiscentie (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit 2007).

2.7 Wetenschappelijke relevantie huidige onderzoek

Omdat gevoelens van eenzaamheid en depressie veel voorkomen onder ouderen is het van groot belang dat er goed onderzoek gedaan wordt naar manieren om deze klachten te voorkomen en/of verminderen. Er zijn al verschillende onderzoeken uitgevoerd waarbij interventies gericht op het verminderen van deze klachten werden onderzocht. In een meta-analyse van Hagan et al. (2014) zijn zeventien relevante studies m.b.t. interventies voor eenzaamheid bij ouderen geanalyseerd. Hieruit kwam naar voren dat er vooral interventies ontwikkeld zijn gericht op groepen ouderen. Er zijn slechts een aantal interventies ontwikkeld die zich richten op één-op-één interactie met de oudere. De enkele één-op-één interventies die geanalyseerd zijn bleken weinig effectief. Ook Cattan et al. (2005) hebben aangetoond dat één-op-één interventies significant minder succesvol zijn dan groepsinterventies. Het onderzoek van Kirkevold et al. (2013) suggereert ook dat er meer onderzoek nodig is naar het ontwikkelen van interventies die inspelen op het verminderen van eenzaamheid bij oudere mensen. Daarom is het erg relevant om te onderzoeken of deze één-op-één interventie, waarbij gestructureerd specifieke, positieve herinneringen worden opgehaald, wél succesvol is in het verminderen van eenzaamheid en depressieve klachten bij ouderen.

Gevoelens van eenzaamheid zijn namelijk nadelig voor de levenskwaliteit, het zijn gevoelens die worden veroorzaakt door onbevredigde intimiteit en sociale verlangens en contacten (Hung & Lu, 2014). Het is een individueel gevoel, wat op den duur onder andere leidt tot gevoelens van apartheid (Chang & Yang, 1999). Dit gevoel van apartheid, het gevoel in een sociaal isolement te zitten, kan weer leiden tot gevoelens van depressie, angst en onzekerheid (Canham, 2014). Al deze ervaren gevoelens van eenzaamheid en depressie kunnen leiden tot het ervaren van een verminderd welbevinden (Khorsid et al., 2004)

Omdat de gevolgen van gevoelens van eenzaamheid en depressie ernstige vormen aan kunnen nemen, en omdat de prevalentie van deze gevoelens zo groot is, is het van groot belang om een manier te vinden iets aan deze problematiek te doen. Om die reden is het wetenschappelijk erg relevant om met behulp van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ te onderzoeken of het ophalen van dierbare herinneringen een positieve invloed heeft op het welbevinden van ouderen en of op die manier gevoelens van eenzaamheid en depressie verminderd kunnen worden.

2.8 Hoofdvraag & deelvragen

Baserend op voorgaande literatuur, zal in dit onderzoek de volgende hoofdvraag onderzocht worden: *In hoeverre zorgt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen ervoor dat 65+ 'ers in verzorgingstehuizen een positiever welbevinden en minder gevoelens van zowel eenzaamheid als depressie ervaren?*

Tevens zullen er een aantal deelvragen beantwoord worden, om een beter antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag. De deelvragen luiden als volgt:

- 1) Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van eenzaamheid?
- 2) Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van depressie?
- 3) Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het gevoel van welbevinden?

2.9 Hypothesen

De volgende hypothesen, welke logischerwijs voortvloeien uit voorgaande literatuur, zullen in het onderzoek getoetst worden:

Hypothese 1: *Het ophalen van specifieke, positieve herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van eenzaamheid afnemen.*

Hypothese 2: *Het ophalen van specifieke, positieve herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van depressie afnemen.*

Hypothese 3: *Het ophalen van specifieke, positieve herinneringen zorgt ervoor dat het gevoel van welbevinden toeneemt.*

3. Methode

3.1 Participanten

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit mannen en vrouwen die verbonden zijn aan een van de volgende zorggroepen: ‘De Posten’ of ‘Zorggroep Sint Maarten’. Deze deelnemende zorggroepen zijn gevestigd te Enschede, Oldenzaal, Losser en Heerenveen. Voordat de participanten mee mochten doen aan de interventie waren er een aantal in- en exclusiecriteria. Het inclusie criterium hield in dat deelnemers minimaal 65 jaar moesten zijn en bekend moesten zijn binnen de zorgorganisatie. Er is echter ook één deelnemer geweest die jonger was dan 65, deze wordt wel meegenomen in het onderzoek, gezien het relatief lage aantal participanten. Participanten kunnen bekend zijn binnen de zorggroepen doordat ze er wonen of omdat ze er dagbehandeling of thuiszorg ontvangen. De exclusiecriteria waren als volgt:

- het hebben van een ernstige cognitieve beperking, vastgesteld met behulp van de Mini Mental State Examination door een score van 18 of lager (MMSE; Folstein et al., 1975).
- het hebben van een ernstige depressieve episode, vastgesteld door een score van 8 of 9 van de 9 DSM-IV depressiesymptomen bij het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI; Sheenan et al., 1998).
- in de afgelopen drie maanden begonnen met het slikken van medicatie tegen depressieklachten.
- slechte beheersing van de Nederlandse taal.

Mogelijke deelnemers zijn aangedragen door de eerst verantwoordelijke verzorgenden (Evv's) van de zorggroepen. Naar al deze bewoners is een informatiebrief verstuurd, met daarin informatie over de interventie. Studenten van de opleiding Psychologie aan de Universiteit Twente zijn vervolgens langs de deuren gegaan om de mensen persoonlijk te benaderen. Op deze manier kon er nog extra informatie verstrekt worden en konden eventuele onduidelijkheden bij de bewoners verhelderd worden.

3.2 Meetinstrumenten

Bij de verschillende metingen, t0, t1 en t2, wordt telkens één vragenlijst afgenomen bij de respondenten. Deze vragenlijst is samengesteld met items uit verschillende bestaande meetinstrumenten. Met behulp van deze meetinstrumenten worden verschillende domeinen gemeten. De domeinen die gemeten worden zijn: zorggebruik, functionele beperkingen, cognitief functioneren, welbevinden, depressieklachten, depressieve episode, mate van de ernst van de depressieve episode, angstklachten, mastery, eenzaamheid en specifieke, positieve, autobiografische herinneringen. De meetinstrumenten voor welbevinden, depressie en eenzaamheid zullen hieronder één voor één uitgebreid toegelicht worden. De andere

meetinstrumenten worden buiten beschouwing gelaten, omdat deze in het huidige onderzoek niet gebruikt worden.

3.2.1 Mental Health Continuum-Short Form

Het welbevinden wordt gemeten met behulp van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). Hierbij wordt door middel van zelfrapportage een beeld verkregen van het welbevinden dat een respondent ervaart. De vragenlijst bestaat uit veertien items, welke het emotionele, sociale en psychologische welbevinden meten. Een item dat voorkomt in de vragenlijst is: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?' Er wordt gescoord op een 6-puntsschaal, waarbij 0 staat voor 'nooit' en 5 voor 'elke dag'. Hoe meer punten een respondent heeft, hoe hoger zijn welbevinden is.

In het buitenland scoorde de MHC-SF met hoge betrouwbaarheid en validiteit (Keyes et al., 2008). De Nederlandse versie van de MHC-SF is eveneens goed gevalideerd. De betrouwbaarheid en validiteit zijn hoog genoeg om positieve, geestelijke gezondheid te kunnen meten in de Nederlandse samenleving (Lamers et al., 2011). Eén item uit de originele vragenlijst wordt hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat die te negatief scoort in de vertaalde versie. Van de overgebleven items is de Cronbach's Alpha $\alpha = 0.88$, wat wijst op een hoge interne consistentie. Alle drie de constructen scoren goed op interne consistentie: emotioneel welzijn heeft een score van $\alpha = 0.83$, psychologisch welzijn $\alpha = 0.83$ en sociaal welzijn $\alpha = 0.74$. De betrouwbaarheid blijft ook hoog bij hertests, hier is een Cronbach's Alpha gevonden van $\alpha = 0.50$. dit wijst erop dat de uitkomsten van de MHC-SF stabiel zijn over tijd (Lamers et al., 2011).

In dit onderzoek is er een Cronbach's Alpha gevonden van $\alpha = 0.827$, welke niet omhoog gaat bij het weglaten van één of meerdere items. Dit wijst op een hoge interne consistentie en dus een betrouwbare test.

3.2.2 Geriatric Depression Scale – 8 – item version

De Geriatric Depression Scale - 8 - item version (GDS-8) wordt gebruikt om depressie klachten vast te kunnen stellen. Deze vragenlijst bestaat uit acht items, die als doel hebben te kijken of er sprake is van een depressie, en zo ja, in welke mate.. De acht stellingen moeten beantwoord worden met 'ja' of 'nee'. Een stelling uit de vragenlijst luidt als volgt: 'Hebt u meestal een goed humeur?' Bij de ene vraag wordt er een punt toegekend voor een 'ja', bij een andere vraag voor een 'nee' De score van een respondent wordt bepaald door het optellen van die punten, in totaal kunnen er dus acht punten behaald worden. Een score van nul staat hierbij voor de afwezigheid van een depressie en een score van acht voor een ernstige depressie. Bij een score van drie of hoger is er al sprake van een depressie.

De items van de oorspronkelijke GDS hebben een interne consistentie van $\alpha = 0.94$

(Yesavage et al., 1983). Dit wijst erop dat de items allemaal hetzelfde construct meten. Ook de split-half betrouwbaarheid geeft een hoge waarde, namelijk 0.94 (Yesavage et al., 1983). Bij de test-hertest is een correlatie gevonden van $r = 0.85$ (Yesavage et al., 1983).

De acht items van de naar het Nederlands vertaalde GDS-8 hebben een interne consistentie van .86 (Jongenelis et al., 2007). Daarnaast was er een sensitiviteit van 96.3% voor ernstige depressie en een sensitiviteit van 83.0% voor lichte depressie, met een specificiteit van 71.0% (Jongenelis et al., 2007). Dit alles wijst op een goede psychometrische kwaliteit van de GDS-8 en maakt het daardoor een geschikte test om te gebruiken in dit onderzoek.

Binnen dit onderzoek is er een interne consistentie tussen de items van deze vragenlijst van $\alpha = 0.679$. Deze waarde gaat niet significant omhoog bij het verwijderen van items uit de vragenlijst. Er is dus een vrij grote interne consistentie tussen de items, wat erop wijst dat ze hetzelfde construct meten.

3.2.3 Eenzaamheidsschaal

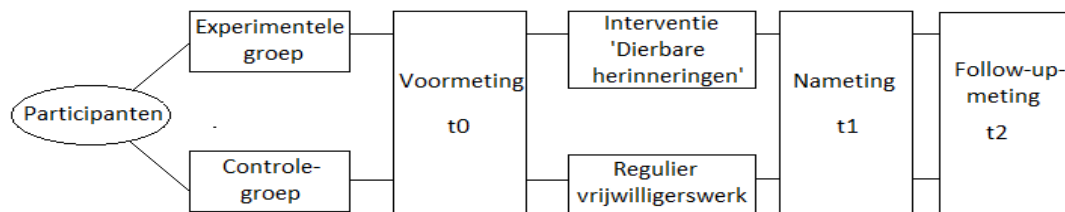
Het meetinstrument dat wordt gebruikt om het construct eenzaamheid te kunnen meten is de eenzaamheidsschaal. De test bestaat uit elf items en meet twee dimensies: emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Elk item bestaat uit een stelling, waarop de respondent moet aangeven in hoeverre hij het ermee eens is. Er wordt gescoord op een 5-puntsschaal, waarbij de antwoordmogelijkheden lopen van ‘helemaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. Een item luidt bijvoorbeeld als volgt: ‘Ik mis een echt goede vriend of vriendin’. Bij het instemmen met een stelling, levert dit één punt op. Zo kunnen er totaal elf punten behaald worden. Bij een score van drie of hoger is er sprake van een matige eenzaamheid. Bij een score van negen of hoger is er sprake van ernstige eenzaamheid.

Het is geconcludeerd dat de eenzaamheidsschaal een goed meetinstrument is voor het meten van gevoelens van eenzaamheid, eenzaamheid in probleemsituaties, eenzaamheid gerelateerd aan het missen van vrienden en voor de gevoelens om ergens bij te horen (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985). Er is een deprivatiescore berekend, gebaseerd op de som van het aantal items waar de respondent mee in heeft gestemd. De correlatie tussen de score op een deprivatie-schaal en de score op een zelf-beoordelingsschaal was hoog significant, $r = 0.66$. Respondenten die hoog scoren op de deprivatie-schaal, beoordeelden zichzelf veel vaker als eenzaam, in vergelijking met andere respondenten (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985).

In dit onderzoek is er een waarde van $\alpha = 0.774$ gevonden voor de interne consistentie. Dit wijst op een goede betrouwbaarheid. De waarde gaat niet omhoog bij het verwijderen van één of meerdere items.

3.3 Interventie & Procedure

De interventie ‘Dierbare herinneringen’ is ontwikkeld door onderzoekers van de Universiteit Twente, met dr. J. Korte als hoofdonderzoeker. De interventie is gericht op het ophalen van dierbare, positieve herinneringen, met als doel het verbeteren van het welbevinden. Nadat de respondenten zijn geworven werd het traject van de interventie in gang gezet. De eerste stap was de t0- of baselinemeting. Dit was de meting die plaatsvond voorafgaand aan de interventie. Bij deze meting werd in de eerste plaats nagegaan of de participanten voldoen aan de in- en exclusiecriteria. Indien ze geschikt zijn om met de interventie mee te doen, wordt er verder gegaan met de rest van de vragenlijst. Bij de t0-meting werden de volgende aspecten verkregen: demografische gegevens, zorggebruik, functionele beperkingen, cognitief functioneren, welbevinden, depressieklachten, depressieve episode, mate van de ernst van de depressieve episode, angstklachten, mastery, eenzaamheid en specifieke, positieve, autobiografische herinneringen. Op het moment dat deze meting heeft plaatsgevonden, begon de daadwerkelijke interventie. De participanten werden willekeurig ingedeeld in de experimentele groep of de controlegroep. Bij de experimentele groep hield de interventie in dat er vijf keer, één keer per week, drie kwartier een vrijwilliger langs kwam, die m.b.v. reminiscentie specifieke, positieve herinneringen op ging halen. Deze vijf gesprekken hadden allemaal een andere thema: introductie en kennismaking, kindertijd, jeugd, volwassenheid en het leven in het algemeen. Deze vrijwilligers zijn hier speciaal voor getraind. Bij de controlegroep kwam er eveneens vijf keer, één keer in de week, drie kwartier een vrijwilliger langs. Dit vrijwilligerscontact bestond uit bezigheidstherapie. Hierbij kan gedacht worden aan het spelen van spelletjes, lezen van de krant, boodschappen doen o.i.d., zolang er maar niet gestructureerd herinneringen opgehaald worden. Na afloop van deze vijf keer met de vrijwilliger, vond bij beide groepen de t1-meting plaats. Dit was ongeveer twee maanden na de t0-meting. In de t1-meting werd er informatie verkregen bij de participanten over de volgende aspecten: zorggebruik, welbevinden, depressieklachten, angstklachten, mastery, eenzaamheid en specifieke, positieve, autobiografische herinneringen. Tot slot werd er nog een nameting gedaan bij beide groepen, een half jaar na afloop van de interventie en dus ongeveer acht maanden na de t0-meting. Deze t2-meting meet de volgende aspecten bij de participanten: zorggebruik, functionele beperkingen, cognitief functioneren, welbevinden, depressieve klachten, depressieve episode, mate van de ernst van de depressieve episode, angstklachten, mastery, eenzaamheid en specifieke, positieve, autobiografische herinneringen.



Figuur 1. Overzicht interventie 'Dierbare herinneringen'

3.4 Statistische analyse

De verkregen resultaten van het onderzoek zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 22. Allereerst zijn alle deelnemende respondenten aan het onderzoek beschreven (zie tabel 1). Hiertoe is gekeken naar het geslacht, de leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, nationaliteit, geboorteland, dagelijkse bezigheid en de hoogst genoten opleiding.

Daarna is per uitkomstmaat bekeken of de gegevens normaal verdeeld zijn in zowel de experimentele groep als de controlegroep. Dit is gedaan met behulp van de Kolmogorov-Smirnov-test. Als de waarden hier groter zijn dan het significantieniveau $p=0,005$, dan mag geconcludeerd worden dat de gegevens normaal verdeeld. De analyse van de verdeling van de gegevens is gedaan voor zowel de t0- als de t1-meting, voor zover de tests bij beide metingen gebruikt worden.

Daarna zijn de betrouwbaarheden van de constructen 'welbevinden', 'eenzaamheid' en 'depressie' berekend door middel van Cronbach's Alpha. Ook is de gemiddelde score van elk construct en op elk item berekend, voor de t0 en t1.

Tot slot zijn de hypothesen getoetst. Dit is als volgt gedaan:

- Hypothese 1: *Het ophalen van dierbare herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van eenzaamheid afnemen.* Hierbij is een One-Way ANCOVA uitgevoerd. Door het gebruiken van deze test is er gekeken naar het verschil tussen de controlegroep en experimentele groep op het concept 'eenzaamheid'. Daarnaast zijn er voor zowel de experimentele groep als de controlegroep Paired Samples t-toetsen uitgevoerd om te kijken hoe de scores zijn veranderd binnen deze groepen tussen de t0- en t1-meting.
- Hypothese 2: *Het ophalen van dierbare herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van depressie afnemen.* Om deze hypothese te testen is er een Onw-Way ANCOVA uitgevoerd. Hierbij is er gekeken naar het verschil op het concept 'depressie' tussen de experimentele- en controlegroep op de t0- en t1-meting. Ook hier zijn er voor de experimentele groep en de controlegroep Paired Samples t-toetsen uitgevoerd om te kijken hoe de scores zijn veranderd

binnen de twee groepen tussen de t0- en t1-meting.

- Hypothese 3: *Het ophalen van dierbare herinneringen zorgt voor een verbeterd welbevinden bij de ouderen.* Om deze hypothese te toetsen is er een One-Way ANCOVA uitgevoerd op het concept 'welbevinden'. Op deze manier is er gekeken naar het verschil tussen de controlegroep en de experimentele groep bij de t0- en t1-meting. Daarnaast zijn er Paired Sample t-toetsen uitgevoerd voor beide groepen om te kijken naar de verschillen in de scores binnen beide groepen tussen de t0- en t1-meting.

Tabel 1. *Overzicht alle demografische gegevens*

Uitkomstmaat	Alle participanten (n=76)
Leeftijd	
M (SD)	83.16 (9.873)
Range	58-98
Geslacht	
Man	36.8
Vrouw	63.2
Burgerlijke staat	
Gehuwd	15.8
Gescheiden	6.6
Weduwe	72.4
Ongehuwd	3.9
Woonsituatie	
Alleenstaand	88.2
Met partner	5.3
Anders	5.3
Geboorteland	
Nederland	96.1
Elders	2.6
Nationaliteit	
Nederlands	97.4
Anders	1.3
Opleiding	
Geen onderwijs	3.9
Lagere school	38.2
Lager beroepsonderwijs	22.4
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	15.8
Middelbaar beroepsonderwijs	11.8
Hoger beroepsonderwijs	3.9
Anders	2.6
Dagelijkse activiteiten	
Pensioen	64.5
Huishouden	5.3
Vrijwilligerswerk	2.6
Arbeidsongeschikt	13.2
Werkloos	5.3
Anders	7.9

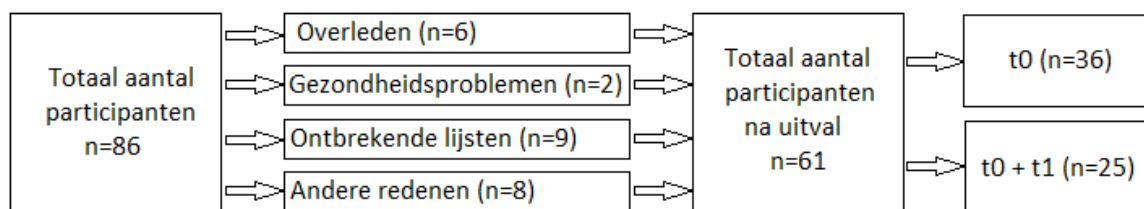
4. Resultaten

In totaal zijn er 86 participanten die in eerste instantie hebben ingestemd met deelname aan de interventie. Hiervan zijn er voor of gedurende het contact met de vrijwilliger 16 afgevallen; 6 omdat ze zijn overleden, 2 vanwege ernstige gezondheidsproblemen en 8 om andere redenen, waaronder het ‘geen zin hebben’ en zich niet in staat voelen om mee te doen aan de interventie. Daarnaast zijn er van 9 respondenten vragenlijsten vermist, deze participanten zijn dus ook niet meegenomen in het onderzoek. Van de 61 overgebleven participanten, hebben er 36 op dit moment alleen deelgenomen aan de t0-meting. Het contact met de vrijwilliger is op het moment van schrijven nog niet afgerond. Er zijn in totaal 25 respondenten geweest die het vrijwilligerscontact hebben afgerond en die zowel de t0- als t1-meting hebben gedaan (zie figuur 2). De gegevens van deze 25 respondenten zijn gebruikt voor dit onderzoek. Dit waren 7 mannen en 18 vrouwen. De jongste respondent was 63 jaar en de oudste 97 jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 84.80 (SD = 7.95). 14 van deze respondenten waren ingedeeld in de experimentele groep en 11 waren er ingedeeld in de controlegroep. Het grootste deel van de respondenten, namelijk 19 respondenten, is weduwe/weduwenaar (76%), 3 zijn er gehuwd (12%), 2 zijn er gescheiden (8%) en 1 respondent is ongehuwd (4%). Van de respondenten wonen er 22 alleen (88%), 1 woont samen met een partner (4%) en 2 respondenten hebben een andere woonsituatie (8%). Alle respondenten zijn geboren in Nederland en hebben de Nederlandse nationaliteit. Van de respondenten hebben de meesten de lagere school (32%) of lager beroepsonderwijs (32%) als hoogst genoten opleiding, 16% heeft middelbaar algemeen voortgezet onderwijs, 12% heeft geen onderwijs gehad, 4% heeft hoger beroepsonderwijs gedaan en nog eens 4% heeft een andere hoogst genoten opleiding. De belangrijkste dagelijkse activiteiten van de respondenten zijn als volgt: 19 respondenten zijn met pensioen (76%), 3 zijn er arbeidsongeschikt (12%), de rest doet huishoudelijk werk (4%), is werkloos (4%) of heeft andere dagelijkse activiteiten (4%).

De Kolmogorov-Smirnov-test is uitgevoerd om te toetsen hoe de gegevens verdeeld zijn. Allereerst is hieruit gebleken dat de leeftijd van de respondenten normaal verdeeld is. Daarnaast is gebleken dat de gegevens op de MHC-SF en de eenzaamheidsschaal normaal verdeeld zijn. De gegevens op de GDS en de MINI zijn echter niet normaal verdeeld. Bij de MINI werd een significantiewaarde gevonden van $p = 0.000$, waarbij er vooral heel erg laag is gescoord bij de vragenlijst. Bij de GDS werd op t0 een waarde gevonden van $p = 0.001$ en op t1 een waarde van $p = 0.005$, ook bij deze test werd er vooral heel erg laag gescoord. Ook is gebleken dat erg veel demografische gegevens niet normaal verdeeld waren, alle demografische gegevens behalve de leeftijd, scoorden een significantiewaarde van $p = 0.000$.

Bij het geslacht van de respondenten bleek dat er veel meer vrouwen waren. Ook de burgerlijke staat was niet normaal verdeeld, de respondenten waren voor het grootste deel weduwe/weduwenaar. Daarnaast bleken alle respondenten in Nederland te zijn geboren en de Nederlandse nationaliteit te hebben, deze gegevens zijn dus ook niet normaal verdeeld. De hoogst genoten opleiding van de respondenten was ook niet normaal verdeeld, het accent lag vooral op de lagere school en het lager beroepsonderwijs. Tot slot gaven de meeste respondenten aan dat hun dagelijkse activiteiten met name uit pensioen bestaan.

De gemiddelde score op de t0-meting waren als volgt: op de MINI M = 1.56 (SD = 2.382), op de MHC-SF M = 56.20 (SD = 12.633), op de ES M = 32.56 (SD = 8.622), op de GDS M = 3.16 (SD = 1.993) en op de SDS M = 0.53 (SD = 2.027). Op de t1-meting waren de gemiddelde scores als volgt: op de MHC-SF M = 56.32 (SD = 9.814), op de ES M = 29.04 (SD = 9.602) en op de GDS M = 1.76 (SD = 1.985).



Figuur 2. Stroomdiagram participanten

Tabel 2. Gemiddelde scores per vragenlijst op t0 en t1

	Totaal (n=25)		Experimentele groep (n=14)		Controlegroep (n=11)	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1
ES						
M	32.56	29.04	32.79	27.57	32.27	30.91
SD	8.622	9.602	7.817	9.112	9.941	10.319
GDS						
M	3.16	1.76	3.50	1.93	2.73	1.55
SD	1.993	1.985	2.103	2.336	1.849	1.508
MHC-SF						
M	56.20	56.32	58.64	59.29	53.09	52.55
SD	12.633	9.814	14.484	9.778	9.555	8.881

Note: ES = eenzaamheidsschaal, GDS = Geriatric Depression Scale – 8 – item version, MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form

4.1 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van eenzaamheid?

Hypothese 1

‘Het ophalen van dierbare herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van eenzaamheid afnemen.’

Om deze hypothese te toetsen is er gebruik gemaakt van de One Way-ANCOVA. Hiertoe zijn de resultaten op de t1-meting als afhankelijke variabele ingevoerd, de resultaten op de t0-meting als covariaat en de groep waarin de participanten zijn ingedeeld als onafhankelijke variabele. Dit levert een waarde op van $p = 0.417$. Omdat $p > 0.05$ wordt de aanname, dat het ophalen van dierbare herinneringen ervoor zorgt dat gevoelens van eenzaamheid afnemen, verworpen. Wel is er beide groepen een afname van de gevoelens van eenzaamheid te zien (tabel 2). In de experimentele groep is er voor de afname een waarde gevonden van $p = 0.198$ en in de controlegroep een waarde van $p = 0.741$.

4.2 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en gevoelens van depressie?

Hypothese 2

‘Het ophalen van dierbare herinneringen zorgt ervoor dat gevoelens van depressie afnemen.’

Deze hypothese is getoetst met behulp van de One Way-ANCOVA. De resultaten op de GDS-8 bij de t1-meting zijn hierbij ingevoerd als afhankelijke variabele, de resultaten op de t0-meting als covariaat en de groep waarin de participanten zijn ingedeeld als onafhankelijke variabele. Dit levert een waarde op van $p = 0.874$. Omdat $p > 0.05$ kan de aanname, dat het ophalen van dierbare herinneringen ervoor zorgt dat gevoelens van depressie afnemen, worden verworpen. In de experimentele groep zijn de gevoelens van depressie wel afgenomen, echter niet significant, $p = 0.064$. In de controlegroep is er wel een significante afname van de gevoelens van depressie, met een waarde van $p = 0.001$.

4.3 Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het gevoel van welbevinden?

Hypothese 3

‘Het ophalen van specifieke, positieve herinneringen zorgt ervoor dat het gevoel van welbevinden toeneemt.’

Ook deze hypothese is met een One-Way ANCOVA getoetst. Als afhankelijke variabele zijn de resultaten op de MHC-SF bij de t1-meting ingevoerd, als onafhankelijke variabele de groep waarin de participanten zijn ingedeeld en als covariaat de resultaten op de

MHC-SF bij de t0-meting. Dit levert een waarde op van $p = 0.194$. Omdat $p > 0.05$ kan de hypothese, dat het ophalen van specifieke, positieve herinneringen ervoor zorgt dat het gevoel van welbevinden toeneemt, worden verworpen. In de experimentele groep is er wel een lichte toename van het gevoel van welbevinden gevonden. Daarentegen is er in de controlegroep een lichte daling van het gevoel van welbevinden waargenomen. In de experimentele groep is er een significantiewaarde gevonden van $p = 0.847$ en in de controlegroep van $p = 0.815$.

Tabel 3. *Resultaten One-Way ANCOVA's en Paired Samples t-toetsen*

	Alle participanten	Experimentele groep	Controlegroep
ES	0.417	0.198	0.741
GDS	0.874	0.064	0.011*
MHC-SF	0.194	0.847	0.815

* significant bij $\alpha = 0.05$

Note: ES = eenzaamheidsschaal, GDS = Geriatric Depression Scale – 8 – item version, MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form

5. Discussie

Een groot deel van de ouderen in verzorgingstehuizen ervaart gevoelens van eenzaamheid, welke kunnen leiden tot gevoelens van depressie. Dit leidt in veel gevallen tot een gevoel van verminderd welbevinden. In dit onderzoek is onderzocht of het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen de gevoelens van eenzaamheid en depressie vermindert en het welbevinden verhoogt. Omdat de gevolgen van gevoelens van eenzaamheid en depressie ernstige vormen aan kunnen nemen, en omdat de prevalentie van deze gevoelens zo groot is, is het van groot belang om een manier te vinden iets aan deze problematiek te doen. Om die reden is de interventie 'Dierbare herinneringen' ontwikkeld, om te onderzoeken of het ophalen van specifieke, positieve herinneringen een positieve invloed heeft op de ouderen en of op die manier gevoelens van eenzaamheid en depressie verminderd kunnen worden en het gevoel van welbevinden verhoogd.

5.1 Conclusie

De onderzoeksvraag van dit onderzoek was: *'In hoeverre zorgt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen ervoor dat 65+'ers in verzorgingstehuizen een positiever welbevinden en minder gevoelens van zowel eenzaamheid als depressie ervaren?'* Om dit te kunnen onderzoeken zijn er drie deelvragen opgesteld, welke hieronder één voor één besproken worden.

Allereerst is er in het onderzoek gevonden dat de interventie 'Dierbare herinneringen' geen effect heeft gehad op de gevoelens van eenzaamheid, ze zijn niet significant verminderd. Dit is tegen de verwachting in, uit eerder onderzoek van Chiang et al. (2012) is namelijk gebleken dat reminiscentietherapie bij ouderen gevoelens van eenzaamheid doet verminderen. Het verschil is misschien te verklaren doordat dit onderzoek gebruik maakte van een één-op-één interventie, terwijl bij het onderzoek van Chiang et al. (2012) gebruik werd gemaakt van een groepsinterventie. Dit is wel in overeenstemming met onderzoek van Cattani et al. (2005), zij toonden namelijk aan dat groepsinterventies om eenzaamheid te verminderen significant beter werkten dan één-op-één interventies. In onderzoek van Kirkevold et al. (2013) is ook naar voren gekomen dat als ouderen uit hun sociale isolatie worden gehaald, de gevoelens van depressie zouden verminderen, er is gebleken dat sociale isolatie geassocieerd wordt met eenzaamheid. Er werd in het huidige onderzoek verwacht dat de ouderen uit hun sociale isolement zouden komen door het regelmatige contact met de vrijwilliger. Er is wel een lichte afname van de gevoelens van eenzaamheid gevonden in zowel de experimentele groep als de controlegroep. Dit kan erop wijzen dat de ouderen inderdaad uit hun sociale isolement zijn gekomen door het contact met de vrijwilliger, dit

contact was er namelijk in beide groepen. Deze afnamen waren echter niet significant. Dit kan komen doordat op het moment van de t1-meting het vrijwilligerscontact nog maar net is afgelopen, waardoor langetermijneffecten misschien nog niet merkbaar en/of meetbaar zijn. Daarvoor is er bij de interventie ‘Dierbare herinneringen’ ook een t2-meting, zes maanden na afloop van de interventie, welke het langetermijneffect meet. Deze is in het huidige onderzoek echter nog niet meegenomen, omdat deze metingen op het moment van schrijven nog niet hebben plaatsgevonden.

In het onderzoek is ook naar voren gekomen dat de interventie ‘Dierbare herinneringen’ de gevoelens van depressie niet heeft doen afnemen. Op basis van eerdere onderzoeken werd aangenomen dat dit wel het geval zou zijn, aangezien het daar wel is aangetoond (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Scogin & McElreath, 1994; Chiang et al., 2010; Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007; Pinquart, Duberstein & Lyness, 2007). Het onderzoek van Bohlmeijer, Smit & Cuijpers (2003) was echter een meta-analyse van twintig studies, welke allemaal andere doelgroepen en behandelingsmodaliteiten hadden. Ditzelfde geldt voor het onderzoek van Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit (2007) en het onderzoek van Pinquart, Duberstein & Lyness (2007), dit waren ook meta-analyses met allerlei verschillende doelgroepen en behandelingsmodaliteiten. Daarnaast werd er bij het onderzoek van Chiang et al. (2012) gewerkt met een groepsinterventie, in tegenstelling tot de één-op-één interventie ‘Dierbare herinneringen’. Deze verschillen tussen de doelgroepen en de verschillende methoden kan de verschillen in de resultaten verklaren. In een meta-analyse, uitgevoerd door Hagan et al. (2004) en in onderzoek van Cattán et al. (2005) werd ook al eens aangetoond dat één-op-één interventies significant minder succesvol zijn dan groepsinterventies. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn voor het gevonden resultaat. Er is echter wel een significante afname van gevoelens van depressie gevonden in de controlegroep. Mogelijk heeft alleen het contact met een vrijwilliger er al voor gezorgd dat de ouderen zich beter gingen voelen, het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen was hier niet voor nodig. Ook in de experimentele groep was er een afname van de depressiegevoelens te zien, alleen was deze afname niet significant.

Tot slot werd er verwacht dat door het gebruik maken van reminiscentie het gevoel van welbevinden zou toenemen. Chaudhury (2003) toonde namelijk in zijn onderzoek aan dat ouderen door middel van reminiscentie in staat zijn om ervaren gebeurtenissen voor zichzelf tot een mooi, verrijkend verhaal te maken. Hiermee is reminiscentie een mogelijkheid om de levenskwaliteit, en daarmee het welbevinden, van ouderen te verhogen. In het huidige onderzoek is echter naar voren gekomen dat de interventie ‘Dierbare herinneringen’ het gevoel van welbevinden niet significant heeft verhoogd. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat Chaudhury in zijn onderzoek de beschikking had over een grotere onderzoeksgroep. Bij dit onderzoek zijn er slechts 25 respondenten geweest die zijn

meegenomen in de analyse. Dit verschil in aantal deelnemers kan een verklaring zijn voor de verschillende resultaten. In de experimentele groep werd er wel een lichte stijging van het gevoel van welbevinden waargenomen, dus wellicht heeft de interventie toch een minimaal effect gehad. In de controlegroep was er echter een lichte daling van het gevoel van welbevinden te zien. Dit zou er op kunnen wijzen dat het gestructureerd ophalen van de specifieke, positieve herinneringen wel een miniem effect heeft gehad op het gevoel van welbevinden.

Al met al kan er dus geconcludeerd worden dat het ophalen van specifieke, positieve herinneringen geen significant effect heeft gehad op de ervaren gevoelens van eenzaamheid, depressie en welbevinden.

5.2 Opvallende bevindingen

Een opvallende bevinding binnen dit onderzoek is vooral dat er geen effect van de interventie is gebleken, terwijl je uit literatuuronderzoek zou verwachten dat er een positief effect zou zijn op het welbevinden. Chaudhury (2003) heeft in zijn onderzoek met cognitief intacte en cognitief beperkte ouderen aangetoond dat reminiscentie een geschikt middel is om het welbevinden bij ouderen te verhogen. Een hoge mate van welbevinden is gerelateerd aan positieve uitkomsten op vele levensgebieden, waardoor te verwachten was dat gevoelens van eenzaamheid en depressie zouden afnemen (Lyobomirsky, King & Diener, 2005). Het feit dat de interventie in het huidige onderzoek geen effect heeft gehad is mogelijk te verklaren doordat dit onderzoek is uitgevoerd met slechts 25 respondenten, wat het erg lastig maakte om significante resultaten te verkrijgen. Een kleine steekproef levert per definitie minder betrouwbare en precieze gegevens op waarover iets gezegd kan worden. Een andere mogelijke verklaring hiervoor is dat er op de constructen eenzaamheid en depressie in beide groepen een vermindering van de gevoelens heeft plaatsgevonden. Op deze manier ontstaat er geen effect van de interventie, omdat de effecten in beide groepen zijn opgetreden en dus niet per se afhankelijk zijn van het ophalen van de specifieke, positieve herinneringen. Het verbeteren van deze gevoelens lijkt te zijn ontstaan door het contact met de vrijwilliger, niet door het soort contact met de vrijwilliger.

Een ander opvallend gegeven binnen dit onderzoek is dat de gemiddelde score van de respondenten op de MINI 1,56 is, wat erop wijst dat er bijna geen sprake is van een depressieve episode, over het algemeen. Dit zou ook een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het feit dat de interventie geen effect heeft gehad. Als mensen namelijk geen depressieve klachten hebben, is de kans veel groter dat zij al een positiever welbevinden hebben, dit is al eens aangetoond in onderzoek van Beekman et al. (1997). Op het moment dat er geen sprake is van depressieve klachten valt er dus weinig winst te behalen met behulp van de interventie.

Eveneens is het opvallend dat de respondenten in dit onderzoek al een vrij hoge mate

van welbevinden rapporteerden. Dit punt hangt vermoedelijk ook samen met het feit dat de respondenten nauwelijks depressieve klachten hadden. Depressieklachten kunnen namelijk sterk bijdragen aan een verminderd welbevinden bij ouderen (Beekman et al., 1997). Een mogelijk verklaring voor dit probleem kan gezocht worden in de manier van werving. Bij dit onderzoek is er langs de deuren gegaan om deelnemers voor de interventie te werven, waarbij is opgevallen dat met name de enthousiaste en vrolijke mensen bereid waren om mee te werken en open stonden voor deelname. Op deze manier zijn alleen deze mensen, met minder depressieve en eenzame klachten en een hoger welbevinden, in de steekproef van het onderzoek terechtgekomen.

5.3 Sterke punten en kanttekeningen

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten. Ten eerste speelt het onderzoek in op relevante problematiek die speelt in verzorgingstehuizen. Het is namelijk gebleken dat veel ouderen in verzorgingstehuizen gevoelens van eenzaamheid ervaren. Eenzaamheid is zelfs het gevoel dat het meest ervaren wordt door ouderen (Öz, 2012). Deze gevoelens van eenzaamheid leiden in veel gevallen tot gevoelens van depressie (Vanhalst et al., 2012). Het is bekend dat deze gevoelens van eenzaamheid en depressie een rol kunnen spelen bij een verminderd welbevinden (Khorsid et al., 2004). De interventie ‘Dierbare herinneringen’ tracht het gevoel van welbevinden weer te vergroten. Op deze manier wordt goed ingespeeld op daar waar behoefte aan is in de verzorgingstehuizen. Een ander sterk punt daarbij is dat de interventie vrij eenvoudig te implementeren is in verzorgingstehuizen. Een aantal vrijwilligers moet een training moeten krijgen in het voeren van reminiscentiegesprekken. Dit is een eenmalige investering qua tijd waar daarna veel winst mee behaald kan worden. De vrijwilligers kunnen vervolgens de gesprekken met de ouderen gaan voeren

Er zijn ook enkele kanttekeningen te maken bij dit onderzoek. Allereerst is er sprake geweest van ontzettend veel uitval onder de respondenten. Dit heeft voor een groot deel te maken met de doelgroep. Het betreft oude mensen, wiens gezondheid niet altijd meer optimaal is. Een deel van de respondenten is dan ook uitgevallen wegens ziekte en een deel van de respondenten is gedurende de interventie overleden. Daarnaast gaven veel ouderen aan toch geen zin te hebben, zich niet in staat te voelen om mee te doen of het ophalen van de herinneringen te moeilijk te vinden. Tijdens de werving is het eveneens opgevallen dat de respondenten over het algemeen erg terughoudend reageerden en niet goed begrepen wat er nou precies de bedoeling was. Er werd van tevoren gedacht dat de persoonlijke benadering door de studenten aan de deur, na het ontvangen van een informatiebrief, een sterk punt van het onderzoek zou zijn. Op deze manier hadden ouderen namelijk de mogelijkheid om eventuele onduidelijkheden te bespreken met de student en om verdere informatie te verkrijgen indien gewenst. Zo zouden zij goed weten wat de bedoeling van de interventie is

en eerder geneigd zijn om mee te doen. Het tegenovergestelde bleek echter het geval te zijn. Veel van de ouderen voelden zich enigszins overvallen door de studenten die aan de deur kwamen en begrepen vaak niet goed wat de bedoeling was van de interventie. Ondanks de informatiebrief die de ouderen al hadden ontvangen, bleek er veel onduidelijkheid te bestaan onder de ouderen en wilden ze derhalve niet deelnemen aan de interventie. Ze maakten in veel gevallen ook geen gebruik van de mogelijkheid om vragen te kunnen stellen aan de student, maar wilden eenvoudigweg niet deelnemen. Dit leek voor een deel te wijten aan het feit dat ze overrompeld werden door de student die ineens aan de deur stond. Een gevolg hiervan is ook dat de deelnemers die wel hebben deelgenomen aan de interventie vaak al enthousiast en vrolijk waren en goed in hun vel zaten, wat ook bleek uit hun hoge mate van welbevinden. Er is op deze manier dus een onderzoekpopulatie ontstaan met daarin veel ouderen die over het algemeen al een hoge mate van welbevinden hadden.

5.4 Aanbevelingen

Tot slot nog enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Allereerst moet er in vervolgonderzoek goed gekeken worden naar de representativiteit van de doelgroep. Uit de data bleek dat de deelnemende respondenten over het algemeen al een hoge mate van welbevinden rapporteerden. Op deze manier valt er niet erg veel winst te behalen middels de interventie. Dit is mogelijk te verklaren doordat de respondenten die nu hebben deelgenomen zelf al enthousiast genoeg waren om daadwerkelijk mee te doen. Tijdens de werving bleek dat het overgrote deel van de benaderde ouderen erg terughoudend reageerde. Het is dus maar de vraag of de groep respondenten die nu meegenomen zijn in het onderzoek een goede afspiegeling zijn van de gehele doelgroep waarover iets gezegd wordt. Een aanbeveling hiervoor is om de EVV'ers meer in het wervingsproces te betrekken. In het huidige onderzoek is de enige rol van de EVV'ers geweest om een voorselectie te maken en namen van ouderen door te geven, die vervolgens door de studenten benaderd konden worden. Ouderen zijn misschien eerder geneigd mee te doen aan de interventie als zij door een EVV'er op de interventie gewezen worden. Zo worden zij niet overdonderd door een student die aan de deur komt, maar worden zij door een vertrouwd persoon attent gemaakt op de interventie. Dit zal mogelijk hun bereidheid om mee te doen vergroten. Een andere aanbeveling is om de gesprekken met de vrijwilligers zo snel mogelijk na de t0-meting te laten plaatsvinden, hier heeft tijdens het huidige onderzoek nogal eens wat tijd tussen gezeten. Als de tijd die hier tussen zit korter is, verklein je de kans op uitval, omdat je de respondenten minder tijd geeft om zich te bedenken.

In vervolgonderzoek zou nog verder onderzocht kunnen worden of er bij deelname van meer respondenten wel een relatie blijkt te zijn tussen het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen, een verbeterd welbevinden en het verminderen van

gevoelens van eenzaamheid en depressie. Baserend op voorgaande onderzoeken was er verwacht dat het gestructureerd ophalen van specifieke, positieve herinneringen een positief effect zou hebben op de gevoelens van eenzaamheid, depressie en welbevinden (Chaudhury, 2003; Chiang et al, 2012; Liu & Guo, 2007; Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Scogin & McElreath, 1994). Dit blijft zeker een relevant aspect om te onderzoeken, zeker gezien de gevolgen op vele verschillende gebieden. Mocht de interventie wel het beoogde effect blijken te hebben, dan zullen de ouderen zich over het algemeen een stuk beter gaan voelen, wat de levenskwaliteit van hen zal verhogen. Een gevolg daarvan is dat de zorgkosten omlaag zullen gaan, de ouderen hoeven immers minder naar psychologen of psychiaters en zij hoeven minder medicijnen te slikken tegen depressieve en/of eenzame gevoelens. Een ander punt dat nog onderzocht kan worden, is of de data significant verandert als de verhouding man-vrouw meer gelijk wordt getrokken, in dit onderzoek bestond het grootste deel van de respondenten uit vrouwen, wat wellicht ook een vertekend beeld heeft gecreëerd. Tot slot nog de aanbeveling om meer onderzoek te doen naar manieren om reminiscentie toe te passen als methode om de mentale gezondheid van ouderen te verbeteren. Volgens Butler (1963) heeft reminiscentie namelijk een positieve functie bij personen om het eens te worden over onopgeloste conflicten uit het verleden en met de naderende kwetsbaarheid en dood. Dit zorgt ervoor dat ouderen in het reine komen met zichzelf en rust kunnen vinden om het laatste deel van hun leven op een positieve manier te kunnen leven. Ook in andere onderzoeken is al aangetoond dat reminiscentie een goede manier kan zijn op uiteenlopende klachten onder ouderen te verminderen (Korte et al, 2012; Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Chaudhury, 2003; Chiang et al, 2012; Scogin & McElreath, 1994; Liu & Guo, 2007). Hieruit blijkt dus dat reminiscentie een goede mogelijkheid kan zijn om de problematiek in verzorgingstehuizen aan te pakken en daarom is het relevant om er meer onderzoek naar te doen. Er zou niet alleen gekeken kunnen worden naar de effecten van reminiscentie op welbevinden, eenzaamheid en depressie, maar ook naar andere uitkomstmaten. Er zijn namelijk nog veel meer relevante problemen die spelen onder ouderen, denk hierbij aan gevoelens van angst of het gevoel geen controle te hebben over het leven. Reminiscentie zou ook een zinvol hulpmiddel kunnen zijn om iets aan deze problematiek te doen. Er is echter nog veel meer onderzoek nodig naar de mogelijke effecten van reminiscentie zodat het in de toekomst ingezet zou kunnen worden als therapeutisch instrument in verzorgingstehuizen om op adequate manier op de relevante problematiek in te kunnen spelen.

6. Referenties

- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Braam, A.W., Smit, J.H., & Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, pp. 1397-1409.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of life-review on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, pp. 291–300.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 1088-1094.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(119).
- Butler, R.N. (1963). The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, pp. 65–76.
- Cacioppo, J.T., & Hawkey, L.C. (2009). Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends Cognitive Science*, 13(10), pp. 447-454.
- Canham, S.L. (2014). What's loneliness got to do with it? Older women who use benzodiazepines. *Australasian Journal on Ageing*.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, pp. 41-67.
- Chang, S.H., & Yang, M.S. (1999). The relationships between the elderly loneliness and its factors of personal attributes, perceived health status and social support. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 15(6), pp. 337 -347.
- Chaudhury, H. (2003). Quality of Life and Place Therapy. *Journal of Housing for the Elderly*, 17(1), pp. 85-103.
- Chiang, K.-J., Chu, H., Chang, H.-J., Chung, M.-H., Chen, C.-H., Chiou, H.-Y., & Chou, K.-R. (2012). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, pp. 380-388.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychomatic Medicine*, 70, pp. 741-756.

- Cole, M.G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), pp. 1182-1189.
- Cole, M.G., & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), pp. 1147-1156
- De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, pp. 73–80.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), pp. 289-299.
- Fastame, M.C., & Penna, M.P. (2014). Psychological well-being and metacognition in the fourth age: an explorative study in an Italian oldest old sample. *Aging & Mental Health*, 18(5), pp. 648-652.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). 'MINI-MENTAL STATE'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, pp. 189-198.
- Fredrickson, B.L. (2011). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), pp. 218-226.
- Hagan, R., Maktelow, R., Taylor, B.J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Ageing & Mental Health*, 18.
- Hung, J-Y., & Lu, K-S. (2014). Research on the Healthy Lifestyle Model, Active Ageing, and Loneliness of Senior Learners. *Educational Gerontology*, 40(5), pp. 353-362.
- Jongenelis, K., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., Beekman, A.T., Eisses, A.M., Kluiters, H., & Ribbe, M.W. (2007). Construction and Validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, pp. 837-842.
- Jylha, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), pp. 157-168.
- Kenniscentrum. Verkregen op 10 juni 2014 van
<<<http://www.eenzaamheid.info/eenzaamheid/kenniscentrum-eezaamheid>>>
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), pp. 181-192

- Khorsid, L., Eşer, I., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G.G., & Çinar, Ş. (2004). The evaluation of loneliness level of elderly individuals residing in rest homes. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(1), pp.45-50.
- Kirkeveld, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J., & Hauge, S. (2013). Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: The influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), pp. 394-403.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G.J. (2012). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, pp. 1163-1173.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), pp. 99-110.
- Leon, A.C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D.V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, pp. 93-105.
- Liu, L.-J., & Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16, pp. 1275-1280.
- Llewellyn, D.J., Iain, A.L., Langa, K.M., & Huppert, F.A. (2008). Cognitive function and psychological well-being: findings from a population-based cohort. *Age ageing*, 37(6), pp. 685-689.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), pp. 803-855.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Black, S.A., & Goodwin, J.S. (2000). Emotional Well-being Predicts Subsequent Functional Independence and Survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), pp. 473-478.
- Öz, F. (2010). Basis Concepts in the Field of Health, second edition. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, pp. 645–657
- Scogin F, & McElreath L. (1994) Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 62, pp. 69–74.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), pp. 5-14.

- Sheehan, D.V., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Scheehan, M.F., & Dunbar, G.C. (1998). M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview – English version 5.0.0 – DSM-IV. *Journal of Clinical Psychology*, 65, pp. 467-487.
- Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *Kwalon*, 17(1), pp. 27-35.
- Theeke, L.A., Goins, R.T., Moore, J., & Campbell, H. (2012). Loneliness, Depression, Social Support, and Quality of Life in Older Chronically Ill Appalachians. *Journal of Psychology*, 146, pp. 155-171.
- Trimbos Instituut. Verkregen op 10 juni 2014 via
<<<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/feiten-en-cijfers>>>
- Van Vliet, I.M., & De Beurs, E. (2007). Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI): Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DMS-IV- en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49(6), pp. 393-397.
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Teppers, E., & Goossens, L. (2012). Disentangling the longitudinal relation between loneliness and depressive symptoms: Prospective effects and the intervening role of coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(8), pp. 810-834.
- Wind, A.W., Schellevis, F.G., Van Staveren, G., Scholten, R.J.P.M., Jonker, C., & Van Eijk, J.T.M. (1997). Limitations of the Mini-Mental State Examination in Diagnosing Dementia in General Practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, pp. 101-108.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), pp. 37-49