

Universiteit Twente

Het effect van Reminiscentiekoffers op Kwaliteit van
leven en Depressie bij demente ouderen: een pilot-studie

Hanneke Woudsma

S1245678

Bachelorthese Psychologie

Positieve Psychologie & Technologie

Faculteit BMS

Afstudeerbegeleiders: MSc., dr. J.M Goldberg & MSc., dr. H.
Trompetter

11-01-2016

Samenvatting

Achtergrond: Demente ouderen in zorginstellingen ervaren vaker een verminderde kwaliteit van leven. Ook ervaren zij meer depressieve gevoelens. Er zijn onderzoeken gedaan naar de invloed van reminiscentie-interventies op de kwaliteit van leven en depressieve gevoelens bij demente ouderen. Voor reminiscentie-interventies wordt er gebruik gemaakt van reminiscentiekoffers. Deze koffers zijn gevuld met voorwerpen van vroeger. Er wordt verwacht dat de voorwerpen van vroeger de demente ouderen “triggeren” om herinneringen van vroeger op te halen. Door herinneringen op te halen kan het algeheel gevoel van welbevinden verbeterd worden.

Methode: Voor deze pilotstudie is er op één locatie van de Livio een experimentele groep en een controle groep opgesteld. De beide groepen bestaan uit 5 personen. De experimentele groep heeft voor 4 weken de interventie ontvangen. Na elke week zijn er twee observaties afgenomen, aan de hand van de vragenlijsten de Qualidem en de Cornell Scale. Daarna is er gekeken of er een significant verschil is opgetreden na 4 weken.

Resultaten: Er is een significant verschil gemeten op de Qualidem. De experimentele groep scoorde met een significantie niveau van .034 na 4 weken hoger op de Qualidem. De experimentele groep ervoer na de interventie een betere kwaliteit van leven. Er is een verschil gevonden tussen de controle groep en de experimentele groep op de Cornell Scale. De experimentele groep scoorde niet lager op deze observatie. De depressieve gevoelens zijn verminderd na 4 weken.

Conclusie: De interventie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven bij de deelnemers aan deze pilot-studie. Er is geen effect gevonden bij de vermindering van depressieve gevoelens. Aan de hand van de bevindingen zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld voor een vervolgonderzoek. Voorbeelden hiervan zijn: grotere steekproef, andere vragenlijst voor kwaliteit van leven te gebruiken en meerdere begeleiders de observatievragenlijst laten afnemen.

Abstract

Background: Elderly with dementia in health institutions often experience a decrease in quality of life. They also experience depressive symptoms. Studies have been done to examine the influence of reminiscence regarding quality of life and depressive symptoms. A new method of reminiscence therapy is the use of reminiscence boxes. These boxes are filled with objects from the olden days. The expectation is that the objects will 'trigger' the elderly to reminiscence. Through this intervention overall wellbeing can be improved.

Method: This pilot-study has been done on one location of the institution of Livio. The population contained 10 elderly. The experimental group consisted of 5 elderly. The control group consisted of 5 elderly too. The experimental group received the intervention for 4 weeks. After each week there was an observation done by the monitor. The observations used are the Qualidem and the Cornell Scale. On the basis of the observations research have been done to analyze whether a significant difference appeared after 4 weeks.

Results: The analysis showed a significant difference on the Qualidem. The experimental group scored with a significance level of .034 after 4 weeks higher on the Qualidem. There has been an improvement of quality of life with the experimental group. The analysis showed a difference on the Cornell Scale. The experimental group scored better on the Cornell Scale. The depressive feelings have been reduced after 4 weeks.

Conclusion: The intervention had a positive effect on the quality of life on the members of the experimental group. There has not been an effect on depressive symptoms. Some recommendations have been made for a follow-up study. For example, larger population, different questionnaire to measure quality of life and two monitors to observe.

Inhoudsopgave

<i>Inleiding</i>	blz. 5-11
• Dementie	blz. 5
• Depressie en Kwaliteit van Leven	blz. 5-8
• Reminiscentie	blz. 8-10
• Onderzoek	blz. 10-11
<i>Methode</i>	blz. 11-15
• Deelnemers	blz. 9
• Procedure	blz. 9-10
• Meetinstrumenten	blz. 10-11
• Analyse	blz. 11-12
<i>Resultaten</i>	blz. 16-18
<i>Discussie</i>	blz. 19-23
<i>Referenties</i>	blz. 23-26

Inleiding

In de dementiezorg wordt er steeds meer gewerkt met levensverhalen en herinneringen. Aandacht voor individuele verhalen van bewoners kan bijdragen aan een meer persoons- en belevingsgerichte zorg en daarmee een verbetering van het welbevinden. Recent is het project True Doors in het nieuws geweest. Dit project is opgericht met het doel om de transitie van ouderen naar een verzorgingshuis te bevorderen. Het is voor ouderen moeilijk om zich thuis te voelen als zij eenmaal in een verzorgingstehuis zitten. Dit geldt vooral voor demente ouderen. Om te zorgen dat de ouderen zich sneller thuis voelen en het gevoel van welzijn te verbeteren, zijn er deurstickers ontworpen. Deze deursticker is een foto van een voordeur van de bewoner. Deze fotosticker is een kopie van de deur van het huis waaraan de bewoner positieve herinneringen aan heeft. Doordat de voordeur van de bewoner eruit ziet als een deur van een eerder bewoond huis, geeft dit de bewoner een gevoel van thuiskomen. Daarnaast geeft het de bewoner het gevoel een eigen huis te hebben binnenin de instelling. Hierdoor kan de bewoner zich makkelijker aanpassen aan de grote verandering van het verhuizen naar een instelling (TrueDoors).

Dementie

Wanneer er meer dan één cognitief domein is aangedaan en er belangrijke beperkingen zijn bij het verrichten van de dagelijkse bezigheden, wordt er gesproken van dementie. Er kunnen verschillende symptomen naar voren komen bij mensen met dementie. Voorbeelden hiervan zijn stoornissen in het geheugen, verminderd leervermogen, moeite met spraak. Welke symptomen naar voren komen bij de verschillende stoornissen ligt aan de lokalisatie en uitbreiding van de hersenbeschadiging. Ook komen er niet-cognitieve symptomen naar voren bij mensen met dementie. Bijna altijd hebben mensen met dementie last van persoonlijkheidsveranderingen, depressiviteit, apathie, prikkelbaarheid, wanen, visuele hallucinaties en stoornissen in het slaap-waakritme (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Daarnaast kampen ouderen met dementie met emotionele veranderingen.

Depressie en Kwaliteit van Leven

Het aanpassen aan verandering en het gevoel van verlies is één van de meest belangrijke en moeilijkste ontwikkeling voor ouderen (Erikson,1964). Sommige veranderingen zijn positief, maar veel verandering worden negatief beoordeeld door ouderen. Zij hebben door de veranderingen vaak het gevoel van verlies. Voorbeelden van deze veranderingen zijn; verlies van de partner, met pensioen gaan, lichamelijke achteruitgang (Davidhizar & Shearer, 1999). Dit maakt dat ouderen een verhoogd risico hebben om een depressie te ontwikkelen. Mensen die ouder worden en richting

pensioen gaan kunnen een verlies van lichamelijke en psychologische functies, sociale functies en sociale betrokkenheid ervaren. Niet elke oudere is afhankelijk van andere mensen voor zorg en ondersteuning, maar in de meeste gevallen ervaren ouderen een gevoel van verlies van functie en capaciteit. Dit zorgt ervoor dat de oudere zich emotioneel en fysiek kwetsbaar voelt. Hierdoor kunnen zij zich eenzaam voelen en sociaal geïsoleerd. Dit werkt depressieve gevoelens in de hand (Chiang et. al., 2010) Deze veranderingen veroorzaken een gevoel van “distress” bij ouderen. Hierdoor kunnen ouderen milde tot gemiddelde depressieve gevoelens ervaren. Ouderen die depressieve gevoelens ervaren hebben een verhoogd risico om een depressie te ontwikkelen.

Het grootste risico voor het ontwikkelen van een klinische depressie in het latere leven is de aanwezigheid van sub-depressieve symptomen die nog niet aan de criteria voldoen voor het hebben van een klinische depressie. De economische kosten geassocieerd met sub-depressieve symptomen zijn iets minder dan de kosten van een klinische depressie. Dat maakt dat het zeer belangrijk is om te voorkomen dat ouderen met sub-depressieve gevoelens een klinische depressie ontwikkelen (Korte,2012).

Volgens de DSM-IV-TR-criteria (Van der Molen et.al., 2010) voor het diagnosticeren van een depressieve episode (klinische depressie) moeten er verschillende symptomen aanwezig zijn voor de duur van twee weken of meer. Er kan onderscheid gemaakt worden in de ernst van een depressie aan de hand van het aantal symptomen, hierbij moet er wel rekening mee gehouden worden dat de mate van lijden voor het grootste deel de ernst van depressie bepaalt (Jonker et.al., 2012).

Uit onderzoek is gebleken dat depressieve mensen na behandeling van de depressie een verbeterde kwaliteit van leven ervaren. Daarnaast zijn ook de symptomen van een depressie verminderd (Miller et al., 1998). Verder is er gebleken dat er een relatie bestaat tussen depressieve symptomen en kwaliteit van leven. Wanneer er meer depressieve symptomen worden waargenomen wordt er een lagere kwaliteit van leven ervaren (Ruo et al., 2003). In het onderzoek van Borowiak en Kostka (2004) is er gekeken naar de correlatie tussen depressie en kwaliteit van leven bij ouderen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat depressie de grootste voorspeller is voor de kwaliteit van leven bij ouderen. Er wordt veronderstelt dat als de depressieve gevoelens van de ouderen worden verminderd, de kwaliteit van leven omhoog gaat.

Bij ouderen wordt depressie geassocieerd met fysieke onhandigheid, functionele beperkingen (Lenze et al., 2001) en lichamelijke achteruitgang (van Gool et al., 2005). Als depressieve gevoelens verminderd kunnen worden dan kunnen ook de functionele beperkingen langzamer optreden bij de ouderen (van Gool et. al., 2005). Daarnaast zijn er problematisch gedrag bij ouderen in een zorginstelling gelinkt aan depressieve symptomen (Rothuber et. al., 2007). Daarom kunnen interventies gericht op gedrag en het verminderen van depressieve symptomen leiden tot een

langzamer aftakeling van lichamelijke functies en het verbeteren van gedrag. Voorbeelden zijn een verbetering in de fysieke onhandigheid, een levendiger individu, verbeterde communicatie en verbeterde sociale verstorning. Dit heeft weer invloed op de kwaliteit van leven (Hsu et. al., 2009).

Uit een studie van Ettema, de Lange, Droës, Mellenbergh & Ribbe (2005) komt er een eenduidige definitie naar voren als er wordt gekeken naar de kwaliteit van leven bij demente ouderen: “ *De multidimensionale evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van dementie.*” Kwaliteit van leven bij demente ouderen heeft speciale aandacht nodig. Volgens Bakker (2006) gaat ouderenzorg te weinig uit van wensen, behoeften en mogelijkheden van de oudere zelf. Kwaliteit van leven bestaat niet alleen uit medische zorg, maar ook over zingeving en welbevinden (WHOQOL Group, 1995). Op dit moment staat wet- en regelgeving op de voorgrond in de ouderenzorg, niet de oudere zelf (Bakker, 2006). Wanneer er wordt gekeken naar kwaliteit van leven zijn er verschillende domeinen geïdentificeerd bijvoorbeeld zelfbeeld, sociale interacties en activiteiten, genieten en positieve gevoelens. Er mist echter een belangrijk onderdeel wanneer er wordt gekeken naar de kwaliteit van leven bij demente ouderen. Namelijk de relatie met het verzorgend personeel en de beleving van de verpleeghuisomgeving. Deze domeinen dragen bij aan de kwaliteit van leven bij demente ouderen (Droës et al., 2002). Daarnaast is de kwaliteit van leven bij demente ouderen subjectiever dan bij andere individuen. Dit kan verklaard worden door het feit dat demente ouderen niet meer als informant over hun eigen kwaliteit van leven kunnen fungeren (Ettema et. al., 2005). Om te kunnen oordelen over de kwaliteit van leven bij demente ouderen zal er gesteund moeten worden op het oordeel van derden.

Van Nispen, van Beek, Wagner hebben in 2005 kwaliteit van leven in de ouderenzorg vanuit het cliëntperspectief onderzocht. Van hieruit zijn er vier domeinen van kwaliteit van leven gedefinieerd: lichamenlijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Het eerste domein is lichamenlijk welbevinden. Hiermee wordt niet alleen de lichamenlijke beperkingen en de ervaren gezondheid mee bedoeld. Ook wordt er gekeken naar de lichamenlijke verzorging, en het kunnen genieten van eten en drinken. Het tweede domein is woon-/leefsituatie. Hier wordt er gekeken naar de woonomgeving van de cliënten. Dat wil zeggen, de mate waarin zij zich thuis voelen en een eigen plek hebben. Daarnaast wordt er in dit domein gekeken naar een zinvolle tijdsbesteding, ervaren veiligheid, zelf bepalen van de dagindeling en de financiële situatie van de cliënt. Het derde domein is participatie. Bij dit domein wordt er gekeken naar de omgang van cliënten met anderen. In de ouderenzorg zijn dat vaak verzorgenden, andere cliënten, familieleden en vrienden/kennissen. Er wordt niet alleen gekeken naar contact op zich, maar ook hoe de cliënt dit contact ervaart. In dit domein wordt er ook gekeken naar de sociale rollen van de cliënten, de ervaren intimiteit en het ervaren van humor/plezier in het leven. Tot slot is er het vierde domein

mentaal welbevinden. In dit domein wordt er gekeken naar het ervaren gevoel van onafhankelijkheid, privacy, hoe de cliënt zichzelf ziet en de interesse om nieuwe dingen te leren (Van Nispen et al., 2005).

In deze these wordt er onderzoek gedaan naar de invloed van reminiscentie op kwaliteit van leven en depressie bij demente ouderen.

Reminiscentie

De wetenschappelijke definitie van reminiscentie is gemaakt door Bluck en Levine (1998), vertaald door Bohlmeijer, (2011): *“ Reminiscentie is het (on)willekeurige activiteit of proces van het ophalen van persoonlijke herinneringen. Het kan gaan om herinneringen aan bijzondere of algemene episoden die al dan niet vergeten waren en die vergezeld gaan van het gevoel dat de herinnerde episoden waarachtige waarnemingen zijn van de oorspronkelijke ervaringen. Deze herinneringen uit het autobiografisch geheugen kunnen privé blijven of gedeeld worden met anderen.”*

Deze definitie laat zien dat reminiscentie verschillende vormen kan aannemen. In reactie hierop hebben Cappeliez and O'Rourke (2006) een taxonomie van de verschillende vormen van reminiscentie gemaakt. Dit model laat zien dat er 6 verschillende soorten reminiscentie bestaan en wat daar de functies van zijn. Er wordt onderscheid gemaakt tussen positieve soorten reminiscentie en negatieve soorten reminiscentie. De positieve soorten van reminiscentie zijn positief gerelateerd aan algeheel welbevinden en fysieke gezondheid. De negatieve soorten van reminiscentie zijn negatief gerelateerd aan algeheel welbevinden en fysieke gezondheid. De positieve soorten van reminiscentie zijn 'identiteit', 'probleemoplossing' en 'voorbereiding op de dood'. De negatieve soorten van reminiscentie zijn 'verbitterde herbeleving', 'vermindering van verveling' en 'onderhouding van intimiteit'. Daarnaast heeft Korte (2012) een sociale soort van reminiscentie bevonden. Hierbij behoren twee soorten reminiscentie. Bij 'onderwijzen/informeren' wordt er gebruikt gemaakt van ervaringen en levenslessen om een ander te helpen. Bij 'conversatie' wordt er gebruikt gemaakt van het verleden om met anderen in contact te komen door het vertellen van persoonlijke herinneringen (Korte, 2012). Cappeliez en O'Rourke (2006) hebben een positieve correlatie gevonden tussen de positieve functies van reminiscentie en een positief gevoel van algeheel welbevinden. Uit onderzoek blijkt dat 'identiteit' reminiscentie en 'probleem-oplossing' reminiscentie een positieve correlatie hebben met succesvol ouder worden (Cappeliez, O'Rourke & Chadbury, 2005)

Er worden steeds meer onderzoeken uitgevoerd naar het begrijpen van de functies van reminiscentie en in hoeverre reminiscentie is gelinkt aan geestelijke gezondheid. De onderzochte populatie zijn vooral ouderen. Er wordt vaak gesuggereerd dat gezond ouder worden wordt

gefaciliteerd of juist wordt gehinderd door reminiscentie. In het onderzoek van Korte (2012) bij de populatie van ouderen met milde depressieve gevoelens, komt naar voren dat 'probleem-oplossing' een unieke associatie heeft met angst. Dit kan eventueel worden verklaard door het feit dat angst vaak wordt geassocieerd met zorgen over het heden en de toekomst, terwijl depressie meer wordt geassocieerd met zorgen over het verleden (Borkovec, Ray & Stöber, 1998). 'Probleem-oplossing' reminiscentie is direct gerelateerd aan het omgaan met hedendaagse problemen. Deze vorm van reminiscentie vergroot het gevoel van 'mastery'. 'Mastery' is de motivationele behoefte om gebeurtenissen te begrijpen en daarop te anticiperen. Een vergroot gevoel van 'mastery' zorgt ervoor dat de gevoelens van angst worden verminderd (Korte, 2012). 'Probleem-oplossing' reminiscentie reflecteert op gebruikte probleem-oplossingstrategieën in het verleden, coping technieken en skills die de persoon hielpen om succesvol om te gaan met problemen in het verleden. Wanneer iemand hiervan bewust wordt en gelooft in zichzelf maakt dat de angstgevoelens worden verminderd voor huidige problemen. Sterker nog, uit het onderzoek bleek dat als ouderen veelvuldig gebruik maakten van de herinneringen van hun copingstrategieën/skills, zij zich veel zelfverzekerder voelden wat weer een effect had op het verminderen van de angstgevoelens.

In alle onderzoeken naar reminiscentie in een review van Woods, Spector, Jones, Orrell en Davies (2005) is er een positief effect gevonden van reminiscentie bij demente ouderen. Dit positieve effect werd gevonden bij individuele reminiscentie sessies evenals groepsessies. Bij de onderzoeken kwam er een significante verbetering in cognitieve vaardigheden naar voren. Daarnaast is er ook een verbetering opgetreden in het lichamelijk functioneren van de proefpersonen. Deze significante verbetering kwam ook naar voren bij veranderingen in stemming bij de proefpersonen. Depressieve gevoelens zijn significant minder geworden bij de proefpersonen. Daarnaast gaven de verzorgenden aan dat er verbetering in algemeen functioneren van de proefpersonen was waargenomen. Na 4-6 weken zijn er follow-ups gedaan naar de positieve effecten van de interventie. De positieve effecten van de interventies waren nog steeds aanwezig. Na deze follow-up is er geen verdere data beschikbaar over het aanhoudende effect van de interventie.

Wang (2007) heeft in Taiwan een uitgebreide studie gedaan met dementerende ouderen en het effect van reminiscentie. Tijdens dit onderzoek in een instelling in Taiwan werden dementerende ouderen 12 weken lang reminiscentietherapie aangeboden. Elke sessie bestond uit oude conflicten oplossen, het aanmoedigen van negatieve herinneringen te accepteren en op positieve herinneringen te richten. Elke sessie had een ander thema met daarbij behorende voorwerpen. Aan het einde van de interventie ervoeren de dementerende ouderen, in vergelijking met de controlegroep, een verhoogde zelfwaardering en een verhoogde algemene tevredenheid. Het positieve effect van de interventie hield 6 maanden aan. Langdurige therapie zou dit effect kunnen

behouden.

Hsu (et. al., 2009) heeft een onderzoek gedaan naar de invloed van groep-reminiscentie op depressieve gevoelens en kwaliteit van leven bij ouderen in een zorginstelling. Groep-reminiscentie houdt in dat de ouderen in het onderzoek met groepjes van 8-10 bij elkaar zitten tijdens elke sessie. Dit onderzoek resulteerde in een significante vermindering van depressieve gevoelens bij ouderen en verbeterde competenties wanneer er wordt gekeken naar gedrag. Er is geen verandering gevonden in functionele prestaties. Bij ouderen wordt depressie geassocieerd met fysieke onhandigheid, functionele beperkingen (Lenze et al., 2001) en lichamelijke achteruitgang (van Gool et al., 2005). Als depressieve gevoelens verminderd kunnen worden dan kunnen ook de functionele beperkingen langzamer optreden bij de ouderen (van Gool et. al., 2005). Daarnaast is problematisch gedrag bij ouderen in een zorginstelling gelinkt aan depressieve symptomen (Rothuber et. al., 2007). Daarom kunnen interventies gericht op gedrag en het verminderen van depressieve symptomen leiden tot een langzamer aftakeling van lichamelijke functies en het verbeteren van gedrag. Voorbeelden zijn een verbetering in de fysieke onhandigheid, een levendiger individu, verbeterde communicatie en verbeterde sociale versterking. Dit heeft weer invloed op de kwaliteit van leven (Hsu et. al., 2009).

Onderzoek

De interventie die wordt gebruikt is het gebruik van reminiscentie koffers. Deze koffers bevatten objecten uit vroegere tijden die herinneringen en verhalen kunnen oproepen. Op deze manier worden bewoners in staat gesteld om op een plezierige en laagdrempelige manier hun identiteit te versterken en daarmee gevoelens van eigen regie te bevorderen. Doordat het positieve effect van reminiscentietherapie niet langdurig aanhoudt (Wang, 2007) is het de bedoeling om de interventie onderdeel te laten worden van het dagelijks leven van de patiënten. Tijdens deze interventie worden er positieve vormen van reminiscentie gebruikt. Namelijk 'identiteit' en 'probleem-oplossing' (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Bij "identiteit" worden herinneringen gebruikt om het ik-gevoel te versterken. Bij 'probleem-oplossing' wordt er gebruikt gemaakt van herinneringen om strategieën uit het verleden te gebruiken voor het oplossen van huidige problemen (Korte, 2012). Ook wordt een negatieve vorm van reminiscentie bestreden namelijk 'verbitterde herbeleving' (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Bij deze negatieve vorm van reminiscentie wordt er nagedacht over moeilijke tijden in het leven, tegenslag en gemiste kansen (Korte, 2012). 'Verbitterde herbeleving' bleek te correleren met depressie gevoelens (Wong & Watt, 1991). Het is belangrijk om 'verbitterde herbeleving' reminiscentie te verminderen of helemaal te laten verdwijnen (Bohlmeijer, 2009). Uit het onderzoek van Nolte (2012) is gebleken dat er interesse is in het gebruik van reminiscentiekoffers bij dementerende ouderen. Ook is gebleken dat het gebruik van de koffers een positieve invloed heeft

op het welzijn van dementerende ouderen. Deze pilot-studie gaat verder in op de interventie en hoe deze geoptimaliseerd kan worden.

Het doel van deze pilot-studie is om te kijken naar verandering in depressieve gevoelens bij demente ouderen en de kwaliteit van leven bij demente ouderen door middel van de interventie met reminiscentiekoffers.

De onderzoeksvraag luidt dan ook: *Heeft de interventie met reminiscentiekoffers een positief effect op de kwaliteit van leven en een vermindering van depressieve gevoelens bij demente ouderen na vier weken?* Er wordt gekeken of de scores voor kwaliteit van leven omhoog gaan bij de experimentele groep en de scores voor depressieve gevoelens naar beneden gaan bij de experimentele groep. De verwachting is dat de scores van de kwaliteit van leven verbeteren bij de experimentele. Daarnaast wordt er verwacht dat de depressieve gevoelens naar beneden gaan bij de experimentele groep. Er wordt ook gekeken naar de correlatie tussen kwaliteit van leven en depressieve gevoelens. De onderzoeksvraag die hierbij hoort is: *Is er samenhang/correlatie tussen kwaliteit van leven en depressie bij demente ouderen na een interventie van vier weken?* De verwachting is dat wanneer de kwaliteit van leven omhoog wordt verbeterd, de depressieve gevoelens naar beneden gaan. Dit houdt in dat er een correlatie tussen de twee begrippen bestaat.

Methode

Deelnemers

Er hebben in totaal 10 bewoners van de afdeling “Cromhoff” mee gedaan aan het onderzoek. Deze afdeling is een onderdeel van Livio. Op deze afdeling krijgen bewoners dagbesteding. Dit wil zeggen dat bewoners een gehele dag op deze afdeling zitten samen met begeleiders. Hiervan zijn er 5 bewoners die de interventie hebben ontvangen en 5 bewoners die de controlegroep vormden. Er is gekozen voor een quasi-experimenteel design. De deelnemers zijn niet gerandomiseerd over de interventie- en controlegroepen. De begeleider heeft zelf gekozen welke deelnemers in welke groep zitten. De reden hiervoor is dat er van sommige deelnemers werd verwacht dat zij te emotioneel zouden worden om mee te doen aan de interventie. Ook werd er gekeken naar de mate van dementie.

Materiaal

Voor deze interventie is er gebruik gemaakt van reminiscentiekoffers. Dit zijn oude koffers of reistassen gevuld met voorwerpen van vroeger. Er zijn 3 verschillende thema's. Deze 3 thema's gaan over mannen/vrouwen, school en eten en drinken. De voorwerpen die in de koffers zaten zijn

verzameld door de vaktherapeut van Livio en een student-onderzoeker van Universiteit Twente. De voorwerpen zijn verkregen via lokale musea, kringloopwinkels en andere winkels. Voorbeelden van voorwerpen die bij het thema mannen/vrouwen hoorden zijn: vingerhoedjes, koekvormpjes, gehaakte werkjes, stropdassen, pijpen, aftershave. Voorbeelden van voorwerpen die bij het thema eten en drinken hoorden zijn; cacaoblik van Droste, ouderwets snoepgoed. Voor het laatste thema, thema school, zijn voorbeelden van voorwerpen; lei en griffel, houten telraam, kroontjespen. De koffers zijn uitgebreid met meer verschillende voorwerpen die bij het desbetreffende thema horen.

Procedure

De interventie besloeg 4 wekelijkse sessies met de reminiscentiekoffers. Deze sessies duurden gemiddeld een uur. Tijdens deze sessies zaten de bewoners in groepjes van 5 personen aan tafel in hun eigen woonzorglocatie. De aanwezige begeleider toonde de voorwerpen aan de deelnemers. Om de aandacht van de deelnemers vast te houden werden de voorwerpen één voor één aangeboden. De begeleider leidde het gesprek en liet de bewoners actief participeren aan het groepsgeprek. Door het gesprek wordt het ophalen van herinneringen gestimuleerd.

De interventie is uitgevoerd door een begeleider werkzaam op de woongroep.

Instructie

De begeleider die mee heeft gewerkt aan de interventie heeft een 1,5-uur durende instructiebijeenkomst bijgewoond. Deze instructiebijeenkomst werd gegeven door een vaktherapeut, een psycholoog en de student-onderzoeker. Doordat reminiscentie als methode bij verschillende opleidingen specifiek aan de orde is gekomen, werd er vanuit gegaan dat de begeleiders enige voorkennis hebben.

De instructie bestond uit: welkomstwoord, voorstelrondje, theorie reminiscentie, toelichting methode, uitleg onderzoek, uitreiking koffer en tot slot oefenen met de interventie. Het doel van deze instructiebijeenkomst was om duidelijkheid te scheppen over alle te vervullen taken en een duidelijk overzicht aan te bieden. De begeleider hoeft niet alle voorwerpen te kennen, het gaat erom dat de begeleider de juiste vragen kan stellen om het gesprek op gang te houden. Tijdens de instructiebijeenkomst werden er duidelijke richtlijnen opgesteld voor het stellen van de juiste vragen aan de deelnemers, hoe er het beste doorgevraagd kan worden en hoe het gesprek op gang kan blijven. Het is belangrijk dat de begeleiders weten hoe zij de deelnemers in het gesprek moeten blijven betrekken. Tijdens deze interventie zijn er positieve vormen van reminiscentie gebruikt. In de instructie voor de begeleiders om het gesprek te leiden is er ook duidelijk aangegeven dat wanneer er

een deelnemer negatieve herinneringen deelt met de groep, de begeleider het gesprek weer de positieve kant moet opsturen.

Materiaal

Voor deze interventie is er gebruik gemaakt van reminiscentiekoffers. Dit zijn oude koffers of reistassen gevuld met voorwerpen van vroeger. Er zijn 3 verschillende thema's. Deze 3 thema's gaan over mannen/vrouwen, school en eten en drinken. De voorwerpen die de koffers zaten zijn verzameld door de vaktherapeut van Livio en een student-onderzoeker van Universiteit Twente. De voorwerpen zijn verkregen via lokale musea, kringloopwinkels en andere winkels. Voorbeelden van voorwerpen die bij het thema mannen/vrouwen hoorden zijn: vingerhoedjes, koekvormpjes, gehaakte werkjes, stropdassen, pijpen, aftershave. Voorbeelden van voorwerpen die bij het thema eten en drinken hoorden zijn; cacaoblik van Droste, ouderwets snoepgoed. Voor het laatste thema, thema school, zijn voorbeelden van voorwerpen; lei en griffel, houten telraam, kroontjespen. De koffers zijn uitgebreid met meer verschillende voorwerpen die bij het desbetreffende thema horen.

Evaluatie

Uit navraag bij de begeleider bleek dat het aantal mensen die op de dagbehandeling komen minder is geworden. Hierdoor was het rustiger op de groep. Ook zijn er meer vrijwilligers bijgekomen, waardoor er meer persoonlijke aandacht is voor de ouderen. Daarnaast was de begeleider erg enthousiast over de interventie. Dit enthousiasme kan een positieve invloed hebben gehad. Uit onderzoek (Patrick, Hisley & Kemper, 2000) blijkt dat enthousiasme een positief effect heeft op motivatie en vitaliteit. Dit onderzoek is gedaan bij leraren en scholieren. Deze relatie bestaat uit afhankelijkheid, de scholier is afhankelijk van de leraar. Deze soortgelijke relatie bestaat ook bij bewoners en hun begeleiders/verzorgers. Nadat er navraag is gedaan bij de begeleider die de reminiscentiesessies heeft afgenomen, blijkt dat de experimentele groep ook sociaal is vooruitgegaan. Dit kan verklaard worden door de sociale soort van reminiscentie. Bij "onderwijzen/informereren" wordt er gebruik gemaakt van ervaringen en levenslessen om een ander te helpen (Korte,2012). Tijdens de reminiscentiesessies bespreken de proefpersonen met elkaar de herinneringen die zij ophalen. Bepaalde verhalen van een proefpersoon kan een ander proefpersoon helpen. Bij "conversatie" wordt er gebruik gemaakt van het verleden om met anderen in contact te komen door het vertellen van persoonlijke herinneringen (Korte, 2012). De sociale band met de andere proefpersonen is versterkt door persoonlijke dingen met elkaar te delen. Dit scheidt meer vertrouwen tussen de proefpersonen.

Meetinstrumenten

Elke week zijn er na de sessies observaties gemeten door de begeleider. Deze observaties zijn besproken tijdens de instructiebijeenkomst. Deze vragenlijsten zijn gestandaardiseerd. Voorafgaand aan de interventie is er een voormeting gedaan. Daarna is er na elke sessie een meting gedaan.

Qualidem

Dit observatie-instrument bestaat uit 40 items. Deze vragenlijst kan de kwaliteit van leven inschatten bij mensen met dementie in alle fasen van de ziekte. De 40 items vertegenwoordigen 9 subschalen; zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. Bij ieder item moet de begeleider inschatten in hoeverre een gebeurtenis of gedraging is voorgekomen in de voorgaande week. Er zijn vier mogelijkheden om deze vragen te beantwoorden. Aan elk antwoord worden punten toegekend. Nooit (0 punten), zelden (1 punt), soms (2 punten), vaak (3 punten). In de literatuur (Ettema et al., 2005) staat dat de Qualidem per schaal berekend moet worden. Desondanks is er voor dit onderzoek gekozen om een totaalscore te berekenen voor de Qualidem. De reden hiervoor is om het onderzoek wat meer power te geven gezien er weinig respondenten zijn in elke groep. De scores op de vragen die horen bij een bepaalde subschaal moeten samen worden opgeteld. Een hoger punten totaal staat voor een hogere kwaliteit van leven. De betrouwbaarheid per subschaal is voldoende, de interne consistentie loopt van .59 tot .89. Ook het betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho per subschaal is goed, deze loopt van .60 tot .90 per subschaal. De betrouwbaarheid voor de afname van de test is in dit onderzoek laag. Deze vragenlijst is namelijk bedoeld voor twee beoordelaars. Bij dit onderzoek zijn de vragenlijsten door één beoordelaar ingevuld (Ettema. et al., 2005). De validiteit voor de QUALIDEM is berekend met de correlatie van de convergente en discriminante validiteit op andere vergelijkbare testen. De validiteit voor de test is voldoende.

Cornell Scale for depression in dementia

Dit observatie-instrument meet de mate van depressie bij mensen met dementie. Deze vragenlijst bestaat uit 19 vragen. De vragen zijn verdeeld over 5 subschalen; stemmingsgerelateerde kenmerken, lichamelijke kenmerken, cyclische functies en stoornissen in de gedachteninhoud. De observeerder wordt gevraagd in te schatten hoe vaak een bepaalde gebeurtenis of gedraging is voorgekomen in de afgelopen week. Er zijn 3 antwoordmogelijkheden. Aan elk antwoord worden punten toegekend; afwezig (0 punten), licht of afwisselend aanwezig (1 punt), ernstig (2 punten). Als er onvoldoende informatie beschikbaar is kan de observator "niet te beoordelen" invullen. Het maximaal aantal te behalen punten zijn 38 punten. Bij een lage score zijn er weinig kenmerken aanwezig die duiden op depressieve klachten. Bij een hoge score zijn er veel kenmerken aanwezig die

duiden op depressieve klachten. De Cornell Scale is een internationaal veel gebruikte test. Voor dit onderzoek wordt de Nederlands versie gebruikt, maar hier zijn geen verdere psychometrische gegevens beschikbaar. De betrouwbaarheid van de originele versie is goed, deze is namelijk .84. De convergente validiteit van de originele test is ook goed, namelijk .84 (Alexopolous et. al., 1988).

Analyse

Elke week is er data verzameld van de controle groep en de experimentele groep. Elke week is er bij 10 respondenten een vragenlijst afgenomen. Deze respondenten zijn verdeeld in twee groepen. Hierdoor zijn er 5 respondenten in de experimentele groep en 5 respondenten in de controle groep. De vragenlijsten zijn verwerkt met SPSS. Elke vraag van de vragenlijst kent een antwoord een bepaalde score toe. Hierdoor komen er twee scores uit per respondent. Een score op de vragenlijst Qualidem, en een score op de vragenlijst Cornell Scale. Voor de 5 respondenten uit de experimentele groep wordt er een totaal score berekend op de Qualidem en een totaal score op de Cornell Scale. Dit geldt ook voor de controle groep. De scores op de Qualidem behoren omhoog te gaan gedurende de weken. Des te hoger de score op de Qualidem, des te positiever men de kwaliteit van leven ervaart. De scores op de Cornell behoren omlaag te gaan gedurende de weken. Des te lager de scores op de Cornell, des te minder men depressieve gevoelens ervaart. Hier hoort rekening mee gehouden te worden in de analyse van de scores. Er is gekeken naar de totaalscores van de individuele deelnemers op de beide vragenlijsten. Daarnaast is er ook gekeken naar de verschillen van de experimentele groep en de controle groep op de beide vragenlijsten. Elke week zijn de totaalscores en verschillen van de beide groepen met elkaar vergeleken. Doordat er te weinig respondenten zijn is er gekozen voor een non-parametrische toets. Er worden twee groepen tegelijkertijd met elkaar vergeleken, daarom is er gekozen voor een *Mann-Whitney toets*.

Daarnaast is er gekeken naar de correlatie tussen de Qualidem en de Cornell Scale. Hiervoor is er een Spearman correlatie berekend. Spearman wordt gebruikt voor non-parametrische data.

Resultaten

In tabel 1 worden de ruwe scores van de proefpersonen weergegeven. Hierbij gaat het om de verschillen van week 1 en week 4 op de Qualidem en de verschillen van week 1 en week 4 op de Cornell.

Tabel 1. *Ruwe verschillen van alle proefpersonen tussen week 1 en week 4 op de Qualidem en de Cornell.*

Proefpersonen	Qualidem	Cornell
	Week4-week1	Week4-week1
1 Controle	8,00	0,00
2 Controle	-8,00	2,00
3 Controle	4,00	0,00
4 Controle	21,00	-3,00
5 Controle	12,00	-3,00
6 Experimenteel	42,00	-6,00
7 Experimenteel	21,00	-4,00
8 Experimenteel	15,00	-2,00
9 Experimenteel	20,00	-6,00

10 Experimenteel

57,00

-4,00

In Tabel 1 is te zien dat de controle groep een mix van achteruitgang en lichte vooruitgang ervaart. In de experimentele groep ervaart elke proefpersoon vooruitgang. Sommige proefpersonen gaan sterk vooruit en sommige proefpersonen ervaren een lichte vooruitgang.

In Tabel 2 worden de resultaten gepresenteerd voor verschillen van de controlegroep en de experimentele groep op de Qualidem.

Tabel 2. *Gemiddelde scores, standaarddeviatie (SD) en significantie (p) van de Qualidem bij vergelijking van de controle en de experimentele groep.*

	Contr.	Exp.	Qualidem	
			(SD)	*p ¹
T ₀	97,8	81,8	10,81	0.076
T ₁	103,8	100	12,40	0.091
T ₂	108,2	103,8	12,15	0.074
T ₃	105,2	112,8	18,62	0.036

Noot: *p<0.05

1. Verschillen tussen groepen

Zoals te zien in Tabel 2 is er alleen bij de verschillen van T₃ een verschil tussen de experimentele groep en de controle groep. Hoewel er op de andere meetmomenten ook geneigd wordt naar significantie in de omgekeerde richting.

In Tabel 3 worden de resultaten gepresenteerd van de scores van de deelnemers op de Cornell Scale for Depression.

Tabel 3. *Gemiddelde scores, standaarddeviatie (SD) en significantie (p) van de Cornell Scale bij vergelijking van de controle en de experimentele groep.*

	Contr.	Exp.	Cornell	
			(SD)	* p^1
T ₀	5	6	3,38	0.396
T ₁	5,6	1,6	3,70	0.600
T ₂	3,8	1,6	2,74	1.000
T ₃	4,2	1,6	2,6	0.026

Noot: * $p < 0.05$

1. Verschillen tussen groepen op de scores van de Cornell Scale

In Tabel 3 worden de gegevens gepresenteerd van de Cornell Scale for Depression. Uit de Mann-Whitney toets blijkt dat er een vooruitgang van de experimentele groep is in vergelijking met de controle groep.

In Tabel 4 worden de correlaties gepresenteerd van de experimentele groep. Er wordt gekeken naar de correlatie tussen de Qualidem en de Cornell.

Tabel 4. *Correlatie van de Cornell Scale en de Qualidem bij de experimentele groep.*

	Experimentele groep	
	Correlatie	
T ₀	-0.430	
T ₁	-0.368	
T ₂	-0.522	
T ₃	-0.329	

In deze tabel worden de correlaties gepresenteerd tussen de Cornell Scale en de Qualidem bij de experimentele groep. Zoals is af te lezen in de tabel worden er wel negatieve correlaties gevonden. De scores hangen samen wat bevestigt dat dat men potentieel gezien depressie kan verminderen via een vergrote kwaliteit van leven.

Discussie

In deze pilot-studie is er gekeken naar de invloed van de interventie, de reminiscentiekoffers, op de kwaliteit van leven en depressieve gevoelens bij ouderen met dementie. Er wordt gekeken of de reminiscentiekoffers zorgen voor een hogere kwaliteit van leven. Dit wordt door middel van de Qualidem gemeten. Ook wordt er gekeken of de depressieve gevoelens verminderd kunnen worden door middel van de reminiscentiekoffers. Dit wordt gemeten door de Cornell Scale. Een van de onderzoeksvragen voor deze pilot-studie luidde: *Heeft de interventie met reminiscentiekoffers een positief effect op de kwaliteit van leven en een vermindering van depressieve gevoelens bij demente ouderen?* Uit de data-analyse blijkt dat de proefpersonen van de experimentele groep een positief effect ondervinden op de kwaliteit van leven. De scores van de experimentele groep op de Qualidem zijn hoger in week 4 dan week 1 in vergelijking met de controle groep. Dit komt overeen met de studies die zijn behandeld in de review van Woods (2005). De studies hebben de effecten van reminiscentie-therapie op kwaliteit van leven bij demente ouderen onderzocht. Bij elke behandelde studie ervoeren de proefpersonen een verbeterde kwaliteit van leven. Zelfs na 4-6 weken waren de effecten van de reminiscentietherapie meetbaar. Ook in onderzoeken van Wang (2007) en Hsu et. al. (2009) kwamen er positieve effecten naar voren bij reminiscentietherapie wanneer er wordt gekeken naar kwaliteit van leven bij ouderen. Bijna alle ouderen in de behandelde onderzoeken in de inleiding ervoeren een verhoogde kwaliteit van leven na reminiscentietherapie. De grootste effecten werden gevonden nadat de reminiscentietherapie langere tijd werd gegeven aan de ouderen. Dit is ook te zien in deze pilot-studie. Bij meetmoment 3 is er een verschil gevonden bij de experimentele groep in vergelijking met de controle groep wanneer er wordt gekeken naar kwaliteit van leven. De experimentele groep heeft een verbeterde kwaliteit van leven ervaren na drie weken. Wanneer er wordt gekeken naar de vermindering van de depressieve gevoelens, ziet men dat er een vermindering optreedt bij de experimentele groep. Dit strookt met de gevonden literatuur. Uit het onderzoek van Hsu et. al. (2009) is gebleken dat na reminiscentietherapie de depressieve gevoelens

van de ouderen zijn verminderd. Door vermindering van depressieve gevoelens treden er ook minder functionele beperkingen op (Lenze et. al., 2001).

De andere onderzoeksvraag luidde: *Is er samenhang/correlatie tussen kwaliteit van leven en depressie?* Uit de data-analyse blijkt dat er een matige tot zwakke correlatie is gevonden. De scores hangen samen; dit bevestigt dat er potentieel gezien depressie kan verminderen wanneer de kwaliteit van leven wordt verbeterd. Op basis van deze pilot-studie is de verwachting dat de depressieve gevoelens minder worden naarmate men een hogere kwaliteit van leven ervaart. Dit strookt met de gevonden literatuur. In het onderzoek van Borowiak en Kostka (2004) bleek dat depressie de grootste voorspeller is voor de kwaliteit van leven bij ouderen. In deze pilot-studie is de kwaliteit van leven bij de ouderen omhoog gegaan, de depressieve gevoelens zijn significant omlaag gegaan, maar er is significante correlatie aangetoond. Dat wil zeggen dat er wel een negatief verband te zien is, maar er is geen verdere informatie beschikbaar. Dit kan eventueel verklaard worden door het *two continua model of mental illness and health* (Westerhof & Keyes, 2009). Dit model houdt in dat er twee dimensies bestaan van mentale gezondheid. Mentale ziekte beschrijft de aanwezigheid of afwezigheid van mentale ziektes. Mentale gezondheid beschrijft de aanwezigheid of afwezigheid van mentale gezondheid bij een individu. Mentale gezondheid bestaat uit verschillende factoren. Zoals autonomie, zelfacceptatie, positieve relaties met anderen. Dit kan gezien worden als kwaliteit van leven (Ryff 1989; Ryff and Keyes 1995). Uit onderzoek van Keyes (2005) blijkt dat mentale gezondheid het beste gezien kan worden als een complete staat van mentale gezondheid. Dat wil zeggen dat het niet alleen gezien kan worden als afwezigheid van mentale ziektes, maar ook algeheel mentale gezondheid. In deze pilot-studie worden de depressieve klachten niet verminderd (mentale ziekte) maar gaat de kwaliteit van leven wel omhoog (mentale gezondheid). De therapie slaat niet aan voor vermindering van depressieve gevoelens, maar dat wil niet zeggen dat men geen waardevol leven kan leiden.

Uit deze pilot-studie is gebleken dat er geen significante correlatie bestaat tussen Qualidem en de Cornell. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat er te weinig respondenten zijn. Hierdoor kunnen er meer meetfouten optreden en kunnen deze zwaarder meewegen. Wordt er immers gekeken naar de ruwe scores van de experimentele groep op de Cornell Scale, dan ziet men dat er wel degelijk een daling optreed van depressieve gevoelens. Daar tegenover staat ook dat de scores op de Qualidem omhoog gaan. Uit het onderzoek van Borkovec, Ray & Stöber (1998) blijkt dat depressieve gevoelens bij ouderen geassocieerd worden met zorgen over het verleden. Een belangrijk punt in de interventie was dat de begeleiders negatieve reminiscentie tegen moesten gaan. Hiermee wordt bedoeld dat de begeleiders negatieve herinneringen over vroeger de positieve kant moeten opsturen. “ Verbitterde

herhaling” wordt hiermee bestreden. Doordat de begeleider niet geobserveerd is, kan men niet met zekerheid zeggen hoe de begeleider de therapie heeft gegeven. Voor vervolgonderzoek kan men de begeleiders die de therapie moeten geven beter voorbereiden. In deze pilot-studie hebben de begeleiders eenmalig een bijeenkomst gehad. Om de begeleiders beter te trainen kan men overwegen om vaker een bijeenkomst te organiseren voor de begeleiders om hen beter voor te bereiden voor de gesprekken met de ouders. Daarnaast kan men ook de begeleiders een keer observeren en terugkoppelen naar de begeleider wat goed gaat en wat eventueel verbeterd kan worden.

Om de betrouwbaarheid van de interventie omhoog te halen, en daarmee in het bijzonder de betrouwbaarheid bij de afname van de test, zouden er twee begeleiders moeten zijn om de Qualidem in te vullen. Dit wordt ook aangegeven in het onderzoek van Ettema (2005). Hierdoor kan men de interbeoordelaars- betrouwbaarheid waarborgen. Dit heeft te maken met het feit dat twee begeleiders beter inzicht hebben in de cliënt dan wanneer er maar één begeleider is. Daarnaast wordt er dan op twee momenten gekeken naar de cliënt waardoor het invullen van het observatieformulier geen momentopname meer is.

Als er wordt gesproken over de testen, kan men ook overwegen om een andere vragenlijst te gebruiken voor het meten van kwaliteit van leven. Een andere vragenlijst die men kan overwegen voor de kwaliteit van leven is de vragenlijst “*Zicht op eigen leven*”. Deze vragenlijst is gemaakt door Nivel en is speciaal gericht op demente ouders in een zorginstelling. Deze vragenlijst bestaat uit een 5-puntsschaal. Ook deze vragenlijst moet worden ingevuld door twee beoordelaars. Ook zijn er voor deze vragenlijst twee observatiemomenten bedoeld. Dit komt omdat een cliënt op één selectief meetmoment gedrag kan laten zien dat niet representatief is voor de cliënt (Poortvliet et. al., 2006). Om de studie naar de effectiviteit van de interventie te verbeteren kan men overwegen om de begeleiders voor elke week bij te laten houden wat er is gebeurd op de groep. Hiervoor zou men een vragenlijst kunnen opstellen voor de begeleiders die zij elke week kunnen invullen na de therapie. Hierdoor kunnen eventuele externe invloeden worden meegenomen in het onderzoek. Daarnaast kan men voor vervolgonderzoek ook een evaluatie houden met de begeleiders. Dit interview kan licht werpen op hoe de begeleider de interventie heeft ervaren. Een voorbeeld hiervan is het feit dat de begeleider uit dit onderzoek enthousiast over het onderzoek was. Zoals eerder besproken kan dit enthousiasme een positieve invloed hebben. Uit onderzoek (Patrick, Hisley & Kemper, 2000) blijkt dat enthousiasme een positief effect heeft op motivatie en vitaliteit.

In dit onderzoek is er maar één groep in een zorginstelling onderzocht. Daarom is het aanbevolen dat er voor vervolgonderzoek ook meerdere groepen meedoen aan de interventie. Als er meer

groepen zijn kunnen er andere externe factoren worden uitgesloten of juist worden meegenomen in het onderzoek. Deze externe factoren kunnen bijvoorbeeld de seizoenen zijn, veranderingen op de groep. De seizoenen zijn een voorbeeld om te valideren dat reminiscentiekoffers echt invloed hebben op kwaliteit van leven en depressieve gevoelens bij demente ouderen en de uitkomsten van het onderzoek niet gebaseerd zijn op externe factoren. Wanneer er meer groepen in de studie worden meegenomen kan men de externe condities met elkaar vergelijken.

Uit onderzoek van Chiang, Chu, Chang, Chung, Chung-Hua, Chiou en Chou (2010) is gebleken dat reminiscentie-therapie voordelig is voor ouderen omdat het depressies en negatieve gevoelens vermindert. Tevens vergroot reminiscentie-therapie het algeheel welbevinden. Volgens de literatuur is reminiscentie-therapie het meest effectief voor ouderen als de therapie 6-12 keer, 1-2 keer per week in sessies van 40-60 minuten wordt aangeboden (Ashida, 2000; Jones, 2003; Wang, 2005, 2007; Beth, 2006). In deze pilot-studie is gekeken naar data van 4 weken. Hieruit bleek dat er de experimentele groep een significant verhoogde kwaliteit van leven ervoeren. Toch is vier weken te weinig om iets te kunnen zeggen over het effect op langere termijn. Het wordt dan ook aanbevolen om het originele plan aan te houden en de reminiscentiekoffers een onderdeel te laten worden van de dagbehandeling/dagbesteding. Met meer data kan er meer gezegd worden over de effectiviteit van de reminiscentietherapie op kwaliteit van leven en depressieve gevoelens bij demente ouderen. Hsu (2009) stelde ook dat reminiscentie-therapie een uitstekende interventie is om te geven aan ouderen in zorginstellingen. De kosten blijven laag en de begeleiders kunnen een reminiscentie interventie zelf uitvoeren. Hiermee kan de zorg op een laagdrempelige manier worden verbeterd. Dit wordt ook aangegeven in het originele plan van de interventie. Het is de bedoeling om deze interventie een vast onderdeel van de aangeboden zorg te maken. In het originele plan zouden er in totaal 60 bewoners meedoen aan het onderzoek. Hiervan zijn er 30 bewoners die de interventie ontvangen en 30 bewoners die de controlegroep vormen. De deelnemers van de controlegroep staan op de wachtlijst. Dit houdt in dat deze 30 bewoners tijdens het onderzoek niet de interventie ontvangen, maar na afloop van het onderzoek. Dit is onderdeel van een grootschalige implementatie. De 60 deelnemers worden gerandomiseerd verdeeld over de interventie- of controlegroep. Door verschillende groepen te gebruiken in het onderzoek kan de mate van dementie worden onderscheiden. De ouderen die zelfstandig wonen hebben in mindere mate last van dementie dan ouderen die in de zorginstelling wonen en dagelijkse zorg nodig zijn. Ouderen die in mindere mate last hebben van dementie, hebben een beter geheugen (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Tijdens deze interventie wordt er gebruik gemaakt van herinneringen. Wanneer er een onderscheid wordt gemaakt in de mate van depressie, kan men de interventie eventueel verbeteren/aanpassen zodat het beter aansluit bij de groepen die in verschillende mate last hebben

van dementie. Hier zou meer onderzoek naar gedaan kunnen worden welke invloed de mate van dementie heeft op de effectiviteit van de interventie.

Tijdens deze pilot-studie stonden twee onderzoeksvragen centraal: *Heeft de interventie met herinneringskoffers een positief effect op de kwaliteit van leven en een vermindering van depressieve gevoelens bij demente ouderen?*. De tweede onderzoeksvraag is: *Is er samenhang/correlatie tussen kwaliteit van leven en depressie?* In deze pilot-studie is er naar voren gekomen dat er een positief effect optreedt bij de kwaliteit van leven bij demente ouderen na de interventie. Er is geen effect gevonden bij depressieve gevoelens bij demente ouderen. De correlatie tussen kwaliteit van leven en depressie is zwak tot matig. Zoals besproken komt dit niet overeen met de gevonden literatuur. Om de studie en de interventie te verbeteren zijn er een aantal punten waaraan men kan werken. Er wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar herinneringstherapie. Vanuit andere studies is gebleken dat herinneringstherapie een positief effect heeft op kwaliteit van leven en depressieve gevoelens kan verminderen bij demente ouderen. Hiermee kan men de zorg voor demente ouderen verbeteren.

Referenties

- Ashida S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *J Music Ther* 37: 170–182.
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C. & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biomedical Psychiatry*, 23(3), 271-284. DOI: 10.1016/0006-3223(88)90038-8
- Bakker, M. (2006). *Kwalitijd: De invloed van reminiscentie op de kwaliteit van het leven bij dementerende ouderen*. Verkregen op 06.02.2016 van <http://www.reminiscentie.nl/item/268/kwalitijd.pdf>
- Beth M.S. (2006). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. *Issues Ment Health Nurs* 27: 1037–1049.
- Bluck, S. & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18(2), 185–208.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. DOI: 10.1080/13607860600963547
- Borowiak, E., Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research* 16 (3), pp 212-220

- Bouman, A.I.E., Ettema, T.P., Wetzels, R.B., van Beek, A.P.A., de Lange, J. & Droës, R.M. (2010). Evaluation of Qualidem: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings: scalability and reliability of subscales in four Dutch field surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 711-722. DOI:10.1002/gps.2585
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76
- Cappeliez, P. & O'Rourke N. (2006) Empirical validation of a model of reminiscence in older adults. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological sciences and Social sciences*, 61, 237-244
- Chiang K-J, Chu H, Chang H-J, Chung M-H, Chen C-H, Chiou H-Y, Chou K-R: The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010, 25(4):380–388.
- Droës, R. M., Finnema, E. J., Lange, J. de, Kooij, C. H. v. d., Smit, F., Ettema, T. P., Persoon, A., Pronk, M., Meertens, R., Ooms, M. E., Smaling, A., Rigter, H., & Tilburg, W. v. (2002). *Geïntegreerde belevingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis: een klinisch experimenteel onderzoek naar de effecten en de kosten*. Amsterdam: Vrije Universiteit
- Davidhizar, R., & Shearer, R.A. (1999) Helping elderly clients adjust to change and lose. *Home Care Provider*, 4. 147-149
- DSM-IV TR (2000)
- Erikson, E. (1964). *Childhood and society*. New York: Norton
- Ettema, T., de Lange, J., Droës, R., Mellenbergh, D. & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem*. Verkregen op 8 december, 2015, via Trimbos instituut.
http://www.trimbos.nl/~media/programmas/ouderen/qualidem_handleiding.ashx
- Hsu, Y. & Wang, J. (2009). Physical, Affective, and Behavioral Effects of Group Reminiscence on Depressed Institutionalized Elders in Taiwan. *Nursing Research*, 8, 294-299.
- Jones ED. 2003. Reminiscence therapy for older women with depression. Effects of nursing intervention classification in assisted-living long-term care. *J Gerontol Nurs* 29: 26–33, quiz 56-7.

Jonker, C., Slaets, J.P.J. & Verhey, F.R.J. (2012). *Handboek dementie*. Springer Science & business media/bohn stafleu van loghum.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539–548.

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

Lenze, E.J. , Miller, M.D., Dew, M.A., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Begley, A.E., Schulz, R., Frank, E., Reynolds I. (2001). Subjective health measures and acute treatment outcomes in geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 1149-1155

Miller, I. W., Keitner, G. I., Schatzberg, A. F., Klein, D. N., Thase, M. E., Rush, A. J. et al., (1998). Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 608-619.

Nolte, I., 2014. *Reis naar het verleden*. Verkregen op 16 oktober, 2015

<http://essay.utwente.nl/64864/1/Nolte,%20I.%20-s0194603%20%28verslag%29.pdf>

Patrick, B. C., Hisley, J., & Kempler, T. (2000). "What's everybody so excited about?": The effects of teacher enthusiasm on student intrinsic motivation and vitality. *The Journal of Experimental Education, 68*(3), 217-236.

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

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Het-vaststellen-van-kwaliteit-van-leven-bij-clients-in-de-ouderenzorg-2007-2.pdf>

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

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719–727.

- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life - The heart and soul study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 215-221.
- THE WHOQOL GROUP (1995), 'The world health organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organisation', *Social Science and Medicine*, 41(10): 1403-1409
- Van der Molen, H.T., Perreijn, S. & Van den Hout, M.A. (2010). *Klinische psychologie*. Noordhof uitgevers, Groningen/Houten
- Van Nispen RMA, van Beek APA, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Deelrapport 1. Utrecht: NIVEL, 2005 .
- Visser, M. R. M. & Smets, E. M. A. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: How are they related? *Support Care Cancer*, 6, 101–108.
- Wang JJ. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 20: 57–62.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and effective function of demented elderly in Taiwan. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(12), 1235-1240.
DOI:10.1002/gps.1821
- Westerhof, G., Keyes, C., (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. DOI: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Wong, P. T. (1995) The processes of adaptive reminiscence. In B.K Haight & J. D.
- Woods, B. Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M. & Davies, S.P. (2009). *Reminiscence therapy for dementia (review)*. John Wiley & Sons, LTD.

