

De effecten van reminiscentietherapie op
somerheidsklachten, eenzaamheid en
welbevinden

Dierbare herinneringen

Kim Spenkelink

s1198815

Bachelorthese

Juni 2014

Universiteit Twente
Faculteit der Gedragwetenschappen
Opleiding Psychologie

Begeleiding:
S.D. Bachoe MSc.
Dr. J. Korte

Inhoud

	Bladzijde
1. Inleiding	5
1.1 Positieve psychologie.....	5
1.2 Reminiscentie.....	6
1.3 Somberheidsklachten.....	6
1.4 Eenzaamheid.....	7
1.5 Somberheidsklachten en eenzaamheid.....	7
1.6 Effect reminiscentie op somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden.....	8
1.7 Dierbare herinneringen.....	9
1.8 Wetenschappelijke relevantie huidig onderzoek.....	9
2. Methode	11
2.1 Deelnemers.....	11
2.2 Interventie ‘Dierbare herinneringen’.....	11
2.3 Procedure.....	11
2.4 Meetinstrumenten.....	13
2.4.1 Meetinstrumenten voor inclusie- en exclusiecriteria.....	13
2.4.2 Geriatric Depression Scale – 8-item version (GDS-8).....	14
2.4.3 Eenzaamheidsschaal.....	14
2.4.4 Mental Health Continuum – Short Form	15
2.5 Statistische analyse.....	15
3. Resultaten	16
3.1 Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar?	18
3.2 Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar?	18
3.3 Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar?	18
4. Discussie	20
4.1 Conclusies.....	20
4.2 Opvallende bevindingen.....	22
4.3 Sterke kanten en beperkingen.....	23
4.4 Aanbevelingen.....	23
5. Referenties	25
Bijlagen	29

Samenvatting

Inleiding Positieve psychologie is een stroming binnen de psychologie die de nadruk ligt op het welbevinden van mensen in plaats van op psychopathologie. Reminiscentie therapie is een vorm binnen de positieve psychologie die door middel van het ophalen van herinneringen het welbevinden kan vergroten. Onderzoekers van de Universiteit Twente hebben een interventie ontwikkeld op basis van reminiscentie. De interventie ‘Dierbare herinneringen’ is voor ouderen vanaf 65 jaar in verzorgingscentra en heeft als doel om het welbevinden te vergroten. ‘Dierbare herinneringen’ dient er tevens voor om somberheidsklachten en eenzaamheid te reduceren. Somberheidsklachten en eenzaamheid komen beide erg veel voor onder ouderen. Het zijn beide risicofactoren voor een depressie. Daarom is het van belang dat manieren worden onderzocht die in de praktijk toegepast kunnen worden om het welbevinden te vergroten en somberheidsklachten en eenzaamheid te verminderen.

Methode Er zijn in zorgcentra in Oost- en Noord-Nederland mensen vanaf 65 jaar geworven voor de interventie ‘Dierbare herinneringen.’ Tijdens meetmoment t0 werden vragenlijsten voor somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden afgenomen. Vervolgens werden deelnemers random verdeeld over de interventiegroep en controlegroep. Bij beide groepen kwam er vijf keer een vrijwilliger langs om herinneringen op te halen of om iets anders te doen. Na de interventie was er weer een meetmoment (t1). In totaal hebben 25 deelnemers meetmoment t0 en meetmoment t1 gedaan.

Resultaten Uit analyses met behulp van gepaarde t-toetsen bleek dat bij de controlegroep somberheidsklachten significant waren afgenomen. Eenzaamheid was bij geen van de groepen significant afgenomen en welbevinden bij geen van beide groepen toegenomen. Uit analyses met behulp van ANCOVA-toetsen bleek dat het verschil op de t1-meting met de t0-meting bij beide groepen niet significant waren. Dit gold voor somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden.

Discussie Dit onderzoek laat zien dat contact met een vrijwilliger er voor kan zorgen dat somberheidsklachten bij ouderen afnemen. Het laat ook zien dat het belangrijk is dat er wordt gezocht naar praktische manieren om somberheidsklachten en eenzaamheid onder ouderen in verzorgingscentra te verminderen en tegelijkertijd het welbevinden te vergroten. Wellicht kunnen in de toekomst medewerkers van verzorgingscentra een rol spelen bij de selectie, omdat bewoners hen al kennen.

Abstract

Intro Positive psychology is a form of psychology that emphasizes on the subject's wellbeing instead of a psychopathological approach. An example of such an approach is reminiscence therapy that could have a positive effect on a person's wellbeing by recollecting memories. Researchers from the Universiteit Twente have developed an intervention method, based on reminiscence. This intervention – named 'Precious Memories' – is meant for persons who are older than 65 years living in nursing homes. The goal is to increase their general wellbeing. 'Precious Memories' is also used to reduce gloom and loneliness. These two problems occur a lot among the elderly. Both of these are described as risk factors which can lead to a major depression.

Method The participants are recruited in nursing homes in the east and north of the Netherlands. During the first moment of measuring (t2), tests for gloom, loneliness and wellbeing were conducted. Then the participants were divided randomly into an intervention group or a control group. Both groups received contact moments with volunteers. The volunteers had five moments of contact with the participants for three quarters each time, in a time schedule of eight weeks. After the five meetings, there was another measuring moment (t1). In total twenty-five participants participated in measuring moment t0 and t1.

Results Multiple analyses with paired t-tests showed that gloom was significantly reduced in general and in the control group. Loneliness didn't decrease and wellbeing didn't increase. Analyses with ANCOVA-tests showed that there wasn't a significant difference between t0 and t1 in both groups. This was the case for gloom, loneliness and wellbeing.

Discussion This research indicates that contact with a volunteer can decrease gloom among the elderly. It also shows the importance of future research for practical ways to reduce gloom and loneliness while increasing one's wellbeing. Maybe the employees of the nursing homes can cooperate in recruitment in future research.

1. Inleiding

Positieve psychologie is een groeiende stroming binnen de psychologie waarbij de nadruk ligt op het welbevinden in plaats van de aan- of afwezigheid van psychologische stoornissen. Een manier om het welbevinden te vergroten is reminiscentie, een proces waarbij bewust of onbewust herinneringen worden opgehaald. Twee factoren die het welbevinden negatief beïnvloeden, zijn somberheidsklachten/depressieklachten (vanaf nu somberheidsklachten genoemd) en eenzaamheid.

Beide factoren komen veel voor onder ouderen in Nederland (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiters & Ribbe, 2004; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2012).

Somberheidsklachten en eenzaamheid kunnen een depressie veroorzaken (Cuijpers, de Graaf & Van Dorsselaer, 2004; Launaig & Lawlor, 2008; Jaremka, Fagundes, Glaser, Benett, Malarkey, Kiecolt-Glaser, 2012; Azis & Steffens, 2013). Ook een depressie komt veel voor onder ouderen (Jongenelis et al, 2004). Depressie is een ernstige aandoening die voor de samenleving in het algemeen erg veel kosten met zich mee brengt. Onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) laat cijfers zien van vele honderden miljoenen euro's die depressie aan zorg kost. In 2011 kostte de ziekte depressie de Nederlandse samenleving 1.592,4 miljoen en voor de groep van 65+ was dit 478,9 miljoen, wat neerkomt op ruim 30% van het totaal (RIVM, 2011).

Doordat somberheidsklachten en eenzaamheid het welbevinden negatief beïnvloeden, ze beide veel voorkomen onder Nederlandse ouderen en het beide risicofactoren voor een depressie zijn, is het erg belangrijk dat somberheidsklachten en eenzaamheid nader onderzocht worden. Daarnaast vindt er momenteel in Nederland een proces van vergrijzing plaats, waardoor onderzoek juist nu van belang is. Een manier om dit vorm te geven, is vanuit de benadering van de positieve psychologie.

1.1 Positieve psychologie

Positieve psychologie is een stroming binnen de psychologie die de nadruk legt op het vergroten van het welbevinden van mensen. Binnen de positieve psychologie wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur om te bepalen welke methoden effectief zijn. De focus ligt dus niet op de aan- of afwezigheid van psychopathologie, maar op het welbevinden. De World Health Organization (WHO) geeft de volgende definitie van geestelijke gezondheid: "Een staat van welbevinden waarin het individu zich bewust is van zijn/haar eigen mogelijkheden, om kan gaan met de normale stress van het leven, productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn/haar gemeenschap." De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat welbevinden van belang is voor het goed functioneren van mensen (Bohlmeijer, Westerhof,

Bolier, Steenveld, Geurts & Walburg, 2013). Een manier om het welbevinden daadwerkelijk te verbeteren, zou reminiscentietherapie kunnen zijn.

1.2 Reminiscentie

Reminiscentie is een methode om het welbevinden van mensen te vergroten. Reminiscentie is een bewust of onbewust proces waarbij gedachten uit het eigen verleden aan elkaar gekoppeld worden. Het omvat het oproepen van een specifieke of algemene stroom aan gedachten die al dan niet vergeten waren. Dat gaat samen met het gevoel dat de opgehaalde gedachten een waarheidsgetrouw beeld geven van de oorspronkelijke gebeurtenissen. Deze verzameling autobiografische gedachten kan de persoon in kwestie voor zichzelf houden of met anderen delen (Bluck & Levine, 1998).

Reminiscentie is een proces dat van nature bij ouderen voorkomt (Korte, Bohlmeijer, Westerhof & Pot, 2011). De definitie van reminiscentie die Bluck en Lavine geven, geeft al aan dat reminiscentie op verschillende manieren tot uitdrukking kan komen. Volgens Cappeliez en O'Rourke kan reminiscentie drie verschillende types functies hebben: drie positieve functies, drie negatieve functies en twee sociale functies. Uit onderzoeken is gebleken dat de verschillende functies van reminiscentie effecten kunnen hebben op de geestelijke gezondheid van ouderen. Het kan worden gesteld dat de positieve functies van reminiscentie een positief effect hebben op het welbevinden van ouderen.

De drie positieve functies van reminiscentie zijn identiteit, probleem oplossen en doodvoorbereiding. Identiteit is een patroon van coherentie dat een persoon vertoont. Hieruit kan de zin van het leven gehaald worden. Probleem oplossen is het gebruik van herinneringen om problemen op te lossen. Doodvoorbereiding houdt in dat herinneringen worden gebruikt om het feit van de eindigheid, het sterfelijke, te kunnen accepteren.

De negatieve functies van reminiscentie hebben een negatief effect op het welbevinden van ouderen. Sociale functies van reminiscentie hebben indirecte effecten op het welbevinden. Een verklaring hiervoor is dat deze vorm van reminiscentie vooral korte termijneffecten heeft op zaken als gevoel en emotie (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Door het bovenstaande is het denkbaar dat de positieve functies van reminiscentie invloed hebben op somberheidsklachten en eenzaamheid bij ouderen.

1.3 Somberheidsklachten

Met somberheidsklachten wordt bedoeld dat een aantal symptomen van een depressie worden ervaren, maar dat er nog niet wordt voldaan aan de criteria van de DSM om de diagnose van een depressie te krijgen. Depressie is een periode van ten minste twee weken waarbij er minimaal vijf symptomen voorkomen die in de DSM-IV staan beschreven. Symptomen zijn bijvoorbeeld bijna dagelijks en het grootste gedeelte van de dag een sombere stemming,

vermindering van interesse en plezier, een veranderd slaap- en/of eetpatroon, gevoelens van waardeloosheid of buitensporige schuldgevoelens en terugkerende gedachten aan de dood. Een depressiesymptoom dat bij somberheidsklachten op de voorgrond staat, is een sombere stemming die hinder oplevert (Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp, 2008).

Depressie en somberheidsklachten komen veel voor onder ouderen. In Nederlandse zorginstellingen heeft 8,1% van de ouderen last van een ernstige depressie, 14,1% heeft te kampen met een milde depressie en maar liefst 24% van de ouderen in zorginstellingen ervaren somberheidsklachten (Jongenelis et al, 2004). Voornamelijk het percentage ouderen dat last heeft van somberheidsklachten, is er erg hoog.

Het hebben van somberheidsklachten leidt niet alleen tot het vergroten van de kans op een depressie, het gaat ook ten koste van het welbevinden (Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013).

1.4 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een subjectief ervaren aversieve emotionele staat, die is gerelateerd aan de perceptie van onvervulde intieme en sociale noden (Luanaigh & Lawlor, 2008). Er zijn verschillende vormen van eenzaamheid. Zo is er sociale en emotionele eenzaamheid (Luanaigh & Lawlor, 2008). Sociale eenzaamheid komt voort uit isolatie die veroorzaakt wordt door het gebrek aan sociale integratie. Emotionele eenzaamheid wordt veroorzaakt door het ontbreken van een vertrouwde hechtingspersoon, zoals een partner. De afwezigheid of het verlies van zo'n partner kan alleen gevuld worden door een andere hechte en intieme band met iemand anders. Enkel sociale contacten voldoen hier niet aan (Luanaigh & Lawlor, 2008). Zo kan het dus voorkomen dat iemand wel sociale contacten heeft en op het eerste oog ook niet eenzaam lijkt, maar wel gevoelens van eenzaamheid ervaart. Eenzaamheid hoeft dus niet hetzelfde te zijn als alleen zijn, omdat alleen zijn niet altijd als negatief ervaren wordt (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Wanneer mensen ouder worden, krijgen zij te maken met vermindering en verlies van sociale contacten, en dit kan tot gevoelens van eenzaamheid leiden. Eenzaamheid is dan ook een gevoel dat veel voorkomt bij oudere mensen (Drageset et al, 2012a). Ongeveer 30% van de Nederlanders ervaart eenzaamheid, waarvan 20% matig en 10% sterk (Savelkoul & Van Tilburg, 2010). Uit een onderzoek van het RIVM uit 2013 bleek dat 65% van de ouderen vanaf 70 jaar zich eenzaam voelt, waarvan 17% ernstig (RIVM, 2013).

Eenzaamheid gaat net al somberheidsklachten ten koste van het algemene welbevinden van ouderen (Weiss, Westerhof & Bohlmeijer, 2013)

1.5 Somberheidsklachten en eenzaamheid

Somberheidsklachten en eenzaamheid bij ouderen lijken met elkaar samen te hangen en komen vaak tegelijkertijd voor (Luanaigh & Lawlor, 2008; Drageset, Espenhaug & Kirkevold,

2012). Ouderen die eenzaam zijn, hebben vaak ook last van somberheidsklachten, hoewel het andersom niet altijd het geval hoeft te zijn. Voor ouderen die eenzaam zijn, lijkt vaak te gelden dat hoe sterker zij eenzaamheid ervaren, hoe meer somberheidsklachten zij ervaren (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Of sociale- of emotionele eenzaamheid het sterkst samenhangt met somberheidsklachten is nog niet bekend (Drageset et al, 2012a). Zowel sociale als emotionele eenzaamheid leiden tot somberheidsklachten of depressie (Launaig & Lawlor, 2008; Jaremka et al, 2012; Drageset et al, 2012b; Azis & Steffens, 2013). Een manier om somberheidsklachten en eenzaamheid bij ouderen te verkleinen zou reminiscentietherapie kunnen zijn.

1.6 Effect reminiscentie op somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden

Recentelijk is er onderzoek gedaan naar de effecten van reminiscentietherapie op depressie (bijvoorbeeld: Korte et al, 2011; Korte Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, Westerhof, 2012). Aan de hand van hetgeen wat al bekend is over reminiscentie, is de interventie ‘Dierbare herinneringen’ ontwikkeld, waarin gestructureerd positieve, specifieke herinneringen worden opgehaald. Mensen die last hebben van somberheidsklachten hebben hier wat meer moeite mee dan mensen die dat niet hebben.

Door somberheidsklachten kunnen herinneringen gekleurd worden. Stemming kan bepalend zijn voor wat voor soort herinneringen mensen met name ophalen. Dit wordt ook wel stemmingscongruent geheugen genoemd. Zo zorgt een positieve stemming ervoor dat vooral positieve herinneringen worden opgehaald en een negatieve stemming zorgt ervoor dat vooral negatieve herinneringen worden opgehaald. Mensen met somberheidsklachten denken vaker aan negatieve herinneringen terug dan aan positieve, omdat deze voor hen makkelijker op te halen zijn (Bower, 1981; Hauer, Wessel, Merckelbach, 2005). Ook maken mensen met een somberheidsklachten meer gebruik van het overalgemeen geheugen (Williams & Broadbent, 1986; Hauer et al, 2005; Williams et al, 2007). Het overalgemeen geheugen houdt in dat mensen zich makkelijker iets algemeen herinneren dan een specifieke, aan tijd gebonden gebeurtenis. Zij denken bijvoorbeeld aan alle onvoldoendes die zij op school hebben gehaald, en niet aan die ene wiskundetoets die niet zo goed ging. Mensen met somberheidsklachten halen dus makkelijker negatieve herinneringen op dan positieve, en makkelijker algemene herinneringen dan positieve.

Remiscentie zorgt er ook voor dat eenzaamheid onder ouderen kan afnemen. Hoewel er nog niet veel onderzoek gedaan is naar het effect van reminiscentie op eenzaamheid, blijkt dat eenzaamheid tot wel drie maanden na een reminiscentie-interventie verminderd blijft (Chiang et al, 2010; Liu, Lin, Chen, & Huang, 2007). Omdat eenzaamheid sterk samenhangt met somberheidsklachten, is het aannemelijk dat als somberheidsklachten door middel van reminiscentie verminderen, eenzaamheid dat mee verandert.

Op het welbevinden heeft reminiscentie een direct effect. Zoals gezegd heeft reminiscentie verschillende functies. De positieve functies kunnen ervoor zorgen dat er op latere leeftijd gevoelens van positieve relaties, mastery, omgaan met probleem, zelfvertrouwen en betekenis geven aan het leven (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Zoals gezegd, hebben de positieve functies een positieve invloed op het welbevinden en de negatieve functies van reminiscentie een negatieve invloed. De sociale functies hebben alleen een indirecte invloed (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Apathie, afwezigheid van hoop, blijven denken aan onopgeloste conflicten en verliezen hebben een negatief effect op het welbevinden. Daar in tegen helpt het gebruik van autobiografisch geheugen om identiteit en een zelf-continuïteit te verkrijgen. Ook helpt het om betekenis in het leven te zien. Zo hebben de positieve functies van reminiscentie een positieve invloed op het welbevinden. Daarnaast kan het ophalen van herinneringen die te maken hebben met het succes vol omgaan met problemen ervoor zorgen dat een persoon dit in de toekomst blijft doen (O'Rourke, Cappeliez & Claxton, 2011).

1.7 Dierbare herinneringen

Onderzoekers van de Universiteit Twente hebben de interventie 'Dierbare herinneringen' ontwikkeld. Deze interventie maakt gebruik van de positieve werking van reminiscentie om onder andere somberheidsklachten en eenzaamheid te verminderen. Tijdens deze interventie wordt een oudere gekoppeld aan een vrijwilliger, die gestructureerd positieve, specifieke herinneringen gaat ophalen (interventiegroep) of die gewoon langs komt voor een praatje, kopje koffie, spelletje of iets dergelijks (controlegroep). Het doel hiervan is om te onderzoeken welk effect dit vrijwilligerscontact heeft op het welbevinden van de oudere.

Dit onderzoek zal zich richten op de mogelijke effecten die de interventie 'Dierbare herinneringen' heeft op somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden bij ouderen. Er zal gekeken worden of ouderen na de interventie minder last hebben van somberheidsklachten en eenzaamheid en of zij beter welbevinden ervaren.

1.8 Wetenschappelijke relevantie huidig onderzoek

Het percentage ouderen met somberheidsklachten is erg hoog. Net als somberheidsklachten, komt ook eenzaamheid veel voor onder ouderen (Drageset et al, 2012a). Vooral bij ouderen kan emotionele eenzaamheid voorkomen, omdat zij met het ouder worden veel te maken hebben met het wegvallen van partners. Daarom is het juist voor ouderen zinvol om de mogelijkheden te onderzoeken voor preventie tegen eenzaamheid (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Somberheidsklachten en eenzaamheid belemmeren beide het welbevinden (Bolier et al, 2013; Weiss, Westerhof & Bohlmeijer, 2013). Daarnaast zijn het ook risicofactoren voor een depressie (Cuijpers, de Graaf & Van Dorsselaer, 2004; Luanaigh & Lawlor, 2008; Jaremka et al, 2012; Azis & Steffens, 2013). Eenzaamheid is mogelijk zelfs een van de sterkste risicofactoren

(Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann, 1997). Een depressie is een ernstige aandoening die de samenleving veel geld kost (RIVM, 2011).

Omdat somberheidsklachten en eenzaamheid beide veel voorkomen, risicofactoren zijn voor een depressie en zorgen voor een verminderd welbevinden, is het noodzakelijk dat er onderzoek wordt gedaan naar praktische middelen die somberheidsklachten en eenzaamheid kunnen verminderen of voorkomen. Juist omdat we momenteel leven in een tijd van vergrijzing waarin steeds meer mensen steeds ouder worden, is het noodzakelijk om te onderzoeken op welke manier deze vergrijzing gepaard kan gaan met minder somberheidsklachten, eenzaamheid en depressie en een hoger welbevinden.

De onderzoeksvraag die uit het bovenstaande voortkomt is:

“Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar?”

Om een antwoord te kunnen formuleren op deze onderzoeksvraag, dienen eerst de volgende deelvragen beantwoord te worden:

1. Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar?

Uit deze deelvraag komt de volgende hypothese:

‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar zullen afnemen.

2. Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar?

De volgende hypothese komt uit deze deelvraag:

‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar zal afnemen.

3. Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op het welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar?

Uit deze deelvraag komt de volgende hypothese:

‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat het welbevinden van ouderen vanaf 65 jaar zal toenemen.

2. Methode

2.1 Deelnemers

Er zijn voor dit onderzoek 86 personen geworven. De deelnemers zijn allemaal bewoners van zorgcentra ‘de Posten’ of ‘Zorggroep Sint-Maarten’ in het noorden en oosten van Nederland, van zowel de somatische- als de niet-somatische afdelingen. De deelnemers van dit onderzoek waren in principe personen van 65 jaar of ouder. Bij het werven gaven veel mensen aan niet mee te willen doen. Bijvoorbeeld tussen begin maart 2014 en half mei 2014 wilde slechts 17% van de benaderde personen meedoen (ongeveer 150 personen benaderd, 26 deelnemers).

De inclusiecriteria voor dit onderzoek waren een leeftijd van minimaal 65 jaar; geen ernstige depressieve episode; niet in de afgelopen drie maanden begonnen met het gebruik van medicijnen tegen een depressie en geen ernstige cognitieve beperkingen. De exclusiecriteria waren een leeftijd jonger dan 65 jaar; een ernstige depressieve episode; in de afgelopen maanden begonnen met het gebruik van medicijnen tegen een depressie en ernstige cognitieve beperkingen. De demografische gegevens van de deelnemers staan in Tabel 1.

2.2 Interventie ‘Dierbare herinneringen’

Zoals gezegd in de inleiding, is de interventie ‘Dierbare herinneringen’ ontwikkeld door de onderzoekers van de Universiteit Twente. De interventie hield in dat ouderen vanaf 65 jaar in verzorgingstehuizen, contact hebben met een vrijwilliger. Er waren twee groepen: de interventiegroep en de controlegroep. De deelnemers werden hier random over verdeeld.

De interventiegroep ontving ‘Dierbare herinneringen.’ Er kwam vijf keer, een maal in de week, drie kwartier lang een vrijwilliger langs, binnen maximaal acht weken. Deze vrijwilliger ging met de oudere bewust positieve, specifieke herinneringen ophalen. Tijdens elk contact stond er een thema centraal: introductie en kennismaking, kindertijd, jeugd, volwassenheid en het leven in het algemeen.

Bij de deelnemers uit de controlegroep kwam ook vijf keer, een maal in de week, drie kwartier lang een vrijwilliger langs, binnen maximaal acht weken. De oudere mocht dit contact naar wens inrichten. Daarbij kon bijvoorbeeld gedacht worden aan een praatje, een wandeling, een kop koffie of thee of een spelletje.

De procedure van deze interventie, zal in de volgende alinea besproken worden.

2.3 Procedure

Voor de interventie ‘Dierbare herinneringen’ werkten de onderzoekers van de Universiteit Twente samen met de zorginstellingen ‘De Posten’ en ‘Zorggroep Sint-Maarten,’ welke beide uit meerdere vestigingen bestaan in het noorden en oosten van Nederland. In overleg met de zorginstellingen werd een deelnemerslijst aangedragen met bewoners van de zorginstellingen die

Tabel 1. *Demografische gegevens deelnemers, N=25*

Gegeven	Omschrijving	
Leeftijd	Gemiddeld (in jaren)	84,4
	Standaardafwijking	8,0
	Aantal personen jonger dan 65	1
	Leeftijd jongste deelnemer (in jaren)	63
	Leeftijd oudste deelnemer (in jaren)	97
Geslacht	Man (%)	28
	Vrouw (%)	72
Medicatie somberheid	(%)	0
Burgerlijke staat	Weduwe/weduwenaar (%)	76
	Gehuwd/geregistreerd partnerschap (%)	12
	Gescheiden (%)	8
	Ongehuwd (%)	4
Woonsituatie	Alleenstaand (%)	88
	Samenwonend met partner (%)	4
	Anders (%)	8
Geboorteland	Nederland (%)	100
Nationaliteit	Nederlands (%)	100
Hoogst genoten opleiding	Lagere school (%)	32
	Lager beroepsonderwijs (%)	32
	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (%)	16
	Geen onderwijs (%)	12
	Hoger beroepsonderwijs (%)	4
	Anders (%)	4
Dagelijkse activiteit	Pensioen (%)	76
	Arbeidsongeschikt (%)	12
	Huishoudelijk werk (%)	4
	Werkloos (%)	4
	Anders (%)	4

zoveel mogelijk voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria. Deze deelnemerslijst werd samengesteld door eindverantwoordelijke verzorgers (EVV'ers). Naar deze potentiële deelnemers werd een informatiebrief verzonden met uitleg over het onderzoek. Een week na bezorging van de brief, kwam een psychologiestudent van de Universiteit Twente langs. De studenten waren te herkennen aan een badge met het logo van de Universiteit Twente. Deze student gaf de potentiële deelnemer extra uitleg over het onderzoek en vroeg om deelname.

Wanneer de potentiële mee wilde doen, vond de t0-meting plaats, of werd er een afspraak ingepland om de t0-meting zo snel mogelijk af te nemen (zie Bijlage 1). Na de t0-meting werden de deelnemers random verdeeld over twee groepen (interventiegroep en controlegroep). Wanneer er vijf keer contact was geweest tussen de oudere en de vrijwilliger, was er weer een meetmoment (t1). Dit vond dus ongeveer twee maanden na t0 plaats. Vervolgens was er zes maanden na de interventie nog een t2-meting, dus acht maanden na de t0 meting.

2.4 Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek waren er drie meetmomenten voor de deelnemers. Tijdens deze meetmomenten werden vragenlijsten afgenomen, die bestonden uit bestaande psychologische tests en vragen. Omdat dit huidige onderzoek een onderdeel was van een lopend onderzoek van de Universiteit Twente, bevatten deze vragenlijsten ook tests die niet relevant waren voor dit onderzoek. De voor dit onderzoek relevante tests worden besproken.

Het eerste meetmoment was t0. Tijdens de t0-meting werd een vragenlijst afgenomen bestaande uit vragen en tests over: zorggebruik, demografische gegevens, somberheidsklachten, eenzaamheid en positieve, specifieke autobiografische herinneringen. Dit meetmoment vond plaats tussen februari 2013 en mei 2014.

Het tweede meetmoment is t1. Tijdens de t1-meting werd weer een vragenlijst afgenomen bij de deelnemers, met vragen over: zorggebruik, somberheidsklachten, eenzaamheid en specifieke, positieve, autobiografische herinneringen.

Het laatste meetmoment is t2. Tijdens de t2-meting werd gemeten: zorggebruik, somberheidsklachten, eenzaamheid en specifieke, autobiografische herinneringen. Wanneer meetmomenten t1 en t2 werden plaatsvonden, was afhankelijk van wanneer meetmoment t0 was afgenomen.

2.4.1 Meetinstrumenten voor inclusie- en exclusiecriteria

Om te beoordelen of de potentiële deelnemers voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria, bevatte vragenlijst t0 negen items met betrekking tot de demografische gegevens en twee items over het zorggebruik (bezoek aan psycholoog/psychiater en medicijngebruik). Ook bevatte het meetinstrument andere testen om te beoordelen of de deelnemers aan de inclusie- en exclusiecriteria voldeden. Een van deze meetinstrumenten was een gedeelte van de Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI, Sheehan et al. 1988) om te bepalen of er sprake was van een depressie. Wanneer hier sprake van was, werd de Sheehan Disability Scale (SDS, Leon et al., 1997) afgenomen om de ernst van de depressie te bepalen. Om het cognitief functioneren te beoordelen, werd de Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975) gebruikt.

2.4.2 Geriatric Depression Scale – 8-item version (GDS-8)

Somberheidsklachten werden gemeten door de vragenlijst GDS-8 (Jongenils et al., 2007). De Cronbach's alpha is 0,66, waarmee de alpha voldoende is. De GDS-8 bestaat uit acht items waarop de deelnemers met ja of nee konden antwoorden. Bij vier van de items betekent een positief antwoord dat de deelnemer geen last heeft van de depressieklacht, bij de andere vier items betekent een positief antwoord dat de deelnemer wel last heeft van de depressieklacht. Dit houdt in dat de helft van de items omgeschaald diende te worden. Voorbeelden van vragen uit de GDS-8 zijn: "Bent u innerlijk tevreden met uw leven?" en "Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?"

De oorspronkelijke GDS is Engelstalig en heeft een interne consistentie van $\alpha = 0.94$. De split-half betrouwbaarheid geeft dezelfde waarde. De test-hertest betrouwbaarheid geeft een correlatie van $r=0,85$ (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, Leirer, 1983). De acht items die in het Nederlands zijn vertaald hebben een interne consistentie van 0.86. Voor een ernstige depressie is de sensitiviteit 96,3% en voor een lichte depressie 83%. De specificiteit is 71%. (Jonenelis, Gerritsen, Pot, Beekman, Eissens, Kluiters, Ribbe, 2007).

2.4.3 Eenzaamheidsschaal

De eenzaamheidsschaal (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985) is een vragenlijst die de eenzaamheid meet, zowel sociale eenzaamheid als emotionele eenzaamheid. De Cronbach's alpha van de eenzaamheidsschaal is 0,51, waarmee de redelijk laag is. De eenzaamheidsschaal bestaat uit elf items. De meetschaal is een vijf-puntschaal. De deelnemer kan kiezen uit de antwoordmogelijkheden 'helemaal mee oneens – mee oneens – min of meer – mee eens – helemaal mee eens.'

Sommige items waren positief geformuleerd, andere negatief. Een voorbeeld van een item van de eenzaamheidsschaal die positief is geformuleerd is: "Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse problemen terecht kan." Een voorbeeld van een item die negatief is geformuleerd is: "Ik mis een echt goede vriend of vriendin." De positief geformuleerde items werden omgeschaald, zodat een hoge score op een hoge mate van eenzaamheid wees.

De originele versie van de Eenzaamheidsschaal is Nederlandstalig, dus die versie is gebruikt voor dit onderzoek. Van de Eenzaamheidsschaal is een deprivatiescore bekend, die gebaseerd is op de som van het aantal items waar de respondent mee instemde. De correlatie tussen de score op een deprivatieschaal en de score op een zelfbeoordelingsschaal was significant, $r=0,66$. Respondenten die hoog scoorden op de deprivatieschaal, beoordeelden zichzelf veel vaker als eenzaam ten opzichte van de anderen (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985).

2.4.4 Mental Health Continuum – Short Form

De MHC-SF meet het algemene welbevinden. De Cronbach's alpha is 0.88, waarmee de alpha hoog is. De MHC-SF kent een zes-puntschaal en veertien items. Alle veertien items zijn

positief geformuleerd. De antwoordmogelijkheden waren: “nooit – één of twee keer – ongeveer één keer per week – twee of drie keer per week – bijna elke dag – elke dag.” Hoe hoger de score, hoe hoger het welbevinden.

Voorbeelditems zijn: “In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?” en “In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit heeft?”

De originele versie van de MHC-SF is Engelstalig. De test bestaat uit drie subschalen: emotioneel welzijn, psychologisch welzijn en sociaal welzijn. De Nederlandse versie van de MHC-SF laat een goede psychometrische kwaliteit zien in vijf Nederlandse pilot studies. De interne betrouwbaarheid is hoog, namelijk 0,89. De subschalen scoren alle drie voldoende. Emotioneel welzijn heeft een alfa van 0,83, psychologisch welzijn ook 0,83 en sociaal welzijn 0,74. Bij een test-hertest met een tussenperiode van een aantal maanden is de Cronbach's alfa rond 0,50. Dit laat zien dat de uitkomsten van de MHC-SF stabiel zijn over tijd (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, Keyes, 2011).

2.5 Statistische analyse

Om de resultaten te analyseren, werd er gebruik gemaakt van SPSS versie 22. Om te beoordelen of de data normaal verdeeld waren, is er gebruik gemaakt van de Kolmogorov-Smirnov-test. Hieruit bleek dat van de demografische gegevens geslacht, burgerlijke staat, woonsituatie, hoogst genoten opleiding en dagelijkse activiteit niet normaal verdeeld zijn. Van de demografische gegevens is leeftijd wel normaal verdeeld. In welke groep de deelnemers zijn ingedeeld, is ook niet normaal verdeeld.

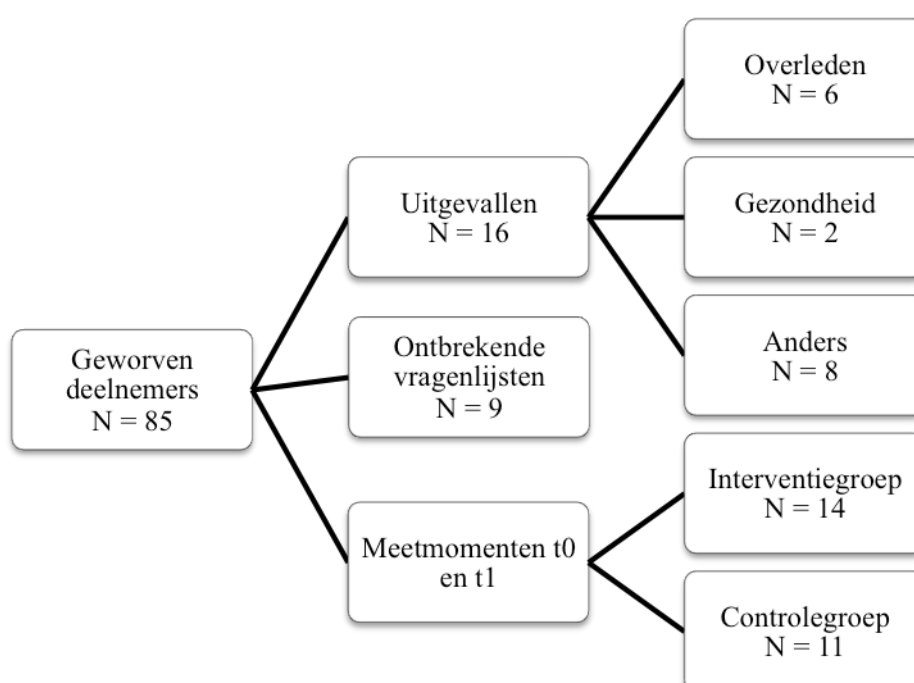
De scores van de testen van de t0-meting bleken allemaal normaal verdeeld, behalve de score van de MINI. Bij de MINI haalden veel deelnemers een lage score, van 0 of 1. De scores van de testen van de t1-meting zijn allemaal normaal verdeeld.

Allereerst is er gekeken naar de gemiddelde scores en de standaard afwijkingen die de groepen hebben behaald op de verschillende tests op de t0-meting en de t1-meting. Vervolgens is er met een gepaarde t-toets bekeken of somberheidsklachten en eenzaamheid significant waren afgenomen en of welbevinden significant was toegenomen. Dit is ook gedaan voor de twee afzonderlijke groepen.

Vervolgens zijn er ANCOVA-toetsen gedaan om te kijken of het verschil tussen de t0-meting en de t1-meting van beide groepen significant van elkaar verschilden. De afhankelijke variabele hierbij was de totaalscore op een test van de t1-meting, de co-variaat was de totaalscore van een test op de t0-meting en de vaste factor was de groep. Op deze manier zijn de hypothesen getest.

3. Resultaten

Voor dit onderzoek zijn in totaal 86 personen geworven. Hiervan zijn 16 personen uitgevallen. Zes deelnemers zijn overleden tijdens de interventie, twee zijn gestopt door gezondheidsredenen en acht deelnemers hadden een andere reden om te stoppen (bijvoorbeeld te veel heftige herinneringen). Daarnaast waren er negen deelnemers waarvan een vragenlijst ontbrak. Na uitval bleven er 61 respondenten over. Van hen hadden 25 deelnemers meetmoment t1 gedaan. Deze 25 personen zijn meegenomen in de analyse. Verder hebben twee personen meegedaan aan meetmoment t2. Vanwege dit lage aantal is ervoor gekozen om meetmoment t2 buiten beschouwing te laten.



Figuur 1. Totstandkoming aantal deelnemers voor analyse

Van de 25 deelnemers zaten er 11 in de controlegroep en 14 in de interventiegroep. Van de deelnemers was 28% man en 72% vrouw. Er was één deelnemer jonger dan 65, namelijk 63 jaar. Vanwege het lage aantal deelnemers, is besloten deze deelnemer wel mee te nemen in de analyse. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 84,8 jaar, met een standaardafwijking van 8,0 jaar. De oudste deelnemer was 97. De deelnemers zijn allemaal in Nederland geboren en hebben de Nederlandse nationaliteit. Het grootste gedeelte van de deelnemers, 76%, was weduwe/weduwenaar en het grootste deel was alleenstaand (88%). De meest voorkomende hoogst genoten opleidingen zijn de lagere school en het lager beroepsonderwijs (beide 32%), gevolgd door middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (16), geen opleiding (12%), en hoger beroepsonderwijs en anders (beide 4%). De meest voorkomende dagelijkse activiteit is

gepensioneerd zijn (76%), gevolgd door arbeidsongeschiktheid (12%), werkloosheid, huishoudelijk werk en anders (alle drie 4%).

Er zijn ANCOVA-toetsen uitgevoerd met als vaste factor de demografische gegevens (afhankelijke variabele was de totaalscore van meetmoment t1 en co-variant de totaalscore op meetmoment t0). Het verschil tussen de t0-meting en de t1-meting tussen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, opleiding of dagelijkse activiteiten bleek niet significant te zijn, wat erop wijst dat de randomisatie over de groepen geslaagd is.

De gemiddelde scores van de verschillende groepen op de tests staan weergegeven in Tabel 2. Hierbij is met behulp van een gepaarde t-toets ook gekeken of er significantie verschillen waren tussen de t0-meting en de t1-meting. Ditzelfde is gedaan met de demografische gegevens. Dit staat weergegeven in Bijlage 2.

Tabel 2. Gemiddelde scores per variabele o.b.v. groep, N=25: gemiddelde scores en (S.D.)

	t0-meting	t1-meting	t0-meting	t1-meting	t0-meting	t1-meting
	Totaal	Totaal	Interventie	Interventie	Controle	Controle
	(n = 25)	(n = 25)	(n = 14)	(n = 14)	(n = 11)	(n = 11)
GDS-8						
Gem. (S.D.)	3,16 (1,99)	1,76 (1,99)**	3,50 (2,10)	1,93 (2,34)	2,37 (1,85)	1,55 (1,51)*
Range	0-7	0-7	0-7	0-7	0-6	0-4
ES						
Gem. (S.D.)	32,6 (8,62)	29,0 (9,20)	32,8 (7,82)	27,6 (9,11)	32,3 (9,94)	30,9 (10,3)
Range	12-48	13-44	18-44	13-39	12-48	15-44
MHC-SF						
Gem. (S.D.)	56,2 (12,6)	56,3 (9,81)	58,6 (4,49)	59,3 (9,78)	53,1 (9,56)	52,6 (8,88)
Range	27-82	37-74	27-82	37-74	40-73	37-66

* verschil met t0-meting is significant bij $\alpha < 0,05$

** verschil met t0-meting is significant bij $\alpha < 0,01$

Hoewel de totaalscore op de GDS-8 van beide groepen samen significant is gedaald, blijkt dat dit op groepsniveau alleen het geval is bij de controlegroep. Uit de tabel van Bijlage 2 blijkt dat de totaalscore op de GDS-8 significant is afgenomen bij vrouwen, maar niet bij mannen. Van de mannen zitten er twee in de interventiegroep en vijf in de controlegroep.

Ook opvallend is dat de totaalscores op de MHC-SF bij de t0-meting van beide groepen erg verschillen (de interventiegroep scoort al op de t0-meting 5,5 punten hoger), hoewel dit verschil niet significant is.

3.1 Wat is het effect van de interventie 'Dierbare herinneringen' op somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar?

Hypothese: “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar zullen afnemen.” Allereerst werd er gekeken naar de scores op de GDS-8 van de t0-meting en van de t1-meting, met behulp van een gepaarde t-toets. Het verschil was significant. Op groepsniveau gold dit alleen voor de controlegroep (zie Tabel 2).

Ook is er gebruik gemaakt van een ANCOVA. De afhankelijke variabele hierbij was de totaalscore op de GDS-8 die de deelnemers hebben behaald op de t1-meting. De co-variaat was de totaalscore op de GDS-8 van de deelnemers tijdens de t0-meting. De vaste factor was de groep (controle of interventie). De uitkomst was $F = 0,03$ en $p = 0,87$. Hieruit bleek (zie Tabel 3) dat het verschil tussen de t0-meting op somberheidsklachten en de t1-meting hiervan van de interventiegroep, niet significant verschilde van die van de controlegroep.

De hypothese “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar zullen afnemen” werd gezien de resultaten verworpen.

3.2 Wat is het effect van de interventie 'Dierbare herinneringen' op eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar?

Hypothese: “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar afneemt.” Om deze hypothese te testen, is er allereerst met een gepaarde t-toets gekeken naar de totaalscore op de eenzaamheidsschaal op de t0-meting en op de t1-meting. Deze bleken niet significant van elkaar te verschillen (zie Tabel 2).

Verder is er gebruik gemaakt van een ANCOVA. De afhankelijke variabele hierbij was de totaalscore op de eenzaamheidsschaal die tijdens de t1-meting is behaald. De co-variaat was de totaalscore op de eenzaamheidsschaal tijdens de t0-meting hebben opgehaald. De vaste factor was de groep (controle of interventie). De uitkomst (zie Tabel 3) was $F = 0,68$ en $p = 0,42$. Hieruit bleek dat het verschil tussen de t0-meting op eenzaamheid en de t1-meting hiervan van de interventiegroep, niet significant verschilde van die van de controlegroep.

De hypothese “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar zal afnemen” werd dus verworpen.

3.3 Wat is het effect van de interventie 'Dierbare herinneringen' op het welbevinden van ouderen vanaf 65 jaar?

Hypothese: “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat het welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar toeneemt.” Om deze hypothese te testen, is er allereerst

met een gepaarde t-toets gekeken naar de totaalscore op de eenzaamheidsschaal op de t0-meting en op de t1-meting. Deze bleken niet significant van elkaar te verschillen (zie Tabel 2).

Verder is er gebruik gemaakt van een ANCOVA-toets. De afhankelijke variabele hierbij was de totaalscore op de MHC-SF die tijdens de t1-meting is behaald. De co-variant was de totaalscore op de MHC-SF tijdens de t0-meting hebben opgehaald. De vaste factor was de groep. De uitkomst (zie Tabel 3) was $F = 1,80$ en $p = 0,19$. Hieruit bleek dat het verschil tussen de t0-meting op eenzaamheid en de t1-meting hiervan van de interventiegroep, niet verschilde van die van de controlegroep.

De hypothese “De interventie ‘Dierbare herinneringen’ zal als effect hebben dat het welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar zal toeneemt” werd dus verworpen.

Tabel 3. *Resultaten van de ANCOVA, vaste factor groep, N=25*

	F	df	P
Somberheidsklachten	0,03	1	0,87
Eenzaamheid	0,68	1	0,42
Welbevinden	1,80	1	0,19

4. Discussie

Somberheidsklachten en eenzaamheid zijn gevoelens die veel voorkomen onder ouderen. Het zijn onprettige gevoelens die tevens het welbevinden belemmeren. Ook zijn het belangrijke risicofactoren voor een depressie. Een depressie is een erg kostbare aandoening voor de Nederlandse samenleving. Omdat steeds meer mensen steeds ouder worden, is het van belang dat onderzocht wordt hoe somberheidsklachten en eenzaamheid onder ouderen verminderd kunnen worden en hoe het welbevinden verbeterd kan worden.

Onderzoekers van de Universiteit Twente hebben daarom de interventie ‘Dierbare herinneringen’ ontwikkeld, gebaseerd op reminiscentie. Deze interventie had als doel om onder andere somberheidsklachten en eenzaamheid te verminderen en het welbevinden te vergroten. Bij dit huidige onderzoek is gebruik gemaakt van deze interventie. De onderzoeksvraag in dit onderzoek was: *“Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op somberheidsklachten, eenzaamheid en welbevinden bij ouderen vanaf 65 jaar?”* Hieruit volgden drie deelvragen.

4.1 Conclusies

De eerste deelvraag was: *“Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op somberheidsklachten bij ouderen vanaf 65 jaar?”* Mensen met somberheidsklachten halen makkelijker negatieve, algemene herinneringen ophalen dan positieve, specifieke herinneringen (Bower, 1981; Hauer et al, 2005; Williams & Broadbent, 1986; Williams et al, 2007). Daarom was te verwachten dat mensen uit de interventiegroep na afloop van de interventie minder somberheidsklachten zouden ervaren als daarvoor, omdat zij tijdens de interventie hebben geoefend om positieve, specifieke herinneringen op te halen, in tegenstelling tot mensen uit de controlegroep.

Aan de hand van de gemiddelde scores, bleek dat de scores voor somberheidsklachten erg gedaald waren. Door een gepaarde t-toets bleek dat somberheidsklachten significant waren afgenomen over alle deelnemers. Wanneer er gekeken werd naar de groepsverdeling, bleek echter dat alleen de afname van somberheidsklachten bij de controlegroep significant was afgenomen, uitgaande van een significantieniveau van 0,05. Door middel van een ANCOVA-toetsing bleek echter dat er geen significant verschil was tussen de interventiegroep en de controlegroep.

Deze resultaten komen niet overeen met wat op basis van de literatuur werd verwacht. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de somberheidsklachten zijn afgenomen door het contact met de vrijwilliger, ongeacht wat er tijdens die contactmomenten gedaan werd. Ook zou de factor tijd een rol kunnen spelen bij het afnemen van somberheidsklachten. Een andere verklaring zou de

tijd in het jaar kunnen zijn. Zo vond bij een deel van de deelnemers de t0-meting plaats in de winter en de t1-meting in de zomer.

Dat somberheidsklachten in beide groepen zijn afgenomen (hoewel niet significant in de interventiegroep), zou er ook op kunnen wijzen dat beide vormen van contact met de vrijwilliger met elkaar interfereren. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat deelnemers uit de controlegroep toch herinneringen ophalen met de vrijwilliger omdat dit gewoon tijdens een gesprek gebeurt.

De tweede deelvraag was: *“Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar?”* Zoals gezegd in de inleiding, komt eenzaamheid vaak tegelijkertijd voor met somberheidsklachten. Omdat verwacht werd dat somberheidsklachten door ‘Dierbare herinneringen’ zouden afnemen, werd verwacht dat daarmee ook eenzaamheid zou afnemen. Daarnaast liet literatuur zien dat reminiscentie ervoor zorgt dat eenzaamheid afneemt (Chiang et al, 2010; Liu, 2007).

Door een gepaarde t-toets bleek dat eenzaamheid zowel over het totaal aantal deelnemers als in de interventie- als in de controlegroep niet significant was afgenomen. Door het toepassen van een ANCOVA-toetsing bleek dat er geen verschil was in veranderingen van eenzaamheid bij de controlegroep en de interventiegroep.

Dit komt dus niet overeen met wat gevonden is in de wetenschappelijke literatuur. Het onderzoek van Chiang et al. (2010) was een vergelijkbaar onderzoek als het huidige, waar wel een significant verschil was bij de afname van eenzaamheid bij de interventiegroep. Het contact was in dat onderzoek niet vijf, maar acht keer binnen twee maanden. Ook was er bij het onderzoek van Chiang et al. sprake van groepsessies met een begeleider, in plaats van één op één contact met een vrijwilliger. Ook het onderzoek van Liu, Lin, Chen en Huang laat zien dat eenzaamheid door middel van reminiscentie afneemt. Echter, ook hier was sprake van meer contactmomenten, namelijk tien. Daarbij ging het om ouderen die nog thuis woonden (Liu et al, 2007). Een verklaring voor het feit dat de resultaten van dit onderzoek niet overeenkomen met wat op basis van de wetenschappelijke literatuur verwacht wordt, kan zijn dat er bij dit onderzoek minder sessies plaatsvonden.

De derde deelvraag was *“Wat is het effect van de interventie ‘Dierbare herinneringen’ op eenzaamheid bij ouderen vanaf 65 jaar?”* Zoals in de inleiding gezegd, heeft reminiscentie een positieve invloed op het welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2014).

Echter, uit een gepaarde t-toets bleek dat het welbevinden niet significant was toegenomen in zowel de interventiegroep als de controlegroep. Uit de ANCOVA-toets bleek dan ook geen verschil te zijn in toename van welbevinden tussen de controlegroep en de interventiegroep.

Deze resultaten komen niet overeen met de literatuur. Een verklaring hiervoor is dat in de review van Westerhof en Bohlmeijer (2014) vooral onderzoeken worden besproken waarin gebruik is gemaakt van interventies die uit meer dan vijf sessies bestonden. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat het gebruikte meetinstrument voor welbevinden niet aansloot bij de doelgroep. Zo kent de MHC-SF veel vragen die te maken hebben met zelfontwikkeling, zoals bijvoorbeeld: “Heeft u het gevoel dat u iets heeft bijgedragen aan de samenleving?” Het is denkbaar dat zelfontwikkeling nauwelijks of niet meer van toepassing is bij de doelgroep van 65 jaar en ouder.

4.2 Opvallende resultaten

Wat met name opvalt aan de resultaten is dat somberheidsklachten over het algemeen significant zijn afgenomen. Wanneer er naar de verschillende groepen wordt gekeken, valt op dat bij de interventiegroep somberheid niet significant is afgenomen, hoewel de gemiddelde scores wel degelijk een daling laten zien. Bij de controlegroep zijn de somberheidsklachten wel significant afgenomen. Dit zou kunnen betekenen dat somberheidsklachten niet zozeer afnemen door ‘Dierbare herinneringen’, maar wel door het contact dat met de vrijwilliger plaatsvindt. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de twee vormen van vrijwilligerscontact veel op elkaar lijken, doordat er in de controlegroep wellicht ook herinneringen worden opgehaald tijdens gesprekken die ouderen en vrijwilligers met elkaar voeren. Ook is het denkbaar dat de deelnemers uit de controlegroep het contact als wat ongedwongener ervaren, omdat zij naast praten ook nog iets anders doen, zoals een spelletje of een wandeling maken. Dit zou kunnen verklaren waarom de afname van somberheidsklachten in de controlegroep wel significant was en bij de interventiegroep niet.

Wat verder opviel bij de afname van somberheidsklachten, was dat de afname op de GDS-8 alleen significant was bij vrouwen en niet bij mannen (zie tabel Bijlage 2). Een verklaring hiervoor is dat vrouwen en mannen wellicht anders met hun herinneringen omgaan. Tevens zou een verklaring kunnen zijn dat de groep vrijwilligers vooral uit vrouwen bestond. Het is mogelijk dat de vrouwelijke deelnemers opener zijn naar een vrouwelijke vrijwilliger dan dat mannelijke deelnemers zijn naar een vrouwelijke vrijwilliger.

Opvallend is ook dat eenzaamheid niet significant afneemt en somberheidsklachten wel. Uit de literatuur bleek dat deze twee factoren sterk samenhangen. In dit geval lijken het toch twee verschillende constructen te zijn. Ditzelfde geldt voor welbevinden. Hoewel somberheidsklachten wel significant afnemen, neemt welbevinden niet significant toe. Ook somberheidsklachten en welbevinden zijn dus verschillende constructen.

4.3 Sterke kanten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er in de verzorgingscentra zowel deelnemers zijn geworven met somatische klachten als deelnemers die dat niet hebben. Het is denkbaar dat mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen somberheidsklachten en/of eenzaamheid op een andere manier ervaren dan mensen die dat niet hebben. Daarom is het goed dat beide groepen zijn meegenomen in dit onderzoek.

Een ander sterk punt is het gebruik van een controlegroep. Hierdoor kon onderzocht worden of effecten te danken waren aan ‘Dierbare herinneringen’ of dat andere factoren, zoals aandacht van de vrijwilliger of het verstrijken van tijd van invloed waren.

Verder was de toepasbaarheid in de praktijk van de interventie een sterk punt. ‘Dierbare herinneringen’ is makkelijk toepasbaar: er is geen dure apparatuur voor nodig of grote ruimtes. Het enige wat nodig is, zijn getrainde vrijwilligers. De ouderen en deelnemers kunnen zelf afspraken inplannen, waardoor de dagelijkse activiteiten in de zorgcentra en het personeel dat daar werkt, er geen hinder van ondervindt. Wanneer uit het momenteel nog lopende onderzoek blijkt dat het effectief is (want er wordt naast somberheidsklachten en eenzaamheid naar nog meer uitkomstmaten gekeken), kan ‘Dierbare herinneringen’ in de praktijk heel gemakkelijk worden toegepast. Daarbij is het geen kostbare interventie om toe te passen.

Qua beperking van dit onderzoek is vooral het lage aantal respondenten waarbij een t1-meting is uitgevoerd opvallend. Dit komt deels doordat deelnemers gedurende de interventie uitvallen en deels doordat dit een lopend onderzoek is waardoor nog niet alle deelnemers toe waren aan een t1-meting. Een grotere steekproef was beter geweest, omdat de steekproef dan representatiever wordt voor de doelgroep. Daarbij hebben uitschieters een minder grote invloed op de resultaten in een grotere steekproef.

Verder was er een maar een laag percentage van de potentiële deelnemers die op de lijst van de EVV’ers stonden, bereid om mee te doen. Hierdoor rijst de vraag op of er een bias is opgetreden door het persoonlijkheidstype persoon dat bereid was om mee te doen met dit onderzoek. Wellicht zijn de mensen die mee hebben gedaan, mensen die beter in hun vel zitten dan mensen die niet mee wilden doen, of zijn het mensen die van nature geneigd zijn om snel ja te zeggen.

Ook duurden de vragenlijsten voor sommige ouderen wat lang. Het is daarom denkbaar dat sommige ouderen aan het eind van de meetmomenten meer moeite krijgen om zich te concentreren en daardoor antwoorden geven zonder er goed over na te denken.

4.4 Aanbevelingen

Omdat de resultaten in dit onderzoek niet in overeenstemming zijn de wetenschappelijke literatuur, is het erg belangrijk dat er meer onderzoek wordt gedaan naar hoe somberheidsklachten

en eenzaamheid onder ouderen verminderd kan worden. Verder onderzoek is daarom van belang. Daarbij is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van een groter aantal deelnemers, om een representatiever beeld te krijgen van de doelgroep. Tevens zou er op basis van bestaande wetenschappelijke literatuur besloten kunnen worden om de interventie uit te breiden met meer contactmomenten waarop de deelnemers bezig zijn met reminiscentie.

Daarnaast ontbreken bij dit huidige onderzoek resultaten die iets zeggen over de lange termijn effecten. Zo zou het bijvoorbeeld mogelijk kunnen zijn dat somberheidsklachten bij de controlegroep alleen op korte termijn afnemen en bij de interventiegroep ook op lange termijn. Doordat in dit huidige onderzoek de t2-meting buiten beschouwing is gelaten, valt hier nog geen uitspraak over te doen.

Verder kan er gekeken worden wat de resultaten van soortgelijk onderzoek zijn als er nog een controlegroep wordt toegevoegd die helemaal geen contact met een vrijwilliger ontvangt. Wanneer dit het geval is, kan beoordeeld worden of de factor tijd invloed heeft op de afname van bijvoorbeeld somberheidsklachten, of dat het effect daadwerkelijk komt door het contact met de vrijwilliger.

Tevens kan er gekeken worden of welbevinden wel significant toeneemt wanneer het wordt gemeten met een test die specifiek op de doelgroep is gericht. Er zou dan gebruik gemaakt moeten worden van een test die zich minder op zelfontwikkeling richt dan de MHC-SF en beter aansluit bij de dagelijkse activiteiten van ouderen.

Naast aanbevelingen voor wetenschappelijk vervolgonderzoek, zijn er ook een aantal praktische aanbevelingen wat betreft 'Dierbare herinneringen.' Op basis van dit onderzoek kan de interventie 'Dierbare herinneringen' eventueel verbeterd worden. Hierbij valt ten eerste te denken aan de werving. Misschien zijn er meer potentiële deelnemers bereid om mee te doen wanneer zij nog voor het ontvangen van de informatiebrief worden ingelicht door hun EVV'er. Verder is het mogelijk dat de interventie effectiever is wanneer er meer contactmomenten zijn, er groepsessies zijn of wanneer er een bewuste match wordt gemaakt tussen de oudere en de vrijwilliger.

Daarnaast zou gekeken kunnen worden of de vragenlijsten op de verschillende meetmomenten ingekort kunnen worden. Een andere optie is dat deelnemers het zelf in te vullen deel op hun gemak zelf maken en de vragenlijst later opgehaald wordt door een van de studenten. Zo kunnen deelnemers het invullen op momenten dat zij zich geconcentreerd voelen en niet moe zijn. Zij hoeven dan ook niet alles in één keer te maken, maar kunnen het ook opdelen.

Dit onderzoek toont aan dat er in de toekomst meer onderzoek moet komen naar een praktisch toepasbare manier om somberheidsklachten en eenzaamheid onder ouderen te verminderen en het welbevinden toeneemt.

5. Referenties

- Azis, R. & Steffens, D.C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497-516.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steenveld, M., Geurts, M. & Walburg, J. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 14(11), 48-59.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Public Health*, 13(119).
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Bluck, S., & Levine, L.J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18(2), 185-208.
- Cacioppo, J.T. Hughes, M.E. Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Cappeliez, P & O'Rourke, N. (2006). Empirical Validation of a Model of Reminiscence and Health in Later Life. *Journal of Gerontology*, 61(4), 237-244.
- Chiang, K.-J., Chu, H., Chang, H.-J., Chung, M.-H., Chen, C.-H., Chiou, H.-Y. & Chou, K.-R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression, Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1), 71-79.
- Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2012). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 106-114
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey.

- 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
- Hauer, B.J.A., Wessel, I. & Marckelbach, H. (2005). Overalgemene herinneringen bij depressieve en bij de posttraumatische stressstoornis: de rol van intrusieve herinneringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47(5)*, 299-308.
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*.
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.-M.H., Beekman, A.T.F., Kluiters, H., Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders, 83(2-3)*, 135-142.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement, 9(3)*, pp. 289-299.
- 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*, 1163-1173.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J & Pot. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life-events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. *Aging & Mental Health, 15*, 638-646.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol: 67(1)*, 99-110.
- Liu, S.-J., Lin, C.-J., Chen, Y.-M. & Huang, X.-Y. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine, 12(3)*, 133-142.
- Luanaigh, C.Ó. & Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23(12)*, 1213-1221.

- O'Rourke, N., Cappeliez, P. & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15(2), 272-281.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. & Mann A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332.
- RIVM (2013). Bijna veertig procent van de volwassen Nederlanders voelt zich eenzaam. <<rivm.nl>> verkregen op 7 juni 2014.
http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Bijna_veertig_procent_van_de_volwassen_Nederlanders_voelt_zich_eenzaam
- RIVM (2013). Kosten van Ziekten, database 2013 <<kostenvanziekten.nl>> Referentiecode: kvz_v211b1p4r6c3i0t1j0o3y6a33g0d30s54z0f0w2 verkregen op 13 maart 2014.
http://www.kostenvanziekten.nl/systeem/kosten-van-ziekten-tool/Default.aspx?ref=kvz_v211b1p4r6c3i0t1j0o3y6a33g0d30s54z0f0w2
- Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp (2008). *Handboek voor psychopathologie. Deel 1: Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, H6, 191-192.
- 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), 37-49.
- Weiss, L.A., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2013). Nudging socially isolated people towards well-being with the 'Happiness Route': Design of a randomized controlled trial for the evaluation of a happiness-based intervention. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1).
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29(1), 107-114.
- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.
- Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144-149.

Williams, J.M.G, Barnhofer, T., Crane, C., Watkins, E., Hermans, D., Raes, F., Dalgleish, T.
(2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological
Bulletin*, 133(1), 122-148.

Onderzoek ‘Vrijwilligerscontact’

Inclusie van deelnemers



Onderzoeksnummer:					
--------------------------	--	--	--	--	--

Algemene instructies bij afname van de vragenlijst

1. Zorg dat voor het starten van de afname de persoon tegenover je zit. Beoordeel of iemand je verstaat en begrijpt door een eenvoudige vraag zoals ‘Wat is uw naam?’.
2. Zorg dat de persoon de beschikking heeft over eventuele gehoorapparaten en brillen.
3. Introduceer jezelf en probeer de persoon op zijn/haar gemak te stellen. Vraag toestemming om vragen te mogen stellen, zoals ‘Vindt u het goed dat ik u enige vragen stel over uw stemming, geheugen en gezondheid?’. Dit kan helpen om paniecreacties te voorkomen. Zeg het volgende over de vragen: “Bij het beantwoorden van de vragen zijn er geen goede of foute antwoorden. Ik zal hier ook geen waardeoordeel over hebben. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.
4. Zinnen afgedrukt in < normaal > moeten exact zoals aangegeven worden gesteld/voorgelezen. Zinnen afgedrukt in < *schuin* > moeten niet aan de deelnemer worden voorgelezen. Dit zijn instructies voor de interviewer.

Naam

Wat is uw naam? De heer/mevrouw

Geboortedatum

Wat is uw geboortedatum? ...-...-.....

Leeftijd

Wat is uw leeftijd? jaar

Als een deelnemer 64 jaar of jonger is kun je stoppen met de rest van de vragenlijst.

Depressieve episode

Om het interview zo kort mogelijk te houden dient de deelnemer geïnformeerd te worden dat er vragen worden gesteld over somberheidsklachten waarbij alleen met ‘ja’ of ‘nee’ kan worden geantwoord.

1. Voelt u zich voortdurend depressief of neerslachtig tijdens het grootste deel van de dag, bijna elke dag gedurende de afgelopen 2 weken?

NEE

JA

2. Had u gedurende de afgelopen 2 weken minder interesse of minder plezier in de dingen die u tevoren wel aanspraken?

NEE

JA

Zijn 1 en 2 beide beantwoord met ‘NEE’? Kruis dan ‘NEE’ aan bij alle volgende vragen. Er is geen sprake van een depressieve episode.

De volgende vragen (vraag 3 tot en met 11) hebben eveneens betrekking op de afgelopen twee weken.

3. Had u bijna elke dag minder of meer eetlust?

Is uw gewicht af- of toegenomen zonder dat u dat wilde? *Bijvoorbeeld met 5% van het lichaamsgewicht of met ongeveer 3½ kg voor een persoon van ongeveer 70 kg in 1 maand. Indien 1 van beide 'JA': codeer 'JA'.*

NEE

JA

4. Had u bijna elke nacht slaapproblemen (inslaapmoeilijkheden, wakker worden 's nachts, voortijdig ontwaken of overmatig slapen)?

NEE

JA

5. Sprak of bewoog u trager dan anders, of was u zenuwachtig, rusteloos of had u moeite met stilzitten, en dat bijna iedere dag?

NEE

JA

6. Voelde u zich bijna iedere dag moe en futloos?

NEE

JA

7. Voelde u zich bijna iedere dag waardeloos of schuldig?

NEE

JA

8. Had u bijna iedere dag moeite met concentreren of beslissingen nemen?

NEE

JA

9. Overwoog u herhaaldelijk uzelf letsel toe te brengen, uzelf iets aan te doen, of wenste u dat u dood was?

NEE

JA

10. Verstoorden de depressieve symptomen in belangrijke mate uw sociaal functioneren, of het functioneren op belangrijke andere terreinen?

- NEE JA

Bij 'NEE' is er geen sprake van een depressieve episode. Ga door met het onderdeel 'cognitief functioneren'.

11. Zijn de symptomen geheel te wijten aan het verlies van een geliefd persoon en zijn ze vergelijkbaar met wat de meeste mensen zouden ervaren in dergelijke omstandigheden wat betreft de ernst, de mate van verstoring en de duur?

- NEE JA

Bij 'JA' is er geen sprake van een depressieve episode. Ga door met het onderdeel 'cognitief functioneren'.

Zijn 3 of meer items van 3 tot en met 9 met 'JA' beantwoord of 4 items waarbij 1 of 2 gecodeerd zijn met 'NEE'?

- NEE JA: ER IS SPRAKE VAN EEN DEPRESSIEVE EPISODE

Zijn 7 of meer items van 3 tot en met 9 met 'JA' beantwoord of 8 items waarbij vraag 1 of vraag 2 gecodeerd zijn met 'NEE'?

- NEE JA: ER IS SPRAKE VAN EEN ERNSTIGE DEPRESSIEVE EPISODE

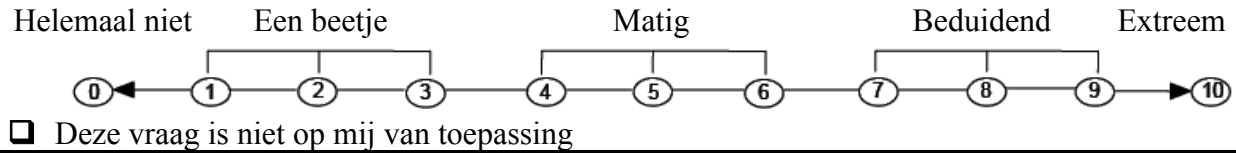
Indien er sprake is van een ernstige depressieve episode kun je stoppen met het afnemen van de rest van de vragenlijst. Indien er sprake is van een depressieve episode (bij 5, 6 of 7 symptomen van de 9 symptomen bij vraag 1-9, waaronder de symptomen bij vraag 1 en/of vraag 2), dan onderstaande vragen voorleggen aan de deelnemer. Deze lijst meet de ernst van de depressieve episode. Indien er geen sprake is van een depressieve episode, ga dan door met het onderdeel 'cognitief functioneren'.

Kruis één rondje aan voor elke schaal.

SOCIALE LEVEN										
De klachten hebben uw sociale leven/activiteiten in uw vrije tijd verstoord op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 10 (extreem):										
Helemaal niet Een beetje Matig Beduidend Extreem										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VERPLICHTINGEN THUIS

De klachten hebben uw verplichtingen thuis verstoord op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 10 (extreem):



Op hoeveel dagen in de afgelopen week heeft u door uw klachten uw normale dagelijkse verplichtingen niet kunnen uitvoeren?dagen

Op hoeveel dagen in de afgelopen week voelde u zich zo beperkt door uw klachten, dat hoewel u toch of uw dagelijkse verplichtingen uitvoerde, uw productiviteit lager was?dagen

Cognitief functioneren

Algemene instructies

1. Stel iedere vraag maximaal 3 keer, tenzij anders aangegeven. Als de persoon geen antwoord geeft, scoor 0.
2. Als de persoon incorrecte antwoorden geeft, scoor 0. Geef geen hints, stel de vraag nogmaals. Accepteer het antwoord, stel de vraag niet opnieuw, geef geen suggesties of fysieke duidingen zoals hoofd schudden, enz.
3. Benodigde hulpmiddelen zijn: een horloge, een pen, potlood/gum en papier, een blaadje met hierop 'sluit uw ogen' in grote letters en de figuur.
4. Herhaal slechts dezelfde aanwijzing tot maximaal 3 keer.

Omdat het geheugen van ouderen soms wat minder wordt, wil ik voor de zekerheid een aantal geheugen oefeningen met u doornemen om te kijken hoe het met uw geheugen is. Waarschijnlijk zullen de meeste vragen gemakkelijk zijn en sommigen wat moeilijker. Ik ga u dus nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.

Score:

1. a. Welk jaar is het? (0/1)
b. Welk seizoen is het? (0/1)
c. Welke maand van het jaar is het? (0/1)
d. Wat is de datum vandaag? (0/1)
e. Welke dag van de week is het? (0/1)

Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Alleen het exacte jaar is goed. Gedurende de laatste week van het oude seizoen, of de eerste week van het nieuwe seizoen reken beide seizoenen goed. Reken zowel 1 maart als 21 maart goed voor het begin van de lente, 1 en

21 oktober voor de herfst, 1 en 21 december voor de winter en 1 en 21 juni voor het begin van de zomer. Op de eerste 2 dagen van een nieuwe maand en laatste 2 dagen van de vorige maand reken beide maanden goed. Accepteer 2 dagen ernaast m.b.t. datum. Alleen de exacte weekdag is goed.

Score:

- | | |
|---|-------|
| 2. a. In welke provincie zijn we nu? | (0/1) |
| b. In welke plaats zijn we nu? | (0/1) |
| c. In welke instelling (of straat) zijn we nu? | (0/1) |
| d. Wat is de naam van deze afdeling (of kamer)? | (0/1) |
| e. Op welke verdieping zijn we nu? | (0/1) |

Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Accepteer alleen exact goede antwoorden. Indien bij de patiënt thuis: welke straat en in welke kamer we zijn, in plaats van de naam van de instelling en de afdeling.

3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen.

Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord. 1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer tot de patiënt de drie woorden weet.

Score:
(0-3)

Zeg de woorden langzaam met een interval van ongeveer 1 seconde. Geef 1 punt voor ieder goed antwoord bij eerste poging. Geef 20 seconden voor het antwoord. Als de persoon niet alle 3 voorwerpen genoemd heeft, herhaal ze tot de persoon ze heeft geleerd tot een maximum 5 van herhalingen.

4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd.

Noteer hier het antwoord:

Schrijf de antwoorden van de persoon op. Als iemand is begonnen -onderbreek niet- laat hem/haar doorgaan tot 5 aftrekkingen zijn gemaakt. Als de persoon stopt voordat 5 aftrekkingen zijn gemaakt herhaal maximaal 3 maal de oorspronkelijke instructie 'blijf 7 aftrekken van wat er is overgebleven'.

Scoringsvoorbeelden:

- 93, 86, 79, 72, 65: 5 punten (allen goed)
- 93, 88, 81, 74, 67: 4 punten (4 goed, 1 fout)
- 92, 85, 78, 71, 64: 4 punten (4 goed, 1 fout)
- 93, 87, 80, 73, 64: 3 punten (3 goed, 2 fout)
- 92, 85, 78, 71, 63: 3 punten (3 goed, 2 fout)
- 93, 87, 80, 75, 67: 2 punten (2 goed, 3 fout)
- 93, 87, 81, 75, 69: 1 punt (1 goed, 4 fout)

Als er bij het rekenen geen maximale score wordt behaald (4 of minder) ga dan over tot het achteruit spellen van het woord "worst". Reken van deze 2 opdrachten de hoogste score.

Instructie; 'Wilt u het woord "'worst" achterstevoren spellen?'. Geef 30 seconden de tijd hierbij. Als de persoon het woord "worst" niet kan spellen, zelfs niet indien je het eerst zelf letterlijk spelt, scoor dan 0.

Wilt u het woord "'worst" achterstevoren spellen? (tsrow)

Noteer hier het antwoord:

Score:
(0-5)

Scoringsvoorbeelden:

- ontbreken van 1 letter, b.v. tsrw, trow, tsow, tsro (score 4)
- ontbreken van 2 letters, b.v. tsr, sro, tsw (score 3)
- omkering van 2 letters, b.v. tsorw, trsow, tsrwo, tswor (score 3)
- ontbreken of omkeren van 3 letters, b.v. torsw, ts, ow (score 2)
- omkeren van 4 letters, b.v. trswo, strwo (score 1)

5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. Score:
(0-3)
(Eén punt voor elk goed antwoord).

Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord, ongeacht de volgorde. Neem 20 seconden de tijd.

6. Wat is dit? En wat is dat? Score:
(0-2)
Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord.

Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord. Laat een horloge zien. Accepteer 'polshorloge' of 'horloge', maar niet 'klok' of 'tijd' o.i.d. Geef 10 seconden voor het antwoord. Laat een pen zien. Accepteer alleen pen en niet bijvoorbeeld potlood. Geef 10 seconden voor het antwoord.

7. Wilt u de volgende zin herhalen: "Nu eens dit en dan weer dat ". Score:
(0-1)

Eén punt als de complete zin goed is. Reken alleen het exacte antwoord goed.

8. Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat'? Score:
(0-1)
Papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen".

Geef papier met daarop 'sluit uw ogen'. Als persoon alleen leest en de ogen niet sluit, herhaal maximaal drie maal de zin 'Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat'. Geef 10 seconden, geef alleen 1 punt als de persoon de ogen sluit. De persoon hoeft niet hardop voor te lezen wat er staat.

9. Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? Score:
(0-3)
(Eén punt voor iedere goede handeling).

Neem een stuk papier, houdt het vast recht voor de persoon en zeg het volgende: 'Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen?' Herhaal deze opdracht niet. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt voor iedere correct uitgevoerde instructie.

10. Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? Score:
(0-1)
Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft.

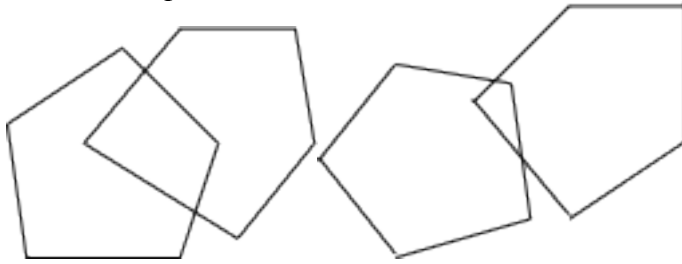
Geef 30 seconden. Scoor 1 punt als de zin een onderwerp en gezegde heeft en betekenis heeft. Negeer spellingsfouten.

11. Wilt u deze figuur natekenen? Score:
(0-1)
Figuur op de volgende pagina.

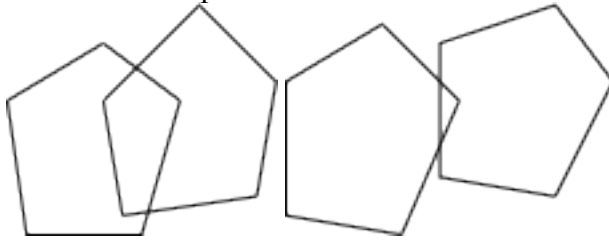
Leg de figuur, papier, pen of potlood en gum voor de persoon neer. Sta meerdere pogingen toe tot de deelnemer klaar is en het papier terug geeft. Scoor 1 punt voor een correct getekend diagram. De persoon moet een vierhoek hebben getekend tussen twee vijfhoeken in. Maximaal toegestane tijd; 1 minuut.

Scoringsvoorbeelden:

Correct = 1 punt:



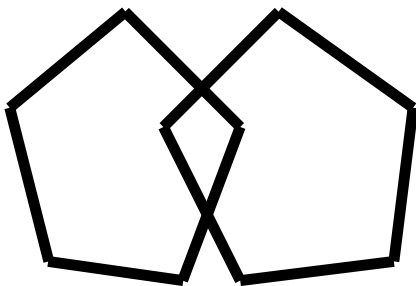
Niet correct = 0 punten:



TOTALE TESTSCORE (0-30):

Als een deelnemer 18 punten of lager scoort op het onderdeel “cognitief functioneren”, dan kun je stoppen met de rest van de vragenlijst. Anders ga je door met het onderdeel “positieve, specifieke autobiografische herinneringen”.

Sluit uw ogen



Positieve, specifieke autobiografische herinneringen

De volgende test gaat ook over uw geheugen, maar dan over het geheugen voor persoonlijk ervaren gebeurtenissen. Ik zal u zo enkele woorden voorlezen. Ik wil u vragen bij elk woord te vertellen aan welke specifieke, positieve gebeurtenis dat woord u doet denken. Het gaat hierbij om herinneringen aan gebeurtenissen die u zelf hebt meegeemaakt, minstens 7 dagen geleden. Die herinneringen mogen over van alles gaan. Het hoeft niet per se over hele belangrijke dingen te gaan. Het mag een herinnering zijn van iets wat recent gebeurd is, maar ook een herinnering van veel langer geleden (bijvoorbeeld van tien of meer jaar geleden). U hoeft zich niet te beperken tot een bepaald thema of onderwerp, zolang het maar herinneringen zijn van minstens 7 dagen geleden. Noemt u gewoon de eerste herinnering die in u opkomt.

Wel is het de bedoeling dat de herinneringen die u ophaalt positief en specifiek zijn. Met specifiek bedoel ik dat de herinnering verwijst naar één bepaalde gebeurtenis die op één bepaalde dag plaats vond.

Ik zal u een voorbeeld geven van een positieve, specifieke herinnering.

Op dit kaartje staat het woord "leuk". Stel dat u dan zegt "ik houd van leuke feesten". Zo'n uitspraak is niet specifiek, want hij verwijst niet naar één bepaalde gebeurtenis maar naar een heleboel gebeurtenissen. Ook als u zou zeggen "Mijn vakantie in Frankrijk vorig jaar was leuk" dan is dat geen specifieke herinnering. Een vakantie beslaat immers een periode in plaats van één bepaalde dag.

Als u zegt "Ik vond het leuk dat Arno vorige week zaterdag op de koffie kwam" dan is dat een specifieke gebeurtenis.

Begrijpt u wat de bedoeling is?

Ook kan het zijn dat een bepaald woord u ergens aan doet denken, zonder dat die herinnering om dat woord draait. Stel dat u het woord "appel" te zien krijgt. Het kan zijn dat u doet denken aan taart en dat u zodoende een herinnering aan het verjaardagsfeest van een collega ophaalt. Het woord zelf hoeft dus niet per se in de herinnering terug te komen. Kortom: Elke herinnering is goed, zolang die maar positief en specifiek is, dus naar één bepaalde gebeurtenis verwijst die op één bepaalde dag plaats vond.

Het is ook belangrijk dat u bij elk woord steeds een andere herinnering of gebeurtenis noemt. U mag dus niet tweemaal naar exact eenzelfde gebeurtenis of herinnering verwijzen.

Begrijpt u wat de bedoeling is? Heeft u vragen?

De eerste woorden zijn om te oefenen. Die nemen we samen door.

➤ Oefenfase

Neem de oefenwoorden met de deelnemer door totdat duidelijk is dat hij of zij begrepen heeft wat een positieve, specifieke herinnering is. Vraag bij elke herinnering door waarom deze al dan niet specifiek is. Ga pas verder met de eigenlijke test als de deelnemer ten minste drie positieve, specifieke herinneringen achter elkaar heeft opgehaald. Bekrachtig veel!

Na het oefenen checken of proefpersoon nog vragen heeft. Als de proefpersoon de instructie begrepen heeft, begin dan met de eigenlijke test.

Kunt u zich één specifiek moment herinneren waar het woord u aan doet denken?

Oefenwoorden: 1. Genieten; 2. Vriendelijk; 3. Stout

➤ Eigenlijke test

"Dan beginnen we nu met de test. Het is nu de bedoeling dat u niet meer hardop nadenkt tot u een specifieke herinnering heeft, maar pas een antwoord geeft wanneer u de positieve, specifieke herinnering voor uzelf duidelijk heeft. U heeft voor elk woord 30 seconden de tijd. Een groot verschil met de oefensessie is dat ik tijdens de eigenlijke test niet veel meer zal zeggen."

Lees het woord hardop aan de proefpersoon voor en klok met stopwatch totdat proefpersoon antwoord geeft. Noteer de tijd.

Vraag de deelnemer om zo snel mogelijk te reageren, binnen 30 seconden. Wanneer er na 30 seconden geen herinnering wordt opgehaald, wordt het woord herhaald. Als dan nog steeds geen herinnering wordt opgehaald na 30 seconden wordt dit genoteerd als 'geen herinnering'. Zeg dan: "We gaan door met het volgende woord".

Als de herinnering tijdens meerdere gelegenheden plaatsvond wordt deze gecodeerd als 'algemene herinnering'. Indien de deelnemer een algemene herinnering ophaalt blijft de tijd doorlopen, maar wordt de deelnemer gestructureerd in het ophalen van een specifieke herinnering. Als er ook maar enige twijfel is of het om een specifieke herinnering gaat, vraag dan: "Kunt u nog specifiekker zijn? Kunt u één bepaalde gebeurtenis noemen?"

Als dit niet lukt binnen 60 seconden wordt dit gecodeerd als 'algemene herinnering'.

In totaal zijn er dus 3 mogelijkheden om te noteren: "geen herinnering", "algemene herinnering" of "specifieke herinnering". Noteer bij elk woord kort de herinnering en vermeld om welke van deze 3 mogelijkheden het gaat en binnen hoeveel tijd dit was (maximaal 60 seconden).

Woord	Respons
Blij	
Veilig	
Geïnteresseerd	
Succesvol	
Verrast	

Woord	Respons
Hoopvol	
Toegewijd	
Kalm	
Zorgeloos	
Tevreden	

Je bent nu klaar met de vragen die je aan de deelnemer hebt gesteld. De volgende vragen worden in principe door de deelnemer zelf ingevuld, mits hij of zij daartoe in staat is. Anders help je de deelnemer hierbij door samen de vragen in te vullen.

Toelichting: “We zijn nu klaar met het gedeelte van de vragen die ik zelf aan u heb gesteld. Nu volgt er een vragenlijst die u verder zelf invult. Ik blijf erbij zitten, dus als u vragen heeft u u deze aan mij stellen. Mocht het u niet lukken om de vragenlijst zelf in te vullen, dan zal ik u hierbij helpen.

Onderzoek 'Vrijwilligerscontact'

Vragenlijst voor deelnemers



Onderzoeksnummer:					
-------------------	--	--	--	--	--

Beste deelnemer,

De vragenlijst die voor u ligt bestaat uit verschillende onderdelen. De lijst bevat algemene vragen, vragen over uw gezondheid, activiteiten en welbevinden.

We willen u erop wijzen dat er bij de meeste vragen naar uw **mening** wordt gevraagd. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is.

U kunt uw antwoord aangeven door het vakje aan te kruisen. Indien u een man bent dan beantwoordt u de vraag 'Bent u een man of een vrouw?' dus als volgt:

- man
- vrouw

Als u zich heeft vergist bij het aankruisen, zet u een streep door het antwoord dat u verkeerd heeft aangekruist en vult u als nog het antwoord van uw keuze in. Dus als volgt:

- ~~man~~
- vrouw

Bij de meeste vragen moet u slechts **één antwoord geven**. Alleen wanneer erbij staat 'meerdere antwoorden mogelijk' kunt u meerdere hokjes aankruisen. Ook als u een antwoord moet omcirkelen staat dit aangegeven.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking!

Deel 1: Algemene vragen

1. Datum waarop u de lijst invult:

Dag *Maand* *Jaar*

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

2. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

3. Wat is uw geboortedatum?

Dag *Maand* *Jaar*

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

4. Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd of geregistreerd partnerschap
- Gescheiden
- Weduwe/weduwnaar
- Ongehuwd en nooit gehuwd geweest

5. Wat is uw woonsituatie?

- Alleenstaand
- Samenwonend met partner
- Samenwonend met partner en kinderen
- Alleenstaand met kinderen
- Anders, namelijk

6. Waar bent u geboren?

- In Nederland
- Elders, namelijk in.....

7. Wat is uw nationaliteit?

- Nederlands
- Anders, namelijk.....

8. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?

- Geen onderwijs gevolgd
- Lagere school, basisonderwijs
- Lager beroepsonderwijs (VMBO-g, LBO, LTS, Ambachtschool, Huishoudschool)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (VMBO-t, ULO, MULO, MAVO)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, bijv. MTS, MEAO, MHNO)
- Hoger algemeen onderwijs (HAVO, VWO, HBS, Atheneum, Gymnasium, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- Wetenschappelijk onderwijs (WO)
- Anders, namelijk

9. Welke van de volgende omschrijvingen geeft uw belangrijkste dagelijkse activiteiten op dit moment het beste weer?

- Betaalde baan of zelfstandig ondernemer
- Met (vervroegd) pensioen
- Huishoudelijk werk
- Vrijwilligerswerk
- (Langdurig) arbeidsongeschikt
- Werkloos
- Anders, nl.....

10. Zorggebruik

De volgende vraag gaat over uw zorggebruik.

Heeft u in de afgelopen 4 weken contact gehad met:	Nee	Zo ja, hoeveel keer?
Psychiater, psycholoog of psychotherapeut	<input type="checkbox"/> keer

Bent u de afgelopen 2 maanden gestart met medicijnen tegen somberheid, b.v. antidepressiva?	Ja	Nee
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 2: Activiteiten

Wilt u bij de volgende vragen aangeven in hoeverre u de activiteit zelfstandig kunt uitvoeren?

1 = Ja, dat kan ik geheel zelfstandig zonder enige moeite.

2 = Ja, dat kan ik zelfstandig, maar wel met enige moeite.

3 = Ja, dat kan ik zelfstandig, maar met veel moeite.

4 = Nee, dat kan ik niet zelfstandig, maar alleen met hulp van anderen.

1. Kunt u zich zelfstandig aan- en uitkleden?	1.	2.	3.	4.
2. Kunt u zelfstandig in en uit bed komen?	1.	2.	3.	4.
3. Kunt u zelfstandig overeind komen vanuit een stoel?	1.	2.	3.	4.
4. Kunt u zelfstandig uw gezicht en handen wassen?	1.	2.	3.	4.
5. Kunt u zelfstandig uw hele lichaam wassen en afdrogen?	1.	2.	3.	4.
6. Kunt u zelfstandig van en naar het toilet gaan?	1.	2.	3.	4.
7. Kunt u zelfstandig eten en drinken?	1.	2.	3.	4.
8. Kunt u zelfstandig rondlopen in huis (eventueel met stok)?	1.	2.	3.	4.
9. Kunt u zelfstandig de trap op en aflopen?	1.	2.	3.	4.
10. Kunt u zelfstandig buitenshuis rondlopen?	1.	2.	3.	4.
11. Kunt u zelfstandig uw voeten en teennagels verzorgen?	1.	2.	3.	4.
12. Kunt u zelfstandig ontbijt of lunch klaarmaken?	1.	2.	3.	4.
13. Kunt u zelfstandig warm eten klaarmaken?	1.	2.	3.	4.
14. Kunt u zelfstandig "lichte" huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. stof afnemen of prullen opruimen)?	1.	2.	3.	4.
15. Kunt u zelfstandig "zware" huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. dweilen, ramen lappen of stofzuigen)?	1.	2.	3.	4.
16. Kunt u zelfstandig uw kleren wassen en strijken	1.	2.	3.	4.
17. Kunt u zelfstandig de bedden verschonen en/of opmaken?	1.	2.	3.	4.
18. Kunt u zelfstandig de boodschappen doen?	1.	2.	3.	4.

Deel 3: Uw welbevinden

De volgende lijst bevat vragen waarop u met 'JA' of 'NEE' kunt antwoorden. U geeft het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij, heeft gevoeld.

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	JA / NEE
2. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	JA / NEE
3. Verveelt u zich vaak?	JA / NEE
4. Hebt u meestal een goed humeur?	JA / NEE
5. Voelt u zich meestal wel gelukkig?	JA / NEE
6. Voelt u zich vaak hopeloos?	JA / NEE
7. Vindt u het fijn om te leven?	JA / NEE
8. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	JA / NEE

Hieronder staat een aantal uitspraken dat door mensen is gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende **de afgelopen week** gevoeld heeft.

1. Ik voel me gespannen.

- Meestal Vaak Af en toe, soms Helemaal niet

2. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren.

- Heel zeker en vrij erg Ja, maar niet zo erg Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over Helemaal niet

3. Ik maak me ongerust.

- Heel erg vaak Vaak Af en toe maar niet te vaak Alleen soms

4. Ik kan rustig zitten en me ontspannen.

- Zeker Meestal Niet vaak Helemaal niet

5. Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag.

- Helemaal niet Soms Vrij vaak Heel vaak

6. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben.

- Heel erg
 Tamelijk veel
 Niet erg veel
 Helemaal niet

7. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst.

- Zeer vaak
 Tamelijk vaak
 Niet erg vaak
 Helemaal niet

Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en kruis het antwoord aan dat uw situatie het beste omschrijft.

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

	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
1. Dat u gelukkig was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dat u geïnteresseerd was in het leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dat u tevreden was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dat u iets belangrijks heeft bijgedragen aan de samenleving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (sociale groep, buurt, stad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dat mensen in principe goed zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In de afgelopen maand , hoe vaak had u het gevoel:	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
10. Dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dat uw leven een richting of zin heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wilt u bij elk van de volgende uitspraken aangeven hoe sterk u het ermee eens of oneens bent.	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	
1. Ik heb weinig controle over dingen die mij overkomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen in mijn leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wilt u bij elk van de volgende uitspraken aangeven hoe sterk u het ermee eens of oneens bent.

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

U bent klaar met het invullen van de vragenlijst.
 Zou u nog een keer willen nagaan of u echt alle vragen heeft ingevuld?
 Dat is voor ons erg belangrijk.
HARTELIJK DANK!