



BACHELORTHESE

Het effect van de interventie ‘dierbare herinneringen’ op de mastery bij ouderen
en de invloed van het cognitieniveau op hun mastery.



AUGUST 11, 2014
UNIVERSITEIT TWENTE
Faculteit Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT)
Esmé Witteman s1028790
1^e Begeleider: S.D. Bachoe, Msc
2^e Begeleider: dr. J. Korte

Abstract-Nederlands

Inleiding: Veel ouderen hebben last van psychisch en lichamelijke problemen. In dit onderzoek wordt gekeken of de interventie ‘dierbare herinneringen’ effectief is in het verbeteren van het gevoel van mastery (controle over het eigen leven), bij ouderen met verschillende cognitieniveaus. Verwacht wordt dat de interventie effect zal hebben bij ouderen met verschillende cognitieniveaus. Doel van dit onderzoek is om het welzijn van de ouderen te verbeteren en te zorgen voor een vermindering in de gezondheidskosten.

Methode: Vragenlijsten zijn afgenomen bij 24 ouderen van 63 jaar tot 97 jaar oud. De vragenlijsten Pearl in Mastery Scale (PMS) en de Mini mental state examination (MMSE) bevatte vragen over mastery en cognitie. Er werd een vragenlijst afgenomen vlak voor de interventie t0 en een vragenlijst afgenomen twee maanden na de interventie t1. Er werd gezocht naar samenhang tussen deze variabelen door middel van een ANCOVA analyse en een moderatie analyse.

Resultaten: Er is niet significant aangetoond dat de experimentele groep na de interventie meer is verbeterd in het gevoel van mastery dan de controlegroep, $F=1,093$, $p=0,308$. Verder is er niet significant aangetoond dat een hoge cognitie voor een hogere mastery zorgt, $B=0,346$, $p=0,259$

Discussie: Er zijn geen significante resultaten. Mogelijk vindt een en ander zijn oorzaak in de andere opzet van mijn onderzoek, in vergelijking met de aangehaalde onderzoeken. Een limitatie van dit onderzoek is dat de werving niet voldoende respondenten opleverden. Een aanbeveling is dat het belangrijk is om dit onderzoek nogmaals uit te voeren met een grotere steekproef, omdat er dan wellicht meer significante resultaten uit zullen komen.

Abstract- Engels

Introduction: A lot of older people suffer from psychological and physical difficulties. This study aims to reveal if the reminiscence intervention of 'dear memories' is effective in older people with different levels of cognition, in getting a higher mastery (control of one's own life). It is expected that the intervention will have an effect on older people with different levels of cognition. The purpose of this research is to improve the welfare of the elderly and to reduce the social costs.

Methods: Questionnaires are taken from 24 people of 63 to 97 year old. The questionnaire Pearlman Mastery Scale (PMS) and the Mini mental state examination (MMSE) contained questions about mastery and cognition. A questionnaire was administered prior to the intervention t_0 and two months after the intervention t_1 . There was searched for coherence between these variables by doing an ancova analyse and a moderation analyse.

Results: There was no significant evidence that the mastery of the experimental group has more improved than the mastery of the control group after the intervention, $F=1,093$, $p=0,308$. Furthermore, there was no significant evidence that a high cognition ensures a higher mastery, $B= 0,346$, $p=0,259$.

Discussion: There are no significant results in this study. The cause may lie in another set-up of my research, compared to the studies cited. A limitation of this study is that the recruitment has not produced enough respondents. One recommendation is that it is important to carry out this study one more time with a larger sample size, because then there might be more significant results.

Inleiding

Volgens het CBS telde Nederland in 2012 ruim 2,7 miljoen 65-plussers (16% van de totale bevolking), waarvan bijna 686.000 80-plussers. Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2060 is 26% van de bevolking 65+, dat zijn 4,7 miljoen mensen. De levensverwachting bij geboorte blijft toenemen. Mannen worden gemiddeld 78,1 en vrouwen 82,0 jaar (CBS bevolkingsstatistiek 2012). Door de voortdurende stijging van het aantal ouderen in Nederland is het van belang aandacht te besteden aan deze groep. Vooral omdat veel ouderen psychische en/of lichamelijke klachten hebben, waaronder vaak cognitieve klachten. (e.g., Butler, 1963; Cappelliez & O'Rourke 2006; Korte, Bohlmeijer, Westerhof & Pot, 2011; O'Rourke, Cappelliez & Claxton, 2011; Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010; Wink & Schiff). Hierdoor gaat de zorgconsumptie omhoog en komen er meer maatschappelijke kosten.

In deze bacheloscriptie wordt onderzocht of de interventie 'dierbare herinneringen' al dan niet effectief is in het verbeteren van het gevoel van mastery bij ouderen met verschillende cognitieniveaus.

De interventie 'dierbare herinneringen' is een individuele training voor 60-plussers. De opzet bestaat uit een oriëntatiegesprek gevolgd door vier individuele gesprekken van een uur waarbij de deelnemer getraind wordt om specifieke positieve herinneringen op te halen. In elke bijeenkomst staat een thema centraal: de jonge jaren, adolescentie, volwassenheid en het leven als geheel. (Bohlmeijer, Steunenberg e.a., 2010).

Met mastery wordt de mate van 'controle over het eigen leven' bedoeld (VanDijk, Gavelova, Gdovinova, Groothoff, Nagyova, Krokavcova, Rosenberger, 2008) Met 'cognitieniveaus' wordt de mate van cognitief functioneren bedoeld. Wanneer men cognitief goed functioneert, kan men een intellectueel proces uitvoeren waarbij men bewust is van ideeën, ze waarneemt, of begrijpt. Het gaat om alle aspecten van de waarneming, denken, redeneren en herinneren. (Mosby's Medical Dictionary, 2009)

Met de interventie wordt beoogd dat ouderen een betere mastery krijgen. Meer controle over het leven zou immers kunnen leiden tot meer welzijn bij die ouderen en daardoor mogelijk ook tot minder maatschappelijke kosten.

Narratieve Psychologie en Reminiscentie

Het is duidelijk dat de verhalen die we vertellen en ophalen uit ons geheugen een sterk effect hebben op het menselijk gedrag en de psychische gesteldheid. Ze vertellen ons niet alleen wie we zijn, maar ook wie we waren en wie we kunnen zijn. Er is veel bewijs van verschillende disciplines die laten zien dat verhalen: betekenis geven, (Bruner 1993), emoties creëren, (Lazarus, Speisman, Mordkoff & Davison 1962) geheugen creëren (Bower and Clark, 1969) en identiteit creëren. De discipline die zich bezighoudt met het analyseren van verhalen van mensen is de *narratieve psychologie* (Mankowski & Rappaport, 1995).

De kennis over het effect op mensen bij het ophalen van verhalen (herinneringen) wordt gebruikt bij *reminiscentie*. Zo worden bij *reminiscentie* herinneringen actief opgehaald als een vorm van behandel methode. Er is namelijk de laatste vijftig jaar steeds meer de waarde herkend van het actief ophalen van herinneringen. Remiscentie zijn persoonlijke herinneringen uit iemands verleden, die een of andere gevoelsmatige betekenis hebben en die doorgaans van positieve aard zijn. (e.g., Butler, 1963; Cappeliez & O'Rourke 2006; Korte, Bohlmeijer, Westerhof & Pot, 2011; O'Rourke, Cappeliez & Claxton, 2011; Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010; Wink & Schiff). De *reminiscentie* interventie is er op gericht om herinneringen op een aangename, maar doordachte en veelal gestructureerde wijze door de oudere persoon te laten vertellen. Zodoende krijgt de hulpverlener een beeld van de belevingswereld van de oudere persoon. Het einddoel van *reminiscentie* benadering is de kwaliteit van het leven van de oudere persoon te vergroten. (Bloemendal, Geelen, & Koot-Fokkink, 1997, p. 42; Buijssen, & Poppelaars, 1997, p. 13-14; Doucet, 2000, p. 30; Barendsen, & Boonstra, 2005, p. 9). Want de mentale gezondheid van de ouderen gaat door *reminiscentie* vooruit. (e.g., Butler, 1963; Cappeliez & O'Rourke 2006; Korte, Bohlmeijer, Westerhof & Pot, 2011; O'Rourke, Cappeliez & Claxton, 2011; Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010; Wink & Schiff)

Zoals vermeld halen, in het huidig onderzoek, ouderen tijdens de interventie 'dierbare herinneringen' positieve levensgebeurtenissen op. Dit kan volgens de literatuur leiden tot positieve emoties zoals blijdschap, interesse, tevredenheid, liefde en dergelijke en daardoor tot een ruimere blik. Deze ruimere blik draagt bij tot meer creativiteit: men ziet immers meer

oplossingen en daardoor ook meer handelingsmogelijkheden. (Fredrickson, 1998) Hieruit zou volgen dat het ophalen van dierbare herinneringen de controle over het eigen leven zou kunnen vergroten.

Cognitief functioneren

Om positieve herinneringen te kunnen oproepen heeft men cognitieve vaardigheden nodig. Onder cognitief functioneren wordt verstaan: een intellectueel proces waarbij men bewust wordt van ideeën, ze waarneemt, of begrijpt. Het gaat om alle aspecten van de waarneming, denken, redeneren en herinneren. (Mosby's Medical Dictionary, 2009). Cognitieve vaardigheden spelen een rol bij het vormen van positieve herinneringen. Naarmate mensen ouder worden, ervaren ze minder negatieve emoties. Strategische processen bij oudere wat betreft emotionele aandacht en geheugen kan een rol spelen in dit verschil. Ouderen hebben meer emotioneel bevredigende geheugen vervorming voor keuzes uit het verleden en autobiografische informatie dan jongere volwassenen. Bovendien, wanneer stimuli getoond werden die variëren in affectieve valentie, vertegenwoordigen positieve items een groter deel van latere herinneringen bij oudere dan bij jongere volwassenen. Dit positieve effect in herinneringen bij oudere lijkt te zijn ontstaan als gevolg van hun grotere focus op emotie regulatie en cognitieve controle mechanismen die positieve informatie beter opslaat dan negatieve informatie. Deze bevindingen suggereren dat zowel cognitieve vaardigheden en motivatie bijdragen tot een betere regulatie van emoties bij oudere. (Carstensen, Mather 2005) Omdat cognitieve vaardigheden een rol spelen bij het vormen van positieve herinneringen zou het zo kunnen zijn dat oudere met cognitieve moeilijkheden minder goed zijn in het ophalen van positieve specifieke herinneringen. Verder is het zo dat positieve affect systematisch de prestaties op vele cognitieve taken beïnvloed. Positieve affect is geassocieerd met verhoging van de dopamine levels in de hersenen. Positieve affect heeft invloed op de consolidatie op de lange termijn (dat wil zeggen, episodische) herinneringen, werkgeheugen, en creatieve oplossingen van problemen. Bijvoorbeeld, creatieve probleemoplossingen verbeteren deels doordat de toegenomen dopamine vrijlating in de anterieure cingulate de cognitieve flexibiliteit verbetert en de selectie faciliteert van een cognitief perspectief. (Ashby, Gregory; Isen, Alice ; Turken, 1999) Aangezien positieve herinneringen positieve affecten oproepen waardoor dopamine in de hersenen vrijkomt, zou het zo kunnen zijn dat het actief ophalen van positieve herinneringen de cognitieve vaardigheden van de ouderen verbeterd. Bij de interventie 'dierbare herinneringen' worden ook actief positieve herinneringen opgehaald.

Mastery

Met mastery wordt de mate van ‘controle over het eigen leven’ bedoeld. Hoe meer mastery hoe meer controle over het eigen leven. Bij de *positieve psychologie* wordt er gebouwd aan de goede eigenschappen van mensen. Dit is van belang voor mensen met een verlaagde mastery. Immers wanneer gebouwd wordt aan hun goede eigenschappen krijgen zij meer controle over het leven. (Seligman 2002).

In het huidig onderzoek halen, zoals vermeld, ouderen positieve levensgebeurtenissen op. Daarbij is onder andere onderzocht of de mastery van de ouderen na de interventie hoger is geworden. Het verhogen van de mastery heeft velerlei voordelen. In een follow-up studie van meer dan 20.000 volwassenen in de leeftijd 41-80 jaar, werd een sterker gevoel van mastery geassocieerd met lagere cijfers van mortaliteit door verschillende oorzaken, met name hart-en vaatziekten (Surtees et al., 2006). Dezelfde resultaten werden gemeld in eerdere studies (bv. Dalgård & Haaheim, 1998; Seeman en Lewis, 1995). Een hoge mastery bleek ervoor te zorgen dat de snelheid van de longfunctie daling vertraagd wordt bij oudere mannen (Kubzansky et al., 2002) en lichamelijke beperkingen worden verminderd bij patiënten die herstellen van long-en harttransplantatie (De Vito Dabbs et al., 2003) Bovendien heeft een hoge mastery naast de lichamelijke ook psychische voordelen. Het zorgt er onder andere voor dat men minder stress ervaart en een hoge mastery trekt ook meer sociale steun aan wat op zijn beurt ook weer de stress vermindert. (Gadella 2009).

Bij volwassenen die begeleid wonen, beperkt een hoge mastery de negatieve gevolgen van een functionele beperking en beperkt het ook de als slecht ervaren gezondheid bij depressieve symptomen. (Jang et al., 2006). Een hoge mastery vermindert dus de ervaren beperking bij een ziekte. Vergelijkbare resultaten werden gevonden in een steekproef onder ouderen. (Jang et al., 2002) Een hoge mate van mastery, controle over het eigen leven, zorgt er dus voor dat ouderen zich gezonder voelen

Mastery en cognitief functioneren

Mastery en cognitief functioneren beïnvloeden elkaar. Het geheugen is onderdeel van het cognitief functioneren. Een oorzaak van het verlies aan geheugen kan omgeving van de oudere zijn. Hoe meer hij of zij 'gepamperd' wordt hoe meer kans bestaat op verlies aan geheugen. (Welch & West 1995). Dit verlies aan geheugen heeft twee gevolgen. In de eerste plaats kan het verlies aan geheugen de cognitieve prestaties verminderen (men onthoudt immers minder) en daardoor de mastery verlagen. Maar bovendien blijkt uit de literatuur dat bij ouderen met een minder wordende mastery het geheugen ook nog eens minder wordt (Welch & West 1995) Een dubbel effect dus. Daarom is het juist voor deze groep van ouderen, van belang de mastery te verhogen omdat daardoor onder meer het geheugenverlies kan worden tegengegaan. Dit dubbele effect kan meer in het algemeen ook aanwezig zijn bij mensen die bijvoorbeeld onzeker zijn over hun eigen kunnen. Uit onderzoek blijkt dat deze mensen: vaker lager presteren, meer achteruitgaan in hun analytisch vermogens en minder ambitieus worden, met name in stressvolle situaties en bij tegenslag. (Bandura, 1994) Dit kan ertoe leiden dat, net als bij het onderzoek van Welsch en West, de bedoelde groep van mensen hun cognitie vervolgens minder trainen waardoor hun mastery en hun cognitie verder verlaagd worden.

Bij het vormen van persoonlijke doelen hebben mensen cognitieve vaardigheden nodig om informatie te verwerken, opties af te wegen en tot actie over te gaan. Ze steunen daarbij op kennis en ervaringen. Hierdoor kunnen ze hun oordelen herzien en onthouden welke acties werkten en welke niet. Ook hangt het vormen van persoonlijke doelen af van de hoogte van de mastery. De effecten van de mastery op de cognitieve vaardigheden nemen daarom verschillende vormen aan. Veel menselijk gedrag, komt volgens Bandura, voort uit voorbedachtheid en na te streven doelen. Persoonlijke doelen worden beïnvloed door de mate van mastery. Hoe hoger de mastery, hoe hoger de doelen die mensen zichzelf stellen en hoe sterker de inzet voor die doelen is. De meeste acties worden in eerste instantie uitgestippeld in gedachten. Het geloof van mensen in hun doeltreffendheid zorgt voor de geanticiperde scenario's die zij voorzien. Degenen die een hoge mastery hebben visualiseren succes scenario's waardoor positieve handvaten en support voor de uitvoering ontstaat. Degenen die twijfelen aan hun doeltreffendheid en al dus een lage mastery ervaren, visualiseren negatieve scenario's waarin zij falen en waarin van alles mis gaat. Het is moeilijk om veel te bereiken wanneer men onzeker is over zichzelf. (Bandura, 1994).

Mastery en Reminiscentie

De auteurs Westerhof en Bohlmeijer menen dat er een onderscheid kan worden gemaakt in drie soorten interventies die gebaseerd zijn op reminiscentie (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010): reminiscentie, life review, life review-therapie. Reminiscentie verwijst naar het oproepen, vertellen en uitwisselen van vooral positieve herinneringen. Life review onderscheidt zich van eenvoudige reminiscentie doordat het ophalen van herinneringen er op gestructureerde wijze wordt toegepast. Bij life review staat het actief ophalen van zowel positieve als negatieve herinneringen centraal, waarbij bovendien de levensloop in ogenschouw wordt genomen. Life review-therapie, is er gekomen vanuit de vaststelling dat de mechanismen van herinneringen ophalen anders functioneren bij mensen met een klinische depressie of angststoornis. (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010) Bij de toegepaste interventie in mijn onderzoek (‘dierbare herinneringen’) wordt gebruik gemaakt van een life review van alleen positieve specifieke herinneringen.

In een pilotstudy van Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit & Cuijpers (2005) waarbij reminiscentie en creatieve expressie werd gebruikt als een vorm van therapie tegen depressie, kwam naar voren dat de therapie de mastery van de deelnemers verbeterde. Verder kregen ouderen van 55 jaar en ouder bij een andere studie van Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, van Marwijk (2009) zeven sessies van integratieve reminiscentie met narrative therapy, na deze sessies was hun mastery hoger. Ook Korte heeft vastgesteld dat reminiscentie ouderen helpt om een gevoel van integriteit en mastery te behouden. Het is een belangrijk proces bij het reguleren van de individuele ontwikkeling gedurende de gehele levensloop (Korte, 2012)

Wetenschappelijke relevantie onderzoek

Zoals vermeld, groeit het aantal ouderen in Nederland. Veel van deze ouderen hebben lichamelijke en psychische klachten. Onderzocht is in hoeverre het ophalen van specifieke positieve herinneringen effectief is in het verbeteren van het gevoel van mastery bij ouderen met verschillende cognitieniveaus. Voor zover beoordeeld kan worden is de combinatie van ‘specifiek positieve herinneringen’ (dierbare herinneringen) en de invloed op de mastery bij ouderen met verschillende cognitieniveaus niet eerder onderzocht. Wat wel is onderzocht is in dit kader het ophalen van algemene herinneringen zonder onderscheid te maken in cognitieniveaus.

Wanneer uit dit onderzoek zou blijken dat de interventie dierbare herinneringen effectief is in het verbeteren van de mastery bij ouderen, dan zou dit voor de maatschappij verschillende

winsten kunnen opleveren. Op economisch gebied zou de interventie ‘dierbare herinneringen’ dan een laagdrempelig goedkope therapie kunnen vormen voor ouderen met een te lage mastery (Korte, 2012). Ten tweede zou er minder beroep worden gedaan op de gezondheidszorg, omdat ouderen zowel lichamelijk als geestelijk langer gezond zouden blijven. Verder zou een maatschappelijk (politiek) effect kunnen zijn dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, iets waar het huidige kabinet naar streeft. (Prinsjesdag 2013 Rutte 2) Een psychisch effect zou kunnen zijn dat ouderen zich beter in hun vel gaan voelen. Zij krijgen immers een hogere mastery en kunnen daardoor bijvoorbeeld ook een beter geheugen krijgen. Ook ervaren ze minder stress. (Gadella 2009). Bovendien gaan zij bij een hogere mastery meer op zoek naar uitdagende doelen, waardoor de cognitie beter wordt getraind. (Bandura, 1994) Ten slotte is er een fysiek effect, namelijk mensen worden ouder. (Surtees et al., 2006)

De onderzoeksvraag

In hoeverre is het ophalen van specifieke positieve herinneringen effectief in het verbeteren van het gevoel van mastery bij ouderen met verschillende cognitieniveaus?

Hieruit volgen de deelvragen:

- 1 In hoeverre heeft ophalen van dierbare herinneringen effect op de mastery bij ouderen, in vergelijking met de controlegroep?
- 2 In hoeverre speelt een hoog cognitieniveau een rol in een hogere mastery bij ouderen?

Hypotheses

Uit bovenstaande literatuur komen de volgende hypothesen naar voren:

Ad 1 Verwacht wordt dat de mastery van ouderen uit de experimentele groep (de groep die dierbare herinneringen ophaalt) meer omhoog gaat na de interventie dan de mastery van de ouderen uit de controlegroep

Ad 2 Verwacht wordt dat een hoge cognitie een rol speelt in een hogere mastery bij ouderen.

Uit bovenstaande hypothesen volgt dat het ophalen van specifieke positieve herinneringen effectief zal zijn in het verbeteren van het gevoel van mastery bij ouderen met verschillende cognitieve klachteniveaus.

Methode

Deelnemers

Het onderzoek was een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) naar de effectiviteit van de interventie ‘dierbare herinneringen’ bij oudere vanaf 65 jaar. De inclusie en exclusiecriteria waren dat: men 65 jaar of ouder moest zijn. Er deed echter ook een aantal ouderen mee die tussen de 58 en de 65 jaar oud waren. Dit omdat deze mensen ook in verzorgingstehuizen wonen en het onderzoek daar plaatsvond. Deze ouderen zijn meegeteld in het onderzoek. Verder moest men op de MMSE een score van 19 of hoger behalen om mee te kunnen doen aan het onderzoek. Ook hiervan is eenmaal afgeweken want een oudere had een score van 18 en deed wel mee aan dit onderzoek. Tenslotte mocht men in de afgelopen drie maanden niet gestart zijn met het slikken van antidepressiva en men moest minder dan 8 symptomen op de MINI scoren, met andere woorden er mocht wel sprake zijn van een depressieve episode maar niet van een ernstige depressieve episode.

Bijzonderheden

Een aantal ouderen dat wel bij voorbaat had ingestemd om mee te doen aan het onderzoek, kon uiteindelijk alsnog niet meedoen. Zo was er een man waarbij uit de vragenlijst naar voren kwam dat hij een ernstige depressie had. Ook had een aantal psychologiestudenten ‘ouderen’ mee laten doen die onder de 65 jaar oud waren terwijl een ander deel van de psychologiestudenten ‘ouderen’ onder de 65 jaar juist weer niet had laten meedoen. Ook was er een mevrouw die tijdens het invullen van de vragenlijst wilden stoppen omdat ze er ‘genoeg’ van had.

Al met al hebben de volgende deelnemers deelgenomen gerangschikt naar demografische gegevens, zie de hierna volgende tabel.

Tabel 1

Demografische gegevens: Aantal mensen per categorie

Categorien		Totaal aantal mensen (N=24)	Percentages
Geslacht	Mannen	7	29,2 %
	Vrouwen	17	70,8%
Leeftijd	Ouder of gelijk aan 90 jaar	7	29,2%
	Tussen de 80 en 90 jaar	13	54,2 %
	Tussen de 60 en 80 jaar	4	16,6 %
Onderwijs	Geen onderwijs	3	12,5%
	Lager onderwijs	7	29,2%
	Lager beroepsonderwijs	8	33,3%
	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	4	16,6%
	Hoger beroepsonderwijs	1	4,2%
	Anders namelijk	1	4,2%

Procedure

Eerst werd een brief verspreid onder voorgeselecteerde ouderen die in de verschillende verzorginstehuizen woonden: Gereia in Oldenzaal, Sint Maartenstede in Losser, de Posten in Enschede, Molenkamp in Oldenzaal, De Zonnestraal in Oldenzaal, Marienbosch in Heereveen en Leurinkshof in Losser. In die brief werd het onderzoek uitgelegd en werd de oudere gevraagd om na te denken of ze eventueel mee wilden doen aan het onderzoek. Ook werd in de brief uitgelegd dat er een psychologie student langs zou komen, om het een en ander uit te leggen en om te vragen of hij/zij mee wilde doen aan het onderzoek. Een week na ontvangst van de brief kwam de psychologie student langs. Vervolgens vond al dan niet direct de voormeting plaats.

Enige tijd later nam een vrijwilliger de interventie af. Centraal hierbij stond een positieve en integrale aanpak die erop gericht was om de psychische gezondheid te versterken door de interventie. De interventie was 'dierbare herinneringen' ophalen samen met een vrijwilliger. Deze dierbare herinneringen waar specifiek en positief van aard en moesten minstens zeven dagen oud zijn. Met specifiek werd bedoeld dat de herinnering zich op één dag moest hebben afgespeeld en niet op meerdere dagen. Onderzocht werd of de interventie voor alle mensen die voldoen aan de inclusiecriteria even effectief was. Daartoe werden de cognitieniveaus voor aanvang van de interventie onderzocht.

Er werden twee condities met elkaar vergeleken: de interventie en een conditie waarin door informele contacten werd gecontroleerd op aandacht. Een gerandomiseerde, gecontroleerde effectstudie met twee parallelle groepen:

1. Interventieconditie (experimentele groep): De individuele life-review interventie 'Dierbare herinneringen',
2. Controleconditie: individuele contacten met een vrijwilliger

Het onderzoek duurde in totaal 8 maanden, waarbij er in totaal 3 meetmomenten zijn: baseline (t0; voor aanvang van het onderzoek) , na 2 maanden (t1; na afloop van de interventie) en na acht maanden (t2; 6 maanden na afloop van de interventie). Waarbij in dit onderzoek alleen de t0 en de t1 is gebruikt. Er kwam, zoals vermeld, een vrijwilliger bij de deelnemer thuis om de interventie uit te voeren. De meetinstrumenten werden bij de oudere, in hun kamer in het verzorgingshuis, afgenomen door 3^e en 4^e jaars studenten psychologie.

De in dit onderzoek gehanteerde methodiek is dat de resultaten over de mate van mastery van voor en van na de interventie met elkaar worden vergeleken. Zodat kan worden vastgesteld of

dierbare herinneringen ophalen al dan niet effectief is in het verbeteren van de mastery bij ouderen. Tevens kan worden vastgesteld of het cognitieniveau van de ouderen al dan niet van invloed is op hun mastery niveau.

Meetinstrumenten

Bij de t0 wordt de mate van depressieve stoornis gemeten. Dit gebeurt aan de hand van de M.I.N.I. Het bestaat uit twee screeningsvragen en nog zeven aanvullende vragen waarop ja of nee kan worden geantwoord. Wanneer 3 of meer items van 3 tot en met 9 met 'JA' beantwoord zijn of 4 items waarbij 1 of 2 gecodeerd zijn met 'NEE,' dan is er sprake van een depressieve episode. De persoon mag dan wel nog met het onderzoek meedoen omdat de depressie dan niet ernstig is. Wanneer 7 of meer items van 3 tot en met 9 met 'JA' beantwoord zijn of 8 items waarbij vraag 1 of vraag 2 gecodeerd zijn met 'NEE,' dan is er sprake van een ernstige depressie en mag de persoon niet meedoen met het onderzoek. De M.I.N.I sluit direct aan bij de DSM criteria dus het heeft een hoge begripsvaliditeit. Een vraag die onder andere gesteld wordt is: 'Voelt u zich voortdurend depressief of neerslachtig tijdens het grootste deel van de dag, bijna elke dag gedurende de afgelopen 2 weken?' De overeenstemming tussen verschillende gestructureerde methoden bij de M.I.N.I is redelijk tot goed dus het heeft ook een hoge convergerende validiteit. Verder is de overeenstemming tussen de verschillende beoordelaars redelijk tot goed. Daarnaast zijn gestructureerde interviews in de regel altijd meer valide (Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp 2008) De huidige test heeft een cronbach's alpha van 0.841.

De Mini-Mental State Examination (MMSE) wordt gebruikt om te screenen en de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen. Onderdelen die getest worden zijn: oriëntatie in tijd en plaats, eenvoudige geheugentest, concentratie, taal, rekenen, praxis en visueel-ruimtelijk functioneren. In de MMSE worden vragen gesteld als bijvoorbeeld 'Welk jaar is het?' De test bestaat uit 19 vragen en de score loopt van 0-30, een vaak gebruikt afkappunt is <24 voor het mogelijk hebben van cognitieve stoornissen en is een indicatie voor verder neuropsychologisch onderzoek. (Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp 2008) In dit onderzoek mogen oudere meedoen met een lichte cognitieve beperking daarom is de grens gesteld op >18 om mee te kunnen doen. In de toelichting van de gestandaardiseerde versie van de MMSE hebben Kok en Verhey (2002) ook afname- en scoringsinstructies opgenomen. Bij elke vraag geven zij aan hoeveel punten het juiste antwoord oplevert. Niet elk antwoord hoeft exact juist te zijn om hiervoor punten te krijgen. Zo mag de cliënt er bij de vraag: 'Wat is de datum vandaag?' twee dagen naast zitten. Hoe hoger de score op de MMSE, hoe beter het cognitief functioneren van

de cliënt. De betrouwbaarheid van de MMSE is redelijk tot hoog, zoals blijkt uit de overeenstemming tussen de testcores op twee verschillende tijdstippen. (Tombaugh, McIntyre 1992) De sensitiviteit en specificiteit van de MMSE voor dementie zijn redelijk tot hoog: vooral patiënten met een matige tot ernstige cognitieve stoornis onderscheidt de MMSE goed van cognitief gezonde personen. Voor lichte cognitieve stoornissen is de MMSE minder sensitief. (Wind, Schellevis, Van Staveren, Scholten, Jonker, Van Eijk 1997) De huidige test heeft een cronbach's alpha van 0,473. Wanneer de items: 'noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist, 'Wilt u het papiertje pakken met uw rechterhand het dubbelvouwen en op uw schoot leggen?' worden weggelaten dan heeft de huidige test een cronbach's alpha van 0,575.

De mate van mastery bij de oudere wordt gemeten door de Pearlin Mastery Scale (PMS). Het bestaat uit vijf negatieve items. Een vraag die bijvoorbeeld gesteld wordt is: 'Ik heb weinig controle over dingen die mij overkomen' De antwoordmogelijkheden bij alle items variëren dan van 1 Helemaal mee eens tot 2 Helemaal mee oneens. De negatieve items zijn omgekeerd gescoord. Hogere score geeft hogere mate van mastery aan bij de persoon. Het heeft goede psychometrische kwaliteiten. (Pearlin, Schooler 1978) De huidige test heeft een cronbach's alpha van 0,692. Wanneer het item: 'Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen' wordt weggelaten dan heeft de huidige test een cronbach's alpha van 0,711.

Statistische analyse

De antwoorden op de verschillende testen (MINI, MMSE, etc) werden in spss ingevoerd. Aan elk antwoord werd een score toegekend. Hoe hoger de ouderen op de mastery scoorde hoe hoger de mastery van die oudere. Met spss is de score van de mastery op de voormeting (t_0) van de score van de mastery op de nameting (t_1) afgetrokken, dus $t_1 - t_0$. Hierdoor ontstonden de verschillcores. Verder betekende een hoge score op de cognitie dat diegene een hoge cognitie had.

Als eerste werd gekeken of de gegevens normaal verdeeld waren. Aangezien de gegevens normaal verdeeld waren werd er geen gebruik gemaakt van non-paramedische toetsten. Vervolgens werd een demografische schets gemaakt van de doelgroep, door het uitrekenen van percentages en gemiddelde. Daarna werd er berekend in hoeverre de interventie effect had op de mastery bij ouderen in vergelijking met de controlegroep. Daarvoor werd een analysis of covariance (ancova analyse) gebruikt. Bij de ancova analyse was in dit onderzoek de onafhankelijke variabele de groep, (experimentele groep en controle groep) De afhankelijke

variabele was de gemiddelde score op de mastery bij de nameting en de covariaat was de gemiddelde score op de mastery bij de voormeting. Er werd dus gecorrigeerd voor de gemiddelde score op de mastery bij de voormeting. Ook werd er berekend in hoeverre een hoge cognitie een rol speelt in een hogere mastery bij ouderen. Daarvoor werd een moderatie analyse gebruikt. De moderatie analyse heeft onder meer berekend of de interventie (de groep: experimentele groep of controle groep) invloed had op de hoogte van de mastery. Ook heeft de analyse berekend of een hoge cognitie voor een hogere mastery zorgt. Daarnaast is met de analyse onderzocht of, de groepsindeling en de cognitie samen, invloed hadden op de hoogte van de mastery.

Resultaten

Bij 24 ouderen is de t0 en de t1 meting afgenomen. De gegevens waren normaal verdeeld. Om te ontdekken of er verschillen bestaan tussen de deelnemers in de experimentele groep en de controlegroep met betrekking tot de afgenomen vragenlijsten, werd er ten eerste naar het gemiddelde en de standaarddeviaties voor: *cognitie, mastery t0 (voormeting)* en *mastery t1 (nameting)* gekeken. Zie hiervoor Tabel 2. Tussen de gemiddelde scores van de experimentele groep en de controlegroep zijn wat kleine verschillen te ontdekken, echter zijn deze verschillen niet erg groot. Verder zijn er in het algemeen geen uitschieters of opvallende gemiddelde scores.

Tabel 2

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de MMSE (cognitie) en de PMS (mastery).

N=24		Score experimentele groep	Score controlegroep	Totaal (N=24)
Cognitie (0-30)	Mean	23,64	24,30	23,91
	SD	3,17	3,95	3,45
Voormeting mastery (0-5)	Mean	2,65	2,68	2,67
	SD	0,88	,990	0,90
Nameting mastery (0-5)	Mean	2,87	3,18	3,00
	SD	0,78	0,60	0,71

Opmerking: M = mean (gemiddelde) SD = Standaard deviatie

Bij de ancova analyse, zie tabel 3, werd er vervolgens berekend in hoeverre het ophalen van dierbare herinneringen effect heeft op het verbeteren van de mastery bij ouderen, in vergelijking met de controlegroep. Waarbij de H_0 verworpen zou worden indien $p < 0,05$. In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde mastery score bij de voormeting geen significante effect heeft op de gemiddelde mastery score bij de nameting, want $F=1,366$ en $P=0,256$. Verder is er geen aantoonbaar significant bewijs dat de experimentele groep na de interventie meer is verbeterd in het gevoel van mastery dan de controlegroep, want $F=1,093$ en $p=0,308$.

Tabel 3

Ancova analyse. Afhankelijke variabele: Gemiddelde mastery nameting

	F	Sig	effectgrootte
Gemiddelde mastery voormeting	1,366	0,256	0,061
Groep (exp of con)	1,093	0,308	0,049

Dus het antwoord op de deelvraag ‘In hoeverre heeft ophalen van dierbare herinneringen effect op de mastery bij ouderen in vergelijking met de controlegroep?’ kon als volgt beantwoord worden: er is niet aangetoond dat de experimentele groep na de interventie meer is verbeterd in het gevoel van mastery dan de controlegroep. De H_0 wordt dus aangenomen.

Om de tweede deelvraag, In hoeverre speelt een betere cognitie een rol in een betere mastery bij ouderen? te kunnen beantwoorden, is een moderatie analyse uitgevoerd. Waarbij de H_0 verworpen zou worden indien $p < 0,05$. Uit de moderatie analyse wordt duidelijk, zie tabel 4, dat de interventie (groepsindeling) geen significante invloed had op de hoogte van de mastery, want $B= -0,130$ en $p=0,550$. Ook is er niet significant aangetoond dat een hoge cognitie voor een hogere mastery zorgt, want $B= 0,346$ en $p=0,259$. Daarnaast hebben, de groepsindeling en de cognitie samen, geen aantoonbaar significante effect op de hoogte van de mastery, want $B= -0,348$ en $p = 0,255$. Tevens is te zien dat 9,3% van de variabiliteit van de score op de *mastery bij de nameting* wordt verklaard door regressie op de drie voorspellers. In tabel 5 is te zien dat de drie voorspellers geen aantoonbaar significant effect hebben op de hoogte van de mastery, want $F = 0,686$ en $p = 0,571$.

Tabel 4

Moderatie analyse voor de invloed van het cognitief functioneren op de mastery

	Beta	Sig	R-square
Groepsindeling	-0,130	0,550	0,093
Gecentraliseerde cognitiescore	0,346	0,259	
Interactie groep*gecentr. Cog	-0,348	0,255	

Tabel 5

Moderatie analyse. Afhankelijke variabele: verschilscore mastery.

	F	Sig.
Regressie	0,686	0,571

Opmerking: voorspellers: gecentraliseerde cognitiescore, groepsindeling (interventie) en interactie groep*gecentr. cog

Dus het antwoord op de deelvraag ‘In hoeverre speelt een hoog cognitieniveau een rol in een hogere mastery bij ouderen?’ kon als volgt beantwoord worden: er is niet aangetoond dat een hogere cognitie voor een hogere mastery zorgt. De H_0 wordt dus aangenomen.

Discussie

Aanleiding en doel onderzoek

Door de voortdurende stijging van het aantal ouderen in Nederland is het van belang aandacht te besteden aan deze groep (CBS bevolkingsstatistiek) Want ouderen hebben vaak te kampen met psychische en lichamelijke problemen (Butler, 1963). Tot die psychische problemen behoren ook vaak cognitieve klachten met betrekking tot het verlies van geheugen. Aangezien een lage mastery, net als een lage cognitie, voor geheugenverlies kan zorgen, kan het verhogen van de mastery ertoe leiden dat de achteruitgang van het geheugen minder wordt. (Bandura 1994) Ook zorgt een hoge mastery ervoor dat het analytische denken vooruit gaat, men gaat dus beter presteren. Verder waagt men zich aan moeilijkere doelen waardoor de vaardigheden van mensen worden verbeterd, hierdoor gaat de mastery alleen nog maar meer omhoog. (Bandura 1994) Het verhogen van de mastery is overigens niet alleen positief voor de geestelijke gezondheid, maar ook omdat het de lichamelijke gezondheid van ouderen vergroot. Zo vergroot het de kans op herstel bij verwondingen, beschermt het tegen lichamelijke achteruitgang en verlaagt het de kans op mortaliteit (bijv. Jang, Bergman, Schonfeld, en Molinari, 2006, Jang, Haley, Klein, & Mortimer, 2002; Surtees, Wainwright, Lubin, Khaw, & Day, 2006). Daarom was het doel van dit onderzoek om te kijken of de mastery van ouderen met verschillende cognitieniveaus verbeterd kon worden door middel van de interventie ‘dierbare herinneringen.’ Dierbare herinneringen is een nieuwe opzet waarbij ouderen specifieke positieve herinneringen ophalen uit de jonge jaren, adolescentie, volwassenheid en het leven als geheel (Bohlmeijer, Steunenber e.a., 2010).

Onderzoeksvraag

Naar aanleiding van de onderzoeksvraag: ‘in hoeverre is het ophalen van specifieke positieve herinneringen effectief in het verbeteren van het gevoel van mastery bij ouderen met verschillende cognitieniveaus?’ kan het volgende geconcludeerd worden: Er is niet aangetoond dat de experimentele groep na de interventie meer is verbeterd in het gevoel van mastery dan de controlegroep. Ook is niet aangetoond dat een hogere cognitie een rol speelt in een hogere mastery bij ouderen

Gelet op de literatuur was de verwachting voorafgaande aan mijn onderzoek dat de interventie 'dierbare herinneringen' ervoor zorg zou dragen dat de mastery van de ouderen verhoogd zou worden. Dit bleek echter niet uit het huidige onderzoek.

Ook was de verwachting dat cognitief functioneren invloed zou hebben op de hoogte van de mastery. Ook dit kon niet worden vastgesteld.

De redenen dat een en ander niet uit mijn onderzoek is gebleken zullen velerlei zijn. Hierna wordt onder het kopje sterke kanten en beperkingen een aantal mogelijke redenen opgesomd waaronder een te kleine steekproef en homogeniteit onder de deelnemers. Mogelijk vindt een en ander ook zijn oorzaak in de andere opzet van mijn onderzoek, in vergelijking met de aangehaalde onderzoeken. Het ging in mijn onderzoek immers niet om algemene positieve herinneringen maar om specifieke positieve herinneringen, dus om een iets andere soort interventie. Waarbij ook nog eens onderscheid gemaakt werd naar cognitieniveau per individu. Anderzijds is het zo dat bij de uitvoer van de resultaten kon worden vastgesteld of het cognitieniveau per individu invloed had op de mastery. Maar de cognitieniveaus werden niet onderverdeeld in groepen met lage, gemiddelde en hoge cognitie. Het kan zijn dat bij een dergelijke onderverdeling wel sprake had kunnen zijn van een significante invloed op de mastery. Ook was bij andere onderzoeken de leeftijd van de doelgroep lager en werd reminiscentie vaak gegeven in combinatie met een andere therapie.

Een andere reden kan gelegen zijn bij de controlegroep. Weliswaar werden er bij de controlegroep niet specifiek dierbare herinneringen opgehaald maar in overleg met iedere oudere afzonderlijk werden er allerlei activiteiten uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld een blokje om, naar de bibliotheek enz. Ook dit soort activiteiten kunnen mogelijkwijs een gelijksoortig effect hebben als dat bij de interventie. Immers aandacht kan positieve gevoelens opwekken en daarmee positieve herinneringen. Mogelijk zit hierin een begin van een verklaring voor de afwijkende resultaten.

Ook kan een reden zijn dat de interventie 'dierbare herinneringen' daadwerkelijk geen invloed heeft op de mastery, maar dat de interventie bijvoorbeeld wel invloed zou kunnen hebben op angst of depressie bij ouderen. Dit omdat angst en depressie allebei affectieve stoornissen zijn en aangezien bij 'dierbare herinneringen' positieve emoties worden opgeroepen, zou dat wellicht de negatieve gevoelens bij angst en depressie kunnen verminderen.

Sterke kanten en beperkingen

Het is lastig de sterke kanten van het onderzoek aan te geven om de reden dat de onderzoeksmethode immers grotendeels voorgeschreven was. De onderzoekers hadden vrijheid op de volgende punten: het bepalen van het tijdstip waarop naar verzorgingshuizen werd gegaan. Het geven van uitleg over het onderzoek aan de ouderen. Bepalen van het tijdstip waarop de vragenlijst van de voormeting werd ingevuld en het bepalen van het tijdstip waarop de vragenlijst van de nameting werd ingevuld. Rekening houdend met de voorgeschreven randvoorwaarden waarbij de nameting 2 maanden na de voormeting moet plaatsvinden.

Sterk punt ten aanzien van de werving van de voorgeselecteerde ouderen is de wijze waarop de ouderen benaderd werden bij het gesprek aan de deur. De invalshoek was een positieve insteek namelijk dat de ouderen gevraagd werden of zij het leuk vonden als er een aantal keren een vrijwilliger bij hen langs kwam, die of leuke dingen met hen ging doen, of mooie herinneringen met hen zou gaan ophalen. Met andere woorden er werd in beginsel niet gerept over onderzoek of andere meer serieuze aangelegenheden. Dit al om direct het ijs te breken. Dit bleek goed te werken.

Goed punt bij de voormeting was ook dat er weinig tijd verliep tussen de bereidverklaring van de ouderen om mee te doen met het onderzoek en het invullen van de vragenlijst van de voormeting. Er werd namelijk gelijk gevraagd of de oudere bereid was de vragenlijst direct in te vullen. Daarmee werd bewust niet gewacht om latere bedenkingen te voorkomen. Bij de nameting is niet een sterk punt te benoemen. Zie hiervoor de beperkingen.

Hoewel veel ouderen zijn voorgeselecteerd is het aantal ouderen dat uiteindelijk het hele onderzoek heeft doorlopen relatief gering. Hier is een aantal oorzaken voor aan te wijzen: een oorzaak kan zijn dat het aantal voorgeselecteerde ouderen uiteindelijk toch nog te weinig is geweest, immers hoe meer ouderen men voorselecteert hoe meer deelnemers men uiteindelijk krijgt. Het is inderdaad zo geweest dat een substantieel deel van de voorgeselecteerde ouderen niet wilden meewerken (bijvoorbeeld omdat ze al genoeg andere activiteiten hadden) maar er kon gebruik worden gemaakt van gegevens die waren voortgekomen uit een ander vergelijkbaar recent onderzoek van psychologiestudenten van dezelfde universiteit.

De reden van het relatief geringe aantal ouderen dat het gehele onderzoek heeft doorlopen moet dan echter meer gevonden worden in het feit dat sommige ouderen gedurende het

onderzoeksproces zijn afgehaakt. (met name na de interventie) Bij hen is niet toegekomen aan de vragenlijsten na de interventie. (nameting) De oorzaken hiervoor waren: eenerzijds gelegen bij de ouderen anderzijds bij de onderzoekers. (psychologie studenten) Bij de ouderen: omdat zij er blijkbaar geen prijs meer op stelden op het vervolg (bijvoorbeeld sommige ouderen waren het onderzoek vergeten, andere gaven aan er geen prijs meer op te stellen enz) Bij de onderzoekers: daar zij achteraf bezien, om allerlei redenen, meer aandacht hadden voor de instromende groep ouderen (t0 meting) dan de uitstromende groep ouderen (t1 meting) Waardoor achteraf gezien meer t0 metingen waren afgenomen dan t1 metingen.

Daarom is het in de toekomst van belang om bij dit soort onderzoeken een groter aantal ouderen te selecteren (tenzij men voldoende toepasbare gegevens heeft van andere vergelijkbare onderzoeken) Hierbij kan ook aandacht geschonken worden aan de wijze waarop de voorgeselecteerde ouderen werden benaderd. Dit vond schriftelijk plaats door middel van brieven, gevolgd door een gesprek aan de deur waarbij het onderzoek werd uitgelegd en werd gevraagd of de ouderen mee wilden doen. Op zich is dit een goede methode al zou gelet op het aantal nee zeggings na het gesprek aan de deur, aan te bevelen zijn om bij de mondelinge benadering van de ouderen hiervoor ook hun intermediaires in te schakelen, die de betrokken ouderen immers beter kennen. Tevens kunnen deze intermediaires ingeschakeld worden om deze ouderen enthousiast te houden voor het onderzoek. De gebreken bij de psychologiestudenten moet vooral gezocht worden in een tekort schieten aan onderzoekservaring waardoor de aandachtspunten weleens verkeerd gelegd werden.

Een ander punt van aandacht is de samenstelling van de groep die uiteindelijk het hele onderzoek heeft doorlopen. Gesteld kan worden dat het uiteindelijk een groep betrof die enigszins homogeen was. (Zie tabel 1) Veruit de meerderheid was laag opgeleid en vrouw. Hierdoor kan men de onderzoeksresultaten niet generaliseren naar de gehele groep van ouderen. Dit pleit er voor om in het vervolg de steekproef bij dit soort onderzoeken te vergroten zodat het onderzoek meer representatief is voor de groep ouderen.

Aanbevelingen voor nieuw onderzoek

Mijn onderzoek heeft geen significante resultaten opgeleverd. De redenen daarvan zijn hierboven aangegeven tevens zijn aanbevelingen gedaan.

Deze resultaten behelsten dat er geen verschillen zijn waargenomen tussen de experimentele groep en de controle groep. Dit zou kunnen komen doordat de interventie ‘dierbare herinneringen’ inderdaad niet werkt om de mastery te verhogen of door andere toevallige factoren. Onderzocht zou kunnen worden of de interventie bijvoorbeeld wel invloed heeft op angst of depressie bij ouderen. Waarschijnlijker is echter dat, gelet op de wetenschappelijke stand van zaken, de hierboven beschreven beperkingen, van mijn onderzoek het resultaat teveel hebben beïnvloed. Het verdient dan ook aanbeveling om het onderzoek nogmaals uit te voeren met meer deelnemers, waarbij dus één interventie plaatsvindt ‘dierbare herinneringen’ en niet meerdere interventies en waarbij de leeftijd van de deelnemers 65 jaar of ouder is. Een andere aanbeveling is om bij verder onderzoek naar hetzelfde onderwerp kritisch te kijken naar de manier waarop de ouderen voorgeselecteerd zijn en het aantal ouderen dat geselecteerd en uiteindelijk geworven is. Ook dient men kritisch te kijken naar hoe men de controlegroep vormgeeft. Verder zou men de cognitieniveaus van de ouderen kunnen onderverdelen in groepen van laag, gemiddeld tot hoog. De praktijk doet er verstandig aan verder onderzoek af te wachten alvorens de interventie ‘dierbare herinneringen’ toe te passen ter verbetering van de mastery bij ouderen. Omdat een hoge mastery vele voordelen heeft voor ouderen, is het van belang dat de hulpverleners en de familie wetenschappelijk bewezen manieren ontwikkelen om de mastery van de ouderen te verhogen. Dit zou al bewerkstelligt kunnen worden, zoals uit bovenstaande literatuur blijkt, door ouderen zoveel mogelijk dingen zelf te laten uitvoeren. Door niet te snel overal te hulp te schieten.

Referentielijst

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Barendsen, I. & Boonstra, W. (2005) *Terug naar Toen ... Reminisceren met ouderen*. Baarn: HB Uitgevers
- Barnhofer T, Crane C, Dalgleish T, Hermans D, Raes F, Watkins E, Williams J.M.G (20 07) Autobiographical memory specificity and emotional disorder *Psychological Bulletin* Copyright 2007 by the American Psychological Association 2007, Vol. 133, No. 1, 122–148
- Berger H, Bohlmeijer E.T, Koenders K, Korte J en Westerhof G.J (2014) Protocol vrijwilligerscontact. Een gerandomiseerde, gecontroleerde studie naar de effecten van een individuele life-review interventie voor mensen van 65 jaar en ouder met lichte tot matige depressieklachten. Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Enschede. Zorggroep Sint Maarten, Locatie Oldenhove, Losser. Zorgcentrum de Posten, Enschede.
- Bergman E, Molinari V, Schonfeld L, Jang Y, (2006) Depressive symptoms among older residents in assisted living facilities *The International Journal of Aging and Human Development* Volume 63, Number 4 / 2006 P. 299 – 315 Doi: 10.2190/7TTA-DQWR- T429-C4N4
- Bloemendal, G., Geelen, R., & Koot-Fokkink, A. (1997). *Levensboeken: Een handleiding voor hulpverleners in de ouderenzorg*. Baarn: Intro.
- Bohlmeijer E, Kramer J, Smit F, Onrust S, van Marwijk H. (2009) The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptomatology and Mastery of Older Adults. *Community Mental Health Journal* December 2009, Volume 45, Issue 6, pp 476-484
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G.J., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging and Mental Health*, 9, 302-304.

Bohlmeijer, E. & Westerhof, G. (2010). *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Boom: Amsterdam.

Bohlmeijer, E.T., Steunenbergh, B., Leontjevas, R., Mahler, M., Daniël, R., & Gerritsen, D. (2010). *Dierbare herinneringen. Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening*. Enschede: Universiteit Twente.

Bohlmeijer E.T. , Steunenbergh, B., Westerhof G.J. Reminiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* jaargang 42, nummer 1 (2011) p. 7-16

Buijssen, H. & Poppelaars, K. (1997) *Reminiscentie: Een handleiding voor de praktijk*. Baarn: Intro.

Carstensen L.L, Mather M (2005) Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory *Volume 9, Issue 10, October 2005, Pages 496–502*

CBS bevolkingsstatistiek

Van Dijk, J. P. Gavelova M., Gdovinova Z. Groothoff J. W. Nagyova, I. Krokavcova, M. Rosenberger J. Mastery, functional disability and perceived health status in patients with multiple sclerosis (2008) *Middel B.*, Article first published online: 29 SEP 2008
DOI: 10.1111/j.1468-1331.2008.02304.

Fredrickson B.L (1998) What Good Are Positive Emotions? *Rev Gen Psychol.* 1998 September ; 2(3): 300–319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300

Gadalla T.M (2009) Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians *J Aging Health* June 2009 vol. 21 no. 4 581-595

Kok R, Verhey F. Dutch translation of the Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975). 2002

Korte, J. (2012). *The stories we live by: The adaptive role of reminiscence in later life*.

Enschede, the Netherlands: University of Twente. *Mosby's Medical Dictionary*, 8th edition. © 2009, Elsevier.

Tomaka J, Thompson S, Palacios R (2006) The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly doi: 10.1177/0898264305280993J Aging Health June 2006 vol. 18 no. 3 359-384

Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini- mental state examination: a comprehensive review. J Am Geriatr Soc 1992;40(9):922-35.

W. Vandereycken, C.A.L Hoogduin, P.M.G Emmelkamp (2008) Handboek psychopathologie deel 1 basisbegrippen ISBN: 978-90-313-5309-5 (Print) 978-90-313-6632-3

Wind AW, Schellevis FG, Van Staveren G, Scholten RP, Jonker C, Van Eijk JT. Limitations of the Mini-Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:101-8.

Welch D.C, West R.L (1995) Self-efficacy and mastery: its application to issues of environmental control, cognition, and aging Volume 15, Issue 2, June 1995, Pages 150–171

Pearlin LI, Schooler C: The structure of coping. J Health Soc Behav 1978; 19:2–21

Seligman M.E.P, (2002) Positive psychology, positive prevention, and positive therapy Handbook of positive psychology

Verhey F.R.J, Kok, RM (2002) Gestandaardiseerde MMSE