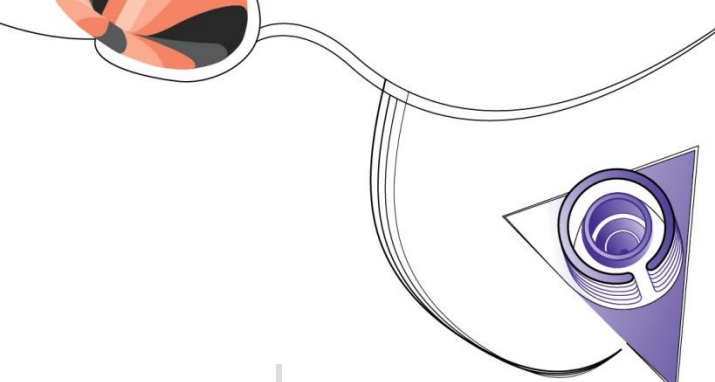
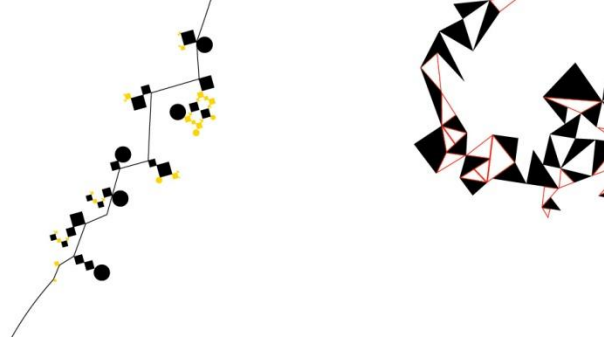




Universiteit Twente

Reminiscentiekoffers: Een uitkomst voor ouderen met dementie?



Een onderzoek naar het gebruik van reminiscentiekoffers in het beperken van depressieve gevoelens en het vergroten van de kwaliteit van leven bij ouderen met dementie



Bachelorthese Psychologie

Faculteit Positieve Psychologie en Technologie

1ste begeleider: Prof. Dr. G Westerhof

2e begeleider: Dr. M. Radstaak

Datum: 24-06-2016

SAMENVATTING

Achtergrond: Uit onderzoek is gebleken dat ouderen met dementie vaker last hebben van depressieve gevoelens. Ook rapporteren ouderen in een zorginstelling een verminderde kwaliteit van leven. Er is onderzoek gedaan naar het effect van reminiscentietherapie op de depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven. Deze onderzoeken leveren hoopvolle resultaten op. In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van reminiscentiekoffers. Dit zijn koffers gevuld met voorwerpen uit het verleden. Deze voorwerpen dienen als basis voor een groepsgesprek over vroeger met als doel herinneringen op te halen. De onderzoeksverwachtingen zijn: 1.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de mate van depressie van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep. 2.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de kwaliteit van leven van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep

Methode: In dit onderzoek zijn er in totaal 30 deelnemers afkomstig uit vier verschillende afdelingen van zorgcentrum Livio. De deelnemers zijn random toegewezen aan de experimentele conditie en de controle conditie. De experimentele groep volgde de interventie van acht bijeenkomsten met de reminiscentie koffer. Na afloop van elke bijeenkomst zijn er twee observatielijsten afgenomen: de Qualidem en de Cornell Scale for depression in dementia. De controle groep volgde geen bijeenkomsten maar er werden wel elke week dezelfde observatielijsten afgenomen bij de deelnemers. Daarna is er gekeken of er een significant effect is van tijd of conditie op de mate van depressieve gevoelens en op de kwaliteit van leven van de deelnemers. Ook is het interactie effect van tijd en conditie op beide constructen geanalyseerd.

Resultaten: Er is een significant effect gevonden van tijd op de mate van depressie en de kwaliteit van leven bij zowel de experimentele als de controle groep. Er is geen verschil gevonden tussen de experimentele groep en de controle groep.

Conclusie: De interventie heeft geen invloed op de mate van depressieve gevoelens of de kwaliteit van leven bij de deelnemers aan dit onderzoek. Echter stelt de literatuur dat reminiscentie een positieve bijdrage kan leveren aan de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven. De interventie met de reminiscentiekoffer vereist meer onderzoek naar de effecten voordat het op grote schaal toegepast kan worden. Aan de hand van de bevindingen zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld voor een vervolgonderzoek, bijvoorbeeld: Training van de verzorgende in het scoren van de observatielijsten, contaminatie tussen de experimentele en controlegroep beperken en meer verschillende zorginstellingen betrekken. Daarnaast lijkt het interessant om het effect van het afnemen van observatielijsten op de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven te onderzoeken.

Abstract

Background: Elderly with dementia often experience depressive feelings. They also experience a decrease in quality of life. Studies have been done to examine the influence of reminiscence therapy on the feeling of depression and the quality of life. These studies show interesting results. This research will use reminiscence boxes. These boxes are filled with objects from the past. The objects in those boxes are used as starting point for a conversation about the olden days. The research expectations are: 1.) The intervention with the reminiscence boxes provides a significant improvement of the feeling of depression of elderly with dementia in comparison with the control group. 2.) The intervention with the reminiscence boxes provides a significant improvement of the quality of life of elderly with dementia in comparison with the control group

Method: There are 30 participants in this research coming from four different locations of healthcare institution Livio. The participants are random assigned to an experimental and a control group. The participants of the experimental group attended eight meetings with the reminiscence box. After each meeting, the caretaker was asked to fill in two observation scales: the Qualidem and the Cornell Scale for depression in dementia. The control group attended none of the meetings but their caretaker was also asked to fill in the same observation scales. On the basis of these observations there is analyzed if there is an effect of the meetings with the reminiscence boxes on the feeling of depression or the quality of life by the elderly with dementia. The interaction effect of time and condition is also examined.

Results: There is a significant effect of time on the feeling of depression or the quality of life in both the experimental and the control group. There is no difference found between the experimental and the control group in this research.

Conclusion: The intervention has no influence on the feeling of depression or the quality of life of the participants in this research. The intervention with the reminiscence boxes needs more investigation before implementation on big scale. On the basis of these findings, there are some recommends for further research, for example: training the caretakers in scoring the observation scales, limit the contamination between the experimental and the control group

and more different healthcare institutions included. Besides that, it seems interesting to investigate the influence of taking observation on the feeling of depression and the quality of life.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
1. Inleiding	7
2. Methode.....	13
2.1 Deelnemers	13
2.2 Interventie	15
2.3 Materiaal	15
2.4 Data-analyse.....	17
3. Resultaten	18
3.1 Depressie.....	18
3.2 Kwaliteit van Leven	20
4. Discussie.....	24
4.1 Conclusie.....	24
4.2 Beperkingen	26
4.3 Aanbevelingen	28
5. Referenties.....	30
6. Bijlagen	35
6.1 Handleiding Reminiscentiekoffer	35
6.2 Cornell scale.....	36
6.3 Qualidem.....	37
6.4 Paired Samples Statistics	40

1. INLEIDING

Iedereen verdient het om zo gelukkig mogelijk en met zo min mogelijk problemen te leven. Er zijn situaties waardoor dit geluk geschaad wordt. Dit kan door een ziekte, bijvoorbeeld dementie. Dementie zorgt voor een achteruitgang in het cognitieve vermogen van een persoon. Het eerste symptoom van dementie is vaak vergeetachtigheid. Hierdoor verlopen de dagelijkse handelingen moeizaam of worden er problemen in het sociale leven ervaren. Na verloop van tijd heeft dementie ook invloed op het abstracte denkvermogen en in veel gevallen ook op de persoonlijkheid. Dementie is een klinisch syndroom dat wordt gekenmerkt door vier criteria: (1) geheugenstoornissen, (2) één of meer van de andere cognitieve stoornissen (zoals afasie, apraxie of agnosie), (3) de bovengenoemde stoornissen hebben elk een duidelijke negatieve invloed op het dagelijks functioneren en (4) de stoornissen doen zich niet uitsluitend voor tijdens een delier (Wind et al., 2009).

De oorzaak van dementie is in de meeste gevallen onbekend (Leenders, 2009). Wel is er het vermoeden dat ouderdom, genetische factoren en leefstijlgewoonten, zoals roken, een rol spelen bij het ontstaan van dementie (Alzheimer Nederland, 2012). Bij bepaalde vormen van dementie is bewezen dat opstapelingen van eiwit een belangrijke oorzaak spelen bij het ontstaan (Leenders, 2009). Dementie is een progressieve ziekte, dat wil zeggen dat het cognitieve vermogen van de patiënt achteruit gaat. Deze achteruitgang wordt steeds moeilijker te verbergen, waardoor de patiënt stress ervaart.

Momenteel lijden er in Nederland 200.000 mensen aan een vorm van dementie. 1 op de 5 mensen krijgt dementie, bij vrouwen is de kans zelfs 1 op de 3. Boven de 90 jaar heeft 40 procent van de mensen een vorm van dementie (Alzheimer Nederland, 2016). De verwachting is dat dit percentage toe zal nemen de komende jaren. Dit komt doordat de levensverwachting van de Nederlanders en daarmee ook het aantal ouderen toe neemt.

Bij dementie komen vaak depressieve gevoelens en een mindere kwaliteit van leven voor. Dit komt doordat de patiënten zich aan moeten passen aan de nieuwe situatie. Vaak merken de

ouderen hun eigen achteruitgang en dat kan hun angstig of depressief maken. Dit geldt echter niet alleen voor ouderen met dementie maar voor ouderen in het algemeen (Woudsma-Landewe, 2016). Omdat dementie een duidelijke negatieve invloed heeft op het dagelijks functioneren kunnen deze angstige of depressieve gevoelens toenemen. Een depressieve stoornis wordt in de DSM omschreven als een toestand waarbij er sprake is van een aanhoudende depressieve stemming, die bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag aanwezig is. Daarbij kunnen zich hardnekkige en negatieve denkbeelden voordoen, zoals het gevoel niets voor te stellen, het idee zelf aan de ziekte schuldig te zijn en er steeds zwaarder onder te zullen lijden, afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten (Van Marwijk et al., 2009). Bij ouderen is er een verband gevonden tussen fysieke beperkingen en depressie. In een onderzoek van Lenze et al. (2001) is er een vermindering van fysieke beperkingen na het behandelen van depressieve klachten. Andersom is er ook een vermindering van depressieve klachten aangetoond na behandeling van de fysieke beperking. Daarnaast zijn depressieve symptomen vaak de oorzaak van afwijkend gedrag, zoals afzonderen of verzet in een zorginstelling (Rothuber & Mitterauer, 2011). Echter zijn deze onderzoeken gericht op ouderen in het algemeen en niet specifiek voor mensen met dementie. Uit onderzoek van Vermeulen en Declercq (2014) bleek dat depressieve gevoelens en geheugenproblemen een sterke negatieve samenhang heeft met de kwaliteit van leven. In 1997 is er onderzoek gedaan door Lyketsos en anderen naar de prevalentie van depressieve symptomen bij dementie. Onderzoek bij verschillende populaties van mensen met dementie laat zien dat de prevalentie van depressieve symptomen kan oplopen tot 50%. Er is geen verband gevonden tussen de hoeveelheid depressiesymptomen en de ernst van de dementie (Janzing, Bouwens, Fennema, Teunisse, & Zitman, 1993).

Naast depressieve gevoelens kan dementie lijden tot een vermindering in de kwaliteit van leven. De algemene kwaliteit van leven kan onderverdeeld worden in vier domeinen: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden (Van Nispen, Van Beek, & Wagner, 2005). Ettema, Lange, Mellenbergh, en Ribbe (2005) kwamen met de volgende definitie van kwaliteit van leven bij dementie: de multidimensionele evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de

waargenomen gevolgen van de dementie. Dit komt overeen met de domeinen van Van Nispen en anderen (2005). Dementie kan ervoor zorgen dat er veel dingen veranderen in het leven van een persoon. Doordat er verval van cognitief vermogen optreedt, worden dagelijkse bezigheden moeilijker. Dit kan er toe lijden dat de persoon zich moet aanpassen aan de nieuwe situatie. Dit kunnen bijvoorbeeld lichamelijke klachten zijn (domein lichamelijk welbevinden/gezondheid), een verhuizing naar een verzorgingscentrum zijn (domein woon-/leefsituatie), het niet meer kunnen deelnemen aan bepaalde activiteiten (domein participatie) of het merken van eigen mentale achteruitgang (mentaal welbevinden). Daarnaast rapporteren mensen in verzorgingscentra over het algemeen een lagere kwaliteit van leven dan mensen die niet in verzorgingscentra verblijven (Poortvliet, Gerritsen, & Wagner, 2007).

In dit onderzoek wordt er een methode getoetst die tracht de depressieve gevoelens te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren bij ouderen met dementie. De methode die hierbij gebruikt wordt is reminiscentie. Reminiscentie is het bewuste of onbewuste proces van het ophalen van herinneringen aan zichzelf in het verleden (Bluck & Levine, 1998).

Korte (2012) deed onderzoek naar het gebruik van verschillende soorten reminiscentie en het verband met depressieve klachten en angst. In dit onderzoek kwam naar voren dat ouderen, die veelvuldig gebruik maakten van de herinneringen van hun copingstrategieën, meer positieve gedachten hadden. Het herinneren van oplossingen uit het verleden draagt bij aan het gevoel van mastery. Mastery is de motivationele behoefte om gebeurtenissen te begrijpen en daarop te anticiperen. Het toegenomen gevoel van mastery kan ervoor zorgen dat angstige gevoelens verminderen (Korte, 2012). De herinneringen van oplossingen van vroeger zorgt ervoor dat de deelnemer zich bewust is van copingstrategieën die hij in het verleden heeft toegepast. Dit kan het vertrouwen geven dat de persoon ook weet om te gaan met problemen die zich in de toekomst mogelijk voor gaan doen. Er is een verband gevonden tussen de toegenomen positieve gedachten en angsten. Daarnaast is er een klein verband gevonden tussen de toegenomen positieve gedachten en depressieve klachten. Deze verbanden bleken significant.

Er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar het gebruik van reminiscentie in behandelingen. Remiscentie is mogelijk effectief om de levenstevredenheid te verhogen onder ouderen (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007; Lin, Dai, & Hwang, 2003). In dit onderzoek wordt er gekeken naar de kwaliteit van leven in plaats van de levenstevredenheid. Echter is aan te nemen dat wanneer iemands levenstevredenheid toe neemt deze persoon de kwaliteit van leven hoger ervaart. Er is nog veel onderzoek nodig op het gebied van reminiscentie en kwaliteit van leven. De meta-analyses van Bohlmeijer en anderen (2007) en van Lin en anderen (2003) geven namelijk aan dat veel van de onderzoeken van elkaar verschillen op het gebied van theorie, methodologie en meetinstrumenten. Op dit moment zijn er daarom nog geen sterke conclusies te trekken, maar de verwachtingen zijn positief. Ook zijn er de verwachtingen dat reminiscentie interventies een positief effect kunnen hebben op de mate van depressie onder ouderen (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003; Hsieh & Wang, 2016). Er is door Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers en Smit (2007) onderscheid gemaakt tussen mensen die wonen in verzorgingscentra en mensen die op zichzelf wonen. Remiscentie had significant meer effect bij mensen die actief deelnamen aan de maatschappij dan bij mensen in een zorginstelling.

In enkele onderzoeken naar reminiscentie in een review van Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies (2005) is er een positief effect gevonden van reminiscentie bij ouderen met dementie. Dit positieve effect werd gevonden bij individuele reminiscentie sessies evenals groepssessies. Bij de onderzoeken kwam er een significante verbetering in cognitieve vaardigheden, stemming en algemene gedrag naar voren. Daarnaast is er ook een verbetering opgetreden in het lichamelijk functioneren van de deelnemers. Woods en anderen (2005) vonden veel verschillende manieren waarop reminiscentie toegepast wordt. Wanneer er een duidelijke methode zou zijn die in meerdere onderzoeken gebruikt wordt, is de betrouwbaarheid van de uitkomsten beter. Een meer recentere review van Subramaniam en Woods (2012) naar het gebruik van reminiscentie bij ouderen met dementie leverde soortgelijke uitkomsten op. In deze review werd er bij vier van de vijf beschreven onderzoeken een positief effect geconstateerd. Uit het onderzoek van Haslam en anderen (2010), dat deel uitmaakt van deze review, blijkt dat groepsinterventies meer bijdragen aan een positief effect

dan individuele sessies. Het onderzoek van Lai, Chi, en Kayser-Jones (2004) laat zien dat voornamelijk het sociaal welbevinden werd verhoogd door de reminiscentie-interventie. Subramaniam en Woods (2012) beschrijven dit als veelbelovende resultaten. Echter is er nog niet duidelijk welke methode van het toepassen van reminiscentie het grootste effect heeft.

Een van de mogelijke methoden om reminiscentie toe te passen is het gebruik van reminiscentiekoffers. Dit onderzoek richt zich op het gebruik van deze reminiscentiekoffers bij ouderen met dementie. Een reminiscentiekoffer is een koffer met diverse voorwerpen uit het verleden. Aan de hand van deze voorwerpen wordt er een gesprek gevoerd in een groep. De ouderen met dementie kunnen hierbij herinneringen vertellen die te maken hebben met het voorwerp of andere verhalen vertellen die bij hun op komen als ze het voorwerp zien. De voorwerpen kunnen worden gezien als een hulpmiddel bij het starten van een groepsgesprek. Het voordeel van het gebruik van reminiscentiekoffers is dat het een vast onderdeel kan worden in het dagelijks leven. Het gevonden positieve effect van de tijdelijke reminiscentietherapie door Woods en anderen (2005) hield slechts 4 tot 5 weken aan. De effecten van de reminiscentiekoffer zou langer kunnen bestaan doordat het een steeds terugkomende bezigheid is. Onderzoek naar het effect van een reminiscentiekoffer op dementerende ouderen is beperkt. Er is een onderzoek gedaan door Nolte (2014), hierin worden de theoretische voorwaarden voor implementatie beschreven. In dit onderzoek werden de betrokkenen geïnterviewd over de volgende thema's: Enthousiasme en Betrokkenheid, Belangen en Doelen, Doorvoering Interventie en Indeling Reminiscentiekoffers. Bij het enthousiasme en de betrokkenheid werd er gekeken in hoeverre de deelnemers op de hoogte waren van de interventie en bereid waren mee te doen. Bij de belangen en doelen werd er aandacht besteed aan de belangen en doelen van de deelnemers zelf en voor de organisatie. Bij de doorvoering interventie werd er aandacht besteed aan de praktische uitvoering zoals de planning en de benodigheden. Bij de indeling reminiscentiekoffers ging het over de voorwerpen die in de reminiscentiekoffer opgenomen dienen te worden. Hierbij werd er onder andere gevraagd of het zinvol geacht werd om thema koffers te maken, of dat de geïnterviewde het beter vond om één algemene koffer in te richten. Nolte (2014) kwam tot de conclusie dat de geïnterviewden de voorkeur gaven aan een groepsinterventie in plaats van

individuele behandeling. Ook is het advies om thema koffers te gebruiken, deze kunnen beter ingericht worden op de behoeften van de groep. Verder wordt er een groepsinterventie van acht weken voorgesteld, zodat de deelnemers een langere periode deelnemen aan de interventie. Op basis van deze ontwerp studie van Nolte zouden de sessies met de reminiscentiekoffer een onderdeel moeten worden van het maandschema van de betreffende woongroep en begeleid worden door de medewerkers. Door Zappeij (2015) is er een onderzoek gedaan naar effecten op kwaliteit van leven en depressie. In dit onderzoek werden er geen veranderingen gevonden. De beperkingen van dit onderzoek waren het beperkt aantal deelnemers dat deelnam en het ontbreken van een controlegroep. Woudsma-Landewe deed in 2016 een soort gelijk onderzoek naar het effect van de reminiscentiekoffer. De resultaten van dit onderzoek lieten een positief effect zien van de interventie met de reminiscentiekoffer op de kwaliteit van leven. Er is geen significant effect van de reminiscentiekoffers op de mate van depressieve gevoelens gevonden. Er was een significant effect van tijd bij zowel de experimentele als de controle groep. Woudsma-Landewe (2016) nam data van in totaal tien participanten mee in het onderzoek. Hiervan namen vijf deelnemers deel aan der bijeenkomsten met de reminiscentiekoffer en de overige vijf deelnemers vormden de controle groep. De deelnemers waren allen opgenomen in één groep van een zorginstelling. Beperkingen van dit onderzoek waren de kleine en selecte deelnemersgroep.

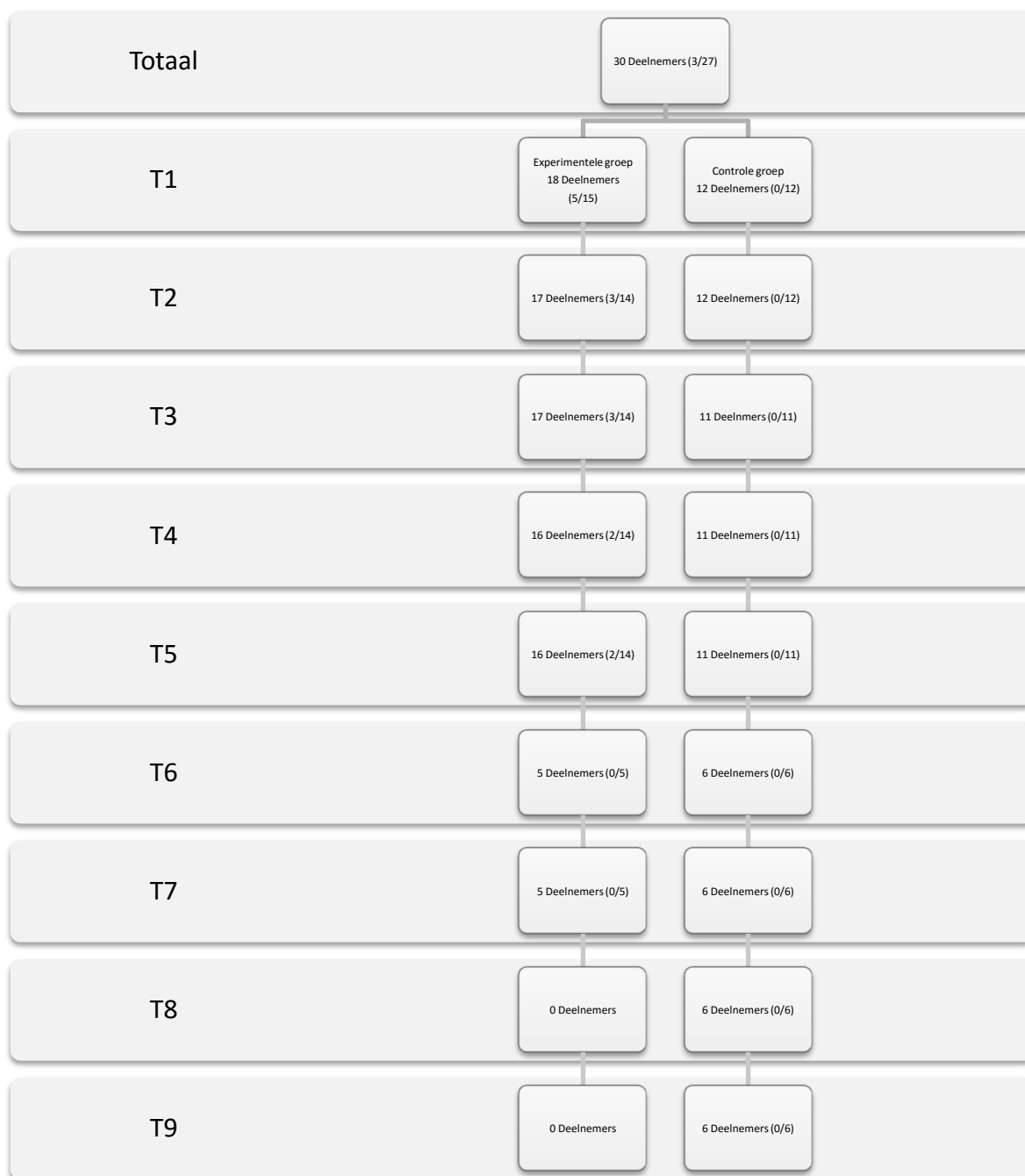
In dit onderzoek zullen de deelnemers verdeeld worden over een experimentele conditie, die acht bijeenkomsten met de reminiscentiekoffer volgen, en een controle conditie, die niet deelnemen aan de bijeenkomsten. De onderzoeksverwachtingen zijn dan ook: 1.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de mate van depressie van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep. 2.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de kwaliteit van leven van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep.

2. METHODE

2.1 DEELNEMERS

De deelnemers aan dit onderzoek waren allen in behandeling bij zorginstelling Livio. Er is onderzoek gedaan op vier afdelingen, twee dagbehandelingen en twee kleinschalig wonen groepen. De dagbehandeling is een Livio afdeling, gevestigd in Enschede en Eibergen, waar cliënten enkele dagen per week een dag doorbrengen. De cliënten wonen vaak nog thuis of verblijven in een andere zorginstelling zonder dagbesteding. Kleinschalig wonen groepen zijn afdelingen van de Livio locatie in Eibergen. In totaal hebben er 30 dementerende ouderen deelgenomen aan dit onderzoek. Waarvan 3 mannen en 27 vrouwen. De leeftijd varieerde van 74 tot 96 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 86.7 jaar

Per afdeling zijn de deelnemers random toegewezen aan de experimentele conditie en de controle conditie. De 18 deelnemers in de experimentele conditie hebben een interventie van acht bijeenkomsten met de reminiscentiekoffer gevolgd. De leeftijd van de experimentele groep varieerde van 74 tot 96 jaar, met een gemiddelde van 85.9 jaar. De 12 deelnemers in de controle conditie hebben deze bijeenkomsten niet bijgewoond. Deze deelnemers hadden geen bijeenkomsten, bij hen werden er wel elke week dezelfde vragenlijsten afgenomen als bij de experimentele groep. De deelnemers in de controle groep varieerden van 77 tot 95 jaar, met een gemiddelde van 87.8 jaar. In Figuur 1 is het verloop van de deelnemers weergegeven. Het figuur gaat over de totale deelnemersgroep. In de analyse vallen er een aantal deelnemers eerder uit, dit komt doordat de vragenlijsten met missende waarden niet zijn meegenomen in het onderzoek. Er zijn verschillende oorzaken voor deze missende waarden. Een aantal deelnemers zijn in de interventieperiode verhuisd of overleden. Ook is de interventie nog niet op alle locaties afgerond, daardoor is nog niet alle data beschikbaar voor dit onderzoek.



FIGUUR 1 VERLOOP DEELNEMERS MET VERDELING (MANNEN/VROUWEN)

2.2 INTERVENTIE

De interventie bestaat uit 8 gelijkwaardige bijeenkomsten van ongeveer 60 minuten per bijeenkomst verspreid over 8 aaneengesloten weken. De interventie werd gehouden in groepen van 4 tot 6 deelnemers en vond plaats in hun eigen woonomgeving. Tijdens de interventie haalde de verzorger één voor één voorwerpen uit de reminiscentiekoffer. Hier werden vragen over gesteld en deelnemers die het wilden konden er een herinnering of verhaal over vertellen. Op deze manier werd er een groeps gesprek gevoerd, waarbij het de taak was van de verzorgende om iedereen zoveel mogelijk erbij te betrekken. Door dit groeps gesprek werd getracht de reminiscentie te stimuleren. Het protocol voor de interventie bevindt zich in bijlage 1.

2.3 MATERIAAL

Na afloop van elke bijeenkomst werd er door de verzorgende, werkzaam bij Livio en bekend met de deelnemers, voor elke deelnemer twee vragenlijsten ingevuld. Dit waren observatielijsten. Hiervoor is gekozen omdat niet alle deelnemers in staat zijn hun eigen gevoelens en ervaringen te uiten. De lijsten werden ingevuld door een verzorgende die de deelnemers dagelijks meemaakt. Deze verzorgende kent de deelnemer goed en er wordt daarom verwacht dat hij/zij de eventuele wisseling in stemming van de deelnemer kan opmerken.

De eerste vragenlijst was de Cornell Scale for depression in dementia (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988a). Deze vragenlijst werd afgenomen om de mate van depressie bij de deelnemers te bepalen. Een lage score duidt op weinig kenmerken die passen bij depressieve klachten, een hoge score kan depressieve klachten aanduiden. De vragenlijst bestaat uit 19 items die beoordeeld kunnen worden als afwezig (0), lichtelijk of afwisselend aanwezig (1) of duidelijk aanwezig (2). De scores kunnen variëren tussen de 0 en 38. Scores boven de 18 kunnen duiden op een depressie (Alexopoulos et al., 1988a). Voorbeeld items uit de Cornell Scale zijn “Angst – angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk” of “Lage

zelfwaardering – zelfverwijten, minacht zichzelf, gevoel te falen”. In eerder onderzoek had de vragenlijst een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (0.67), een Cronbach’s alpha van 0.84 en de totale Cornell scale correleerde (0.83) met depressieve subtypes van verschillende intensiteit volgens de Research Diagnostic Centre (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988b). In huidig onderzoek is de Cronbach’s alpha 0.53. Omdat veel deelnemers in dit onderzoek bedlegerig zijn is er besloten om twee items niet mee te nemen in de resultaten. Dit zijn de items: Meervoudige lichamelijke klachten en Interesseverlies t.a.v. gebruikelijke activiteiten (alleen indien er een plotselinge verandering optreed binnen een maand). De Cornell Scale die in dit onderzoek gebruikt wordt bestaat dus uit 17 items en de scores kunnen variëren tussen de 0 en 34. Om de dataset zo groot mogelijk te houden is besloten om de missende waarden in te vullen met het gemiddelde. De totaal score op depressie is het gemiddelde van de ingevulde items maal 17. Wanneer er meer dan 6 missende waarden waren is de vragenlijst niet meegenomen in de analyse.

De tweede vragenlijst was de Qualidem (Ettema et al., 2005), een observatie-instrument voor het inschatten van de kwaliteit van leven bij mensen met dementie. De vragenlijst bestaat uit 40 stellingen die beoordeeld kunnen worden als nooit, zelden, soms of vaak aanwezig. De 40 items zijn onderverdeeld in 10 categorieën: Zorgrelatie, Positief affect, Negatief affect, Rusteloos gedrag, Positief zelfbeeld, Sociale contacten, Sociaal isolement, Zich thuis voelen, Iets om handen hebben en Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek. Hoe hoger de score op de items des te hoger de kwaliteit van leven (0: Lage kwaliteit van leven, 120: Hoge kwaliteit van leven). Voorbeeld items uit de Qualidem zijn: “Is vrolijk”, “Wijst hulp van verzorgende af” of “Is op zijn of haar gemak in het gezelschap van anderen”. Uit eerder onderzoek kwam een betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho dat varieerde van 0.60 voor de subschaal sociaal isolement tot 0.90 voor positief affect. Cronbach’s alfa varieerde van 0.59 tot 0.89. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieerde per subschaal van 0.49 tot 0.79. De test-retest betrouwbaarheid varieerde van 0.74 tot 0.88. Er is ondersteuning voor convergente validiteit door middelmatige tot sterke correlatie met relevante variabelen (Pearsons r varieerde van 0.48 tot 0.79). De ondersteuning voor discriminerende validiteit blijkt uit afwezige of lage correlaties met niet relevante variabelen (Ettema et al., 2005). In het huidige

onderzoek is de Cronbach's alfa 0.78. Er zijn geen missende waarden op de Qualidem. Alle ingevulde vragenlijsten worden daarom meegenomen in de analyse.

2.4 DATA-ANALYSE

Om de data, verkregen uit de Qualidem en de Cornell Scale for depression in dementia, te analyseren wordt er gebruik gemaakt van het statistiek programma spss. Om een goed beeld te krijgen van de data zijn eerst de descriptive statistics bekeken met betrekking tot de leeftijdsverdeling en de geslachtsverdeling tussen de experimentele groep en de controle groep. Ook zijn de descriptive statistics voor de depressie score en de score op de kwaliteit van leven bekeken. Vervolgens zijn er paired sample t-tests uitgevoerd. Hier is gebruikt van gemaakt om de verandering te zien tussen meetmoment 1 en de daarop volgende meetmomenten. In deze t-test is telkens per groep de score van meetmoment 1 vergeleken met de score op een ander meetmoment. Daarna is er een multivariate analysis of variance (MANOVA) uitgevoerd. Dit is een toets die geschikt is om twee of meer groepen met elkaar te vergelijken over meerdere meetmomenten (O'Brien & Kaiser, 1985). De eerste 5 tijdstippen zijn gebruikt als within-subject en de 2 groepen, experimentele en controle, zijn gebruikt als de between-subject. Dit houdt in dat het effect van tijd, conditie en het interactie effect van tijd en conditie op de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven wordt bekeken. Dus er wordt gekeken of de interventie met de reminiscentiekoffer, het verschil tussen beide groepen, invloed heeft op de mate van depressieve gevoelens en kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Daarnaast wordt er getoetst of de duur van de interventie, in zowel de experimentele als de controle groep, van invloed is op de depressieve gevoelens en kwaliteit van leven. Tot slot wordt het interactie effect van tijd en conditie getoetst. Hierbij wordt gekeken of het effect van tijd anders is in de experimentele groep dan in de controlegroep.

3. RESULTATEN

3.1 DEPRESSIE

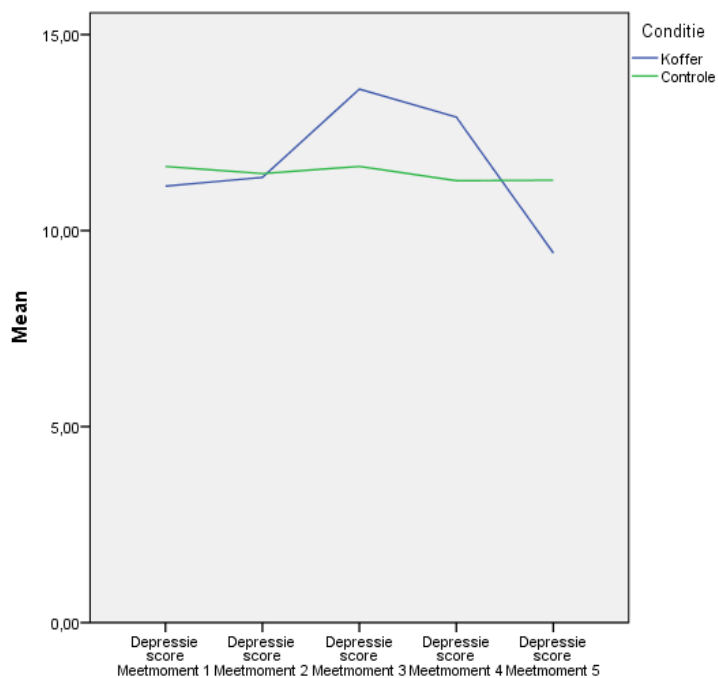
De eerste onderzoeksverwachting was: De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de mate van depressie van ouderen met dementie. De gemiddelde scores op depressie per week per conditie zijn weergegeven in tabel 1. Uit de gemiddelden in tabel 2 is dit niet op te merken doordat er gebruik gemaakt is van een paired sample t-test om de significantie te berekenen. Op meetmoment vijf zijn er een aantal deelnemers afgevallen, waardoor het gemiddelde van de overgebleven deelnemers op meetmoment één ook veranderd (Zie bijlage 4). De verschillen tussen meetmoment één en de latere meetmomenten zijn aan het eind van de interventieperiode significant. Bij de experimentele groep is dit vanaf meetmoment zeven en bij de controle groep vanaf meetmoment zes. Bij beide onderzoeksgroepen is er een afname van de mate van depressie te zien. De gemiddelde score op depressie in de experimentele groep was op meetmoment één 11.8 (SD=5.9) en op meetmoment zeven 4.8 (SD=1.8). De controlegroep had een gemiddelde van 8.5 (SD=3.2) op de eerste meting en op meetmoment zeven 6.0 (SD=2.2). Beide groepen laten een significante verbetering zien. De depressieve klachten zijn in beide groepen afgenomen na zeven weken.

TABEL 1 GEMIDDELDE DEPRESSIE PER CONDITIE

Experimentele Groep				Controle groep		
Week	n	M (SD)	t*	n	M (SD)	t*
T1	18	9.2 (6.4)		12	10.8 (5.2)	
T2	17	9.0 (6.4)	-0.6	12	10.6 (5.1)	0.6
T3	10	13.7 (5.4)	-1.2	11	11.6 (4.5)	0.0
T4	16	9.2 (6.7)	-0.7	11	11.3 (4.7)	1.3
T5	16	6.7 (5.2)	1.7	11	11.3 (4.6)	1.2
T6	5	8.8 (2.9)	1.4	6	6.2 (2.0)	2.2*
T7	5	4.8(1.8)	2.5*	6	6.0 (2.2)	2.4*
T8				6	6.2 (2.0)	2.2*
T9				6	5.7 (2.4)	3.1*

Noot t= verschil met T1, *p<0.05

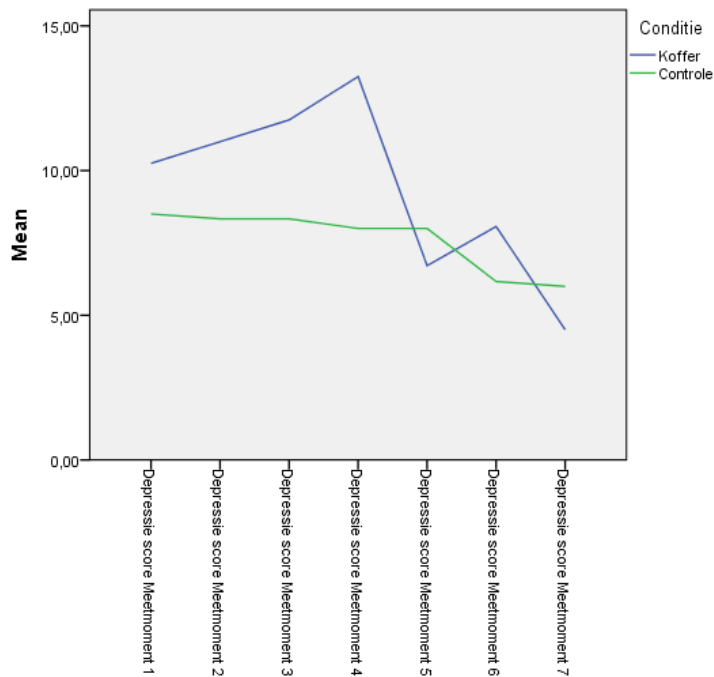
Mauchly's test laat zien dat de aanname van bolvormigheid overtreden is, $X^2(9)=45.91$, $p < 0.005$, daarom zijn de vrijheidsgraden gecorrigeerd met behulp van Greenhouse-Geisser (0.553). De resultaten laten zien dat er een bijna significant effect van tijd op beide groepen was $F(4,72)=2.4$, $p=0.10$. Het between-subjects effect was niet significant $F(1,18)=0.01$, $p=0.91$. Er was geen significant interactie effect van tijd en conditie op de mate van depressie $F(4,72)=2.1$, $p=0.14$. In figuur 2 is te zien dat de experimentele en controle groep geen grote verschillen laten zien.



FIGUUR 2 DEPRESSIESCORE VERLOOP PER CONDITIE OVER 5 WEKEN $N=20$, $N(KOFFER)=9$, $N(CONTROLE)=11$

Om te analyseren of er over een langere periode wel een tijd, conditie of interactie effect is, is gekozen de analyse opnieuw uit te voeren met de data van de eerste zeven weken van de interventie. De Mauchly's test met zeven meetmomenten laat zien dat de aanname van bolvormigheid overtreden is, $X^2(20)=65.87$, $p<0.005$, daarom zijn de vrijheidsgraden gecorrigeerd met behulp van Greenhouse-Geisser (0.346). De resultaten laten zien dat er een significant effect van tijd op beide groepen was $F(6,48)=4.9$, $p=0.02$. Dit betekent dat de

mate van depressieve gevoelens in zowel de experimentele als de controle groep is afgenomen. Het between-subjects effect bleef niet significant $F(1,8)=0.93$, $p=0.36$. Er was geen significante invloed van de interactie tijd en conditie op de mate van depressie $F(6,48)=1.9$, $p=0.18$.



FIGUUR 3 DEPRESSIE VERLOOP PER CONDITIE OVER 7 WEKEN $N=10$, $N(\text{KOFFER})=4$, $N(\text{CONTROLE})=6$

3.2 KWALITEIT VAN LEVEN

De tweede onderzoeksverwachting was: De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. In tabel 2 is de gemiddelde kwaliteit van leven per week weergegeven. Opvallend is dat de kwaliteit van leven lijkt te zijn afgenomen. Er is zowel in de experimentele als in de controle groep een significant verschil tussen de vijfde en de eerste meting. Uit de gemiddelden in tabel 2 is dit niet op te merken doordat er gebruik gemaakt is van een paired sample t-test. Op meetmoment vijf zijn er een aantal deelnemers afgevallen, waardoor het gemiddelde van de overgebleven

deelnemers op meetmoment één ook veranderd (Zie bijlage 4). Opvallend in tabel 2 is dat zowel de experimentele als de controle groep een significant verschil laten zien op meetmoment vijf ten opzichte van meetmoment één. Bij de experimentele groep was de gemiddelde kwaliteit van leven op meetmoment één 81.2 (SD=9.6) en op meetmoment vijf 78.0 (SD=10.7), dit is dus een significante vermindering van de kwaliteit van leven. Bij de controle groep was het gemiddelde op meetmoment één 89.9 (SD=19.9) en op meetmoment vijf 91.6 (SD=20.0), dit is dus een significante verbetering van de kwaliteit van leven. Op basis van deze gegevens lijkt het invullen van de vragenlijst een significante verbetering van kwaliteit van leven op te leveren na 5 weken en het volgen van de interventie met de reminiscentiekoffer in combinatie met het invullen met de vragenlijsten een vermindering in kwaliteit van leven.

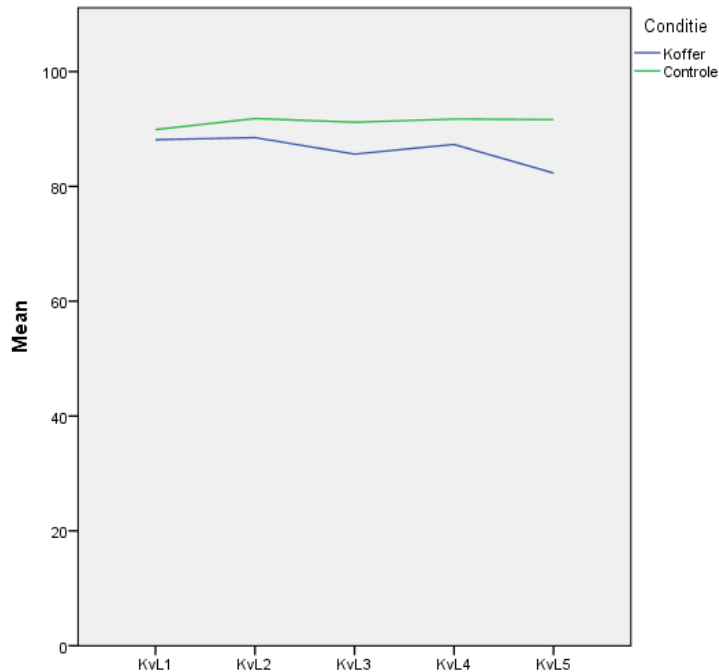
TABEL 2 GEMIDDELDE KWALITEIT VAN LEVEN

Experimentele Groep				Controle groep		
Week	n	M (SD)	t*	n	M (SD)	t*
T1	18	90 (17.1)		12	89.3 (19.1)	
T2	17	90 (18.7)	-1.1	12	90.9 (20.2)	-1.8
T3	17	87.2 (21.6)	0.8	11	91.2 (20.5)	-1.5
T4	16	87.3 (18)	0.9	11	91.7 (20.8)	-1.2
T5	16	82.3 (15)	2.4*	11	91.6 (20)	-2.3*
T6	5	78 (10.7)	1.5	6	83.2 (16.7)	-1.8
T7	5	85.6 (11.5)	-1.7	6	83.2 (16.7)	-1.8
T8				6	82.7 (16.7)	-1.8
T9				6	82.2 (15.8)	-1.6

Noot t= verschil met T1, *p<0.05

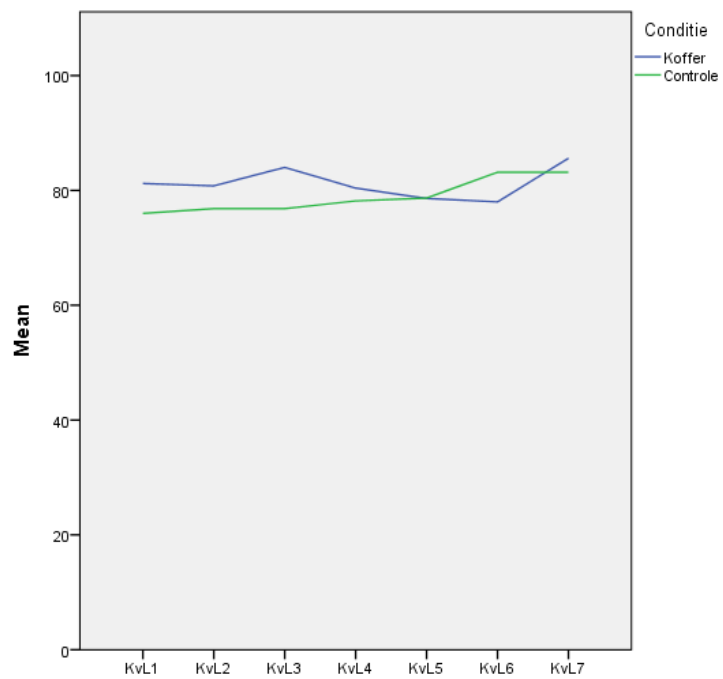
Mauchly's test laat zien dat de aanname van bolvormigheid overtreden is, $X^2(9)=42.3$, $p<0.005$, daarom zijn de vrijheidgraden gecorrigeerd met behulp van Greenhouse-Geisser (0.642). De resultaten laten zien dat er geen significant effect van tijd op beide groepen was $F(4,100)=1.4$, $p=0.27$. Het between-subjects effect was niet significant $F(1,25)=0.46$, $p=0.5$. Ook was er geen significante invloed van tijd en conditie op de kwaliteit van leven $F(4,100)=1.9$, $p=0.16$. Er is tijdens de interventie geen duidelijk verschil in kwaliteit van

leven gevonden tussen de experimentele en de controle groep. In figuur 3 is ook te zien dat de groepen redelijk gelijk aan elkaar verlopen.



FIGUUR 4 KWALITEIT VAN LEVEN VERLOOP PER CONDITIE OVER 5 WEKEN N=27, N(KOFFER)=16, N(CONTROLE)=11

Om te analyseren of er over een langere periode een ander effect te zien is, is dezelfde analyse uitgevoerd met de data van zeven meetmomenten. Mauchly's test laat zien dat de aanname van bolvormigheid bruikbaar is, $X^2(20)=0.00$, $p<0.005$, daarom zijn de vrijheidsgraden niet gecorrigeerd. De resultaten laten zien dat er een significant effect van tijd op beide groepen was $F(6,54)=2.3$, $p=0.05$. De kwaliteit van leven neemt bij zowel de experimentele als de controle groep toe. Er was geen significant between-subjects effect $F(1,9)=0.09$, $p=0.78$. Er was een bijna significant interactie effect van tijd en conditie op de kwaliteit van leven $F(6,54)=2.2$, $p=0.06$. Beide effecten zijn dus duidelijker aanwezig in de analyse met zeven weken dan in de analyse met vijf weken.



FIGUUR 5 KWALITEIT VAN LEVEN VERLOOP PER CONDITIE OVER 7 WEKEN N=11, N(KOFFER)=5, N(CONTROLE)=6

4. DISCUSSIE

4.1 CONCLUSIE

In dit onderzoek is gekeken naar het effect van een interventie met een reminiscentiekoffer op de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Uit de resultaten is gebleken dat er geen verschil was tussen de experimentele en de controle groep. Na een interventie van vijf weken is er ook geen significant effect van tijd of van het interactie effect tijd en conditie op de mate van depressieve gevoelens of de kwaliteit van leven van de deelnemers. Echter is er na een interventie van zeven weken een significant effect van tijd geconstateerd. Gedurende de zeven weken van de interventie verminderde de depressieve gevoelens en verbeterde de kwaliteit van leven bij zowel de experimentele als de controle groep.

De onderzoeksverwachtingen, die voorafgaand aan dit onderzoek zijn opgesteld, waren: 1.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de mate van depressie van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep. 2.) De interventie met de reminiscentiekoffer geeft een significante verbetering in de kwaliteit van leven van ouderen met dementie ten opzichte van de controle groep. De resultaten van dit onderzoek bevestigen de onderzoeksverwachtingen niet. Er is geen significant verschil gevonden in de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven tussen de deelnemers die de bijeenkomsten met de reminiscentiekoffers hebben bijgewoond en de controle groep die niet bij deze bijeenkomsten aanwezig was.

De resultaten van huidig onderzoek komen niet overeen met eerder onderzoek. Wang (2007) vond een positief effect van reminiscentietherapie op de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Ook in de review van Woods en anderen (2005) bleek er een duidelijk positief effect te zijn van reminiscentietherapie op de mate van depressie en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Woudsma-Landewe (2016) vonden een positief effect van een interventie met een reminiscentiekoffer op de kwaliteit van leven van ouderen met dementie.

Er kwam geen significant effect van de interventie op de mate van depressieve gevoelens uit dit onderzoek. In het onderzoek van Woudsma-Landewe (2016) bleek er wel, gelijk aan huidig onderzoek, een effect van tijd te zijn in zowel de experimentele als de controle groep.

Het effect van tijd is mogelijk te verklaren door de periode waarin de interventie is uitgevoerd. Een aantal deelnemers zijn eind december begonnen aan de interventie. In deze periode ervaren mensen vaak meer depressieve gevoelens en een verminderde kwaliteit van leven dan in andere periodes van het jaar (Sansone & Sansone, 2011). Dit kan effect hebben gehad op de eerste meetmomenten van de deelnemers. De mate van depressieve klachten zou hoger gescoord kunnen zijn gedurende de kerst periode. De kwaliteit van leven kan in deze periode lager ervaren worden. Het positieve effect van tijd dat is gevonden in de experimentele en de controle groep is dan niet het effect van de interventie. De depressieve gevoelens die tijdens de kersperiode heftiger ervaren zijn, nemen na de kerstperiode weer af. De vermindering van depressieve gevoelens en de verbetering van de kwaliteit van leven over de tijd wordt dan veroorzaakt door het gegeven dat de kerstperiode voorbij is. Er is niet bekend in welke periode de dataverzameling van het onderzoek van Woudsma-Landewe (2016) heeft plaatsgevonden. Het is daarom niet te zeggen of het effect van tijd, dat in dat onderzoek gevonden is, ook beïnvloed kan zijn door de kerstperiode.

Een andere mogelijke oorzaak voor de vermindering van de depressieve gevoelens en verbetering van de kwaliteit van leven is de structurele aandacht (Van Nispen et al., 2005). Jirovec en Maxwell (1993) concluderen in hun onderzoek dat dagbesteding en sociaal contact een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van ouderen in een zorginstelling. Tijdens de interventie periode heeft de verzorgende wekelijks de tijd genomen om de deelnemers van zowel de experimentele als de controle groep te observeren. Deze observatie is een moment van aandacht en sociaal contact. Dit kan er toe geleid hebben dat de depressieve gevoelens zijn verminderd en de kwaliteit van leven is toegenomen tijdens de interventieperiode. Echter was dit sociale contact gelijk aan het sociale contact in het onderzoek van Woudsma-Landewe (2016) dus verklaard het niet het verschil in resultaten tussen huidig onderzoek en het onderzoek van Woudsma-Landewe (2016).

Dat de resultaten van huidig onderzoek niet volledig aansluiten bij eerdere onderzoeken heeft mogelijk te maken met een aantal beperkingen die zich bij huidig onderzoek hebben voorgedaan.

4.2 BEPERKINGEN

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van twee observatielijsten. Een nadeel van het gebruik van observatielijsten is dat het tijdrovend is. In dit onderzoek was het de tijd van de verzorgende die geïnvesteerd werd. Dit hoeft niet de resultaten van dit onderzoek te hebben beïnvloed. Echter is er in de zorg steeds minder tijd voor dezelfde bezigheden (Draijer, 2010). Het zou dus kunnen dat de tijdsdruk er voor heeft gezorgd dat de verzorgende minder zorgvuldig is geweest bij het invullen van de observatielijsten. Deze verminderde zorgvuldigheid kan invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van de resultaten.

Een ander nadeel van het gebruik van twee observatielijsten om de depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven van de deelnemers te beoordelen is dat het door anderen ingevuld wordt en niet door de deelnemer zelf. Daardoor wordt er geen inzicht verkregen in achterliggende motivaties, gedachten en ideeën van degene die men observeert. De deelnemers hebben niet zelf hun depressieve gevoelens en kwaliteit van leven kunnen verwoorden. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben beïnvloed. De persoon kan depressieve gevoelens ervaren maar dit niet zichtbaar uiten naar de verzorgende. De verzorgende zal in dat geval de Corneel Scale positief invullen terwijl de deelnemer toch depressieve gevoelens ervaart. De betrouwbaarheid van de resultaten is hierdoor aangetast. Ook heeft het invloed op de validiteit van het onderzoek. Er wordt geobserveerd hoe de deelnemer zich uit en niet zo zeer hoe de deelnemer zich voelt.

Daarnaast zijn de observatielijsten in huidig onderzoek door één verzorgende ingevuld. In de Qualidem handleiding (Ettema et al., 2005) wordt er geadviseerd de observatielijst met twee verzorgenden in te vullen. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid was in dit onderzoek van Ettema en anderen (2005) aan de lage kant met Intra Class Correlations (ICC's) van 0.49 tot

0.79. Wanneer de gemiddelde ICC's van twee verzorgenden, die over dezelfde deelnemer een lijst invulden, werden gerekend bleek die interbeoordelaarbetrouwbaarheid te verbeteren. Dit heeft mogelijk de betrouwbaarheid van het onderzoek aangetast. Het verklaard echter niet de niet gevonden verschillen tussen de experimentele en de controle groep.

Een andere mogelijke oorzaak waardoor huidig onderzoek afwijkt van eerder onderzoek is de beperkte data. Er zijn veel missende waarden in de vragenlijsten. Om de dataset zo ruim mogelijk te houden en te voorkomen dat bepaalde groepen buiten het onderzoek vallen zijn er in de analyse van de Cornell Scale twee items niet meegenomen. Deze items waren: Meervoudige lichamelijke klachten en Interesseverlies t.a.v. gebruikelijke activiteiten (alleen indien er een plotselinge verandering optreedt binnen een maand). Dit waren de items die door veel beoordelaars niet beantwoordt waren. Naast deze items waren er ook nog andere missende waarden. Er is in dit onderzoek gekozen om de metingen waarin minder dan zes missende waarden waren mee te nemen. Echter kunnen deze missende waarden de betrouwbaarheid hebben aangetast.

Een advies dat, op basis van de genoemde beperkingen van de gebruikte dataverzameling, gegeven kan worden voor vervolg onderzoek is dan ook om de verzorgende voorafgaand aan de interventie te trainen in het scoren van de observatielijsten. Hierdoor kan de hoeveelheid onjuiste observaties en missende waarden mogelijk beperkt blijven.

Alle deelnemers aan dit onderzoek zijn verbonden aan zorginstelling Livio. Dit kan invloed hebben gehad op de resultaten. Mogelijk heeft Livio al een andere aanpak dan andere zorginstellingen in het voorkomen van depressieve gevoelens en het verbeteren van de kwaliteit van leven bij ouderen met dementie. Om uitspraken over de interventie te kunnen doen, die generaliseerbaar zijn voor alle ouderen met dementie, is de deelnemersgroep in dit onderzoek te beperkt.

Naast de beperkte deelnemersgroep kan het feit dat er geen verschil is gevonden tussen de experimentele groep en de controle groep mogelijk te maken hebben met contaminatie. De

deelnemers uit de experimentele groep en de controle groep behoorden tot dezelfde afdeling van Livio. Het is dan ook goed mogelijk dat de deelnemers van de experimentele groep na een bijeenkomst met de reminiscentiekoffer hun ervaringen hebben gedeeld met deelnemers uit de controle groep. Als er vervolgens een gesprek is ontstaan tussen de deelnemer van de experimentele groep en de deelnemer van de controle groep over de voorwerpen uit de reminiscentiekoffer, komt de deelnemer uit de controle groep ook in aanraking met reminiscentie. De groepen leefden niet gescheiden van elkaar en daarom moet contaminatie gezien worden als een mogelijke oorzaak voor het niet vinden van een verschil tussen de experimentele groep en de controle groep.

Het advies is om in vervolg onderzoek meer verschillende zorginstellingen mee te nemen. Daarnaast moet geprobeerd worden contaminatie te voorkomen. Dat zorgt ervoor dat de uitkomsten beter generaliseerbaar zijn over de gehele populatie van ouderen met dementie.

4.3 AANBEVELINGEN

Uit de literatuur is gebleken dat reminiscentietherapie een positief kan hebben op de mate van depressie en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Huidig onderzoek kan dit effect niet bevestigen. Echter zou het de zorg voor ouderen met dementie kunnen verbeteren wanneer het effect van reminiscentietherapie verder onderzocht en bewezen is. Daarom wordt er aanbevolen om eerst meer onderzoek te doen naar de effecten van reminiscentietherapie op de mate van depressie en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie voordat het op grote schaal toegepast wordt.

Huidig onderzoek zou in een verbeterde versie herhaald kunnen worden. Wanneer de verzorgende vooraf training krijgen in het scoren van observatielijsten, er meerdere zorgcentra mee worden genomen in het onderzoek en de contaminatie tussen de experimentele en de controle groepen beperkt wordt, zal dit mogelijk andere uitkomsten geven. De genoemde aanpassingen zouden de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van de resultaten kunnen verbeteren.

Een interessant vervolg onderzoek zou kunnen bestaan uit het onderzoeken van het effect van de observatielijsten op de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven. In huidig onderzoek is er een positief effect van tijd gevonden op de mate van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven. Het lijkt mij interessant om te onderzoeken of dit effect veroorzaakt is door de observaties of dat er andere factoren meegespeeld hebben.

5. REFERENTIES

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988a). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271–284. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988b). Use of the Cornell Scale in Nondemented Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(3), 230–236. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb01806.x>
- Alzheimer Nederland. (2012). *Is Het Dementie?*
- Alzheimer Nederland. (2016). Wat is dementie? Retrieved March 19, 2016, from <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie.aspx>
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18(2), 185–208. <http://doi.org/10.1017/S0144686X98006862>
- 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. <http://doi.org/10.1080/13607860600963547>
- 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. <http://doi.org/10.1002/gps.1018>
- Bouman, A. I. E., Ettema, T. P., Wetzels, R. B., Van Beek, A. P. A., De Lange, J., & Dröes, R. M. (2011). 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. <http://doi.org/10.1002/gps.2585>

- Draijer, M. (2010). Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen. *Tijdschrift Voor Ouderengeneeskunde*, 35(3), 123.
- Dröes, R. M. (1993). *Cornell Scale for depression in dementia*. Amsterdam.
- Ettema, T., Lange, J. De, Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). Handleiding qualidem. Retrieved from <http://www.btsg.nl/infobulletin/Qualidem.html>
- Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Bevins, A., Ravenscroft, S., & Tonks, J. (2010). The social treatment: the benefits of group interventions in residential care settings. *Psychology and Aging*, 25(1), 157.
- Hsieh, H.-F., & Wang, J.-J. (2016). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 335–345. [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00101-3](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00101-3)
- Janzing, J. G. E., Bouwens, J. M. P., Fennema, H. H. J., Teunisse, R. J., & Zitman, F. G. (1993). De Prevalentie Van Psychiatrische Comorbiditeit Bij Dementie Van Het Alzheimer Type (Dat); Een Literatuuroverzicht. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 35(9), 590–600.
- Jirovec, M. M., & Maxwell, B. A. (1993). Nursing home residents functional ability and perceptions of choice. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(9), 10–14.
- Korte, J. (2012). *The stories we live by: the adaptive role of reminiscence in later life*. Enschede. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3990/1.9789036534574>
- Lai, C. K. Y., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics / IPA*, 16(1), 33–49. <http://doi.org/10.1017/S1041610204000055>

- Leenders, K. L. (2009). Handboek dementie: Laatste inzichten in Diagnostiek en behandeling. In C. Jonker, J. P. J. Slaets, & F. R. J. Verhey (Eds.) (pp. 231–242). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. http://doi.org/10.1007/978-90-313-8061-9_21
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., ... Reynolds III, C. F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability: A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113–135. <http://doi.org/10.1097/00019442-200105000-00004>
- Lin, Y.-C., Dai, Y.-T., & Hwang, S.-L. (2003). The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297–306. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x>
- Lyketsos, C. G., Steele, C., Baker, L., Galik, E., Kopunek, S., Steinberg, M., & Warren, A. (1997). Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(4), 556–61. <http://doi.org/10.1176/jnp.9.4.556>
- Nolte, I. (2014). *Reis naar het verleden*. Universiteit Twente. Retrieved from [http://essay.utwente.nl/64864/1/Nolte, I. -s0194603 \(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/64864/1/Nolte,I.-s0194603(verslag).pdf)
- O'Brien, R. G., & Kaiser, M. K. (1985). MANOVA method for analyzing repeated measures designs: an extensive primer. *Psychological Bulletin*, 97(2), 316–333. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.97.2.316>
- Poortvliet, M. C., Gerritsen, D. L., & Wagner, C. (2007). *Kwaliteit van leven in de V & V sector de samenhang tussen kwaliteit van leven van cliënten en kenmerken van de*. Retrieved from <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-van-leven-in-de-venv-sector-2007.pdf>
- Rothuber, H., & Mitterauer, B. (2011). Comprehensive behavioral analysis of patients with a major depressive episode, 17(5), 259–264.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). The christmas effect on psychopathology. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(12), 10–13.
- Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. [Review]. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545–555. <http://doi.org/10.1586/ern.12.35>
- Van Marwijk, H. W. J., Grundmeijer, H. G. L. M., Bijl, D., Van Gelderen, M. G., De Haan, M., Van Weel-Baumgarten, E. M., ... Romeijnders, A. C. M. (2009). NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). In T. Wiersma, F. S. Boukes, R. M. M. Geijer, & A. N. Goudswaard (Eds.), *NHG-Standaarden voor de huisarts 2009* (pp. 521–537). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. http://doi.org/10.1007/978-90-313-6614-9_28
- Van Nispen, R. M. A., Van Beek, A. P. A., & Wagner, C. (2005). Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg-en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek: deelrapport I.
- Vermeulen, B., & Declercq, A. (2014). *geheugenproblemen bij ouderen*.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235–1240.
- Wind, A. W., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Bouma, M., Boomsma, L. J., & Boukes, F. S. (2009). NHG-Standaarden 2009. In T. Wiersma, F. S. Boukes, R. M. M. Geijer, & A. N. Goudswaard (Eds.) (pp. 497–520). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. http://doi.org/10.1007/978-90-313-6614-9_27
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia (Review), (2). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2.www.cochranelibrary.com>

Woudsma-Landewe, H. E. (2016). Het effect van reminiscentiekoffers op kwaliteit van leven en depressie bij demente ouderen: een pilot-studie.

Zappeij, M. (2015). *Het gebruik van reminiscentiekoffers als een interventie bij ouderen met dementie*. Universiteit Twente. Retrieved from [http://essay.utwente.nl/66890/1/Zappeij, M. - s1266896 \(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/66890/1/Zappeij,M.-s1266896(verslag).pdf)

6. BIJLAGEN

6.1 HANDLEIDING REMINISCENTIEKOFFER

Hoe begin je een sessie?

Optie 1: Je pakt de voorwerpen één voor één uit de koffer. Je vraagt deelnemers of ze hier iets van herkennen. Als iemand iets herkent of interesse toont in een voorwerp mag hij of zij het voorwerp eventueel vasthouden en er iets over vertellen. Daarna kan het voorwerp doorgegeven worden aan andere deelnemers.

Optie 2: Je hebt van tevoren een aantal voorwerpen uit de koffer op tafel klaargezet. Als de deelnemers binnenkomen, begint het gesprek waarschijnlijk vanzelf.

Optie 3: Je laat de deelnemers zelf iets uit de doos kiezen. Je vraagt hen vervolgens waarom ze precies dit voorwerp gekozen hebben en of ze er iets over willen vertellen.

Optie 4: Je mag creatief omgaan met hoe je begint, probeer gerust eens wat uit.

Welke vragen stel je?

Het werkt vaak goed om het gesprek te starten met een eigen ervaring of herinnering over een voorwerp; het gesprek komt zo gemakkelijk op gang.

Omdat de deelnemers dementie hebben kan het zijn dat ze moeite hebben om gestelde vragen te begrijpen. Denk daarom goed na hoe je een vraag stelt.

Open vraag: een vraag die altijd begint met wie, wat, waar, waarmee, waarvoor, welke, hoe, hoe vaak, hoe veel. Op een open vraag kan iemand een uitgebreid antwoord geven. Dit soort vragen zijn lastig bij dementie, wees je hier bewust van.

Gesloten vraag: een vraag die alleen met 'ja' of 'nee' beantwoord kan worden. Op deze manier loopt het gesprek snel dood.

Feitelijke vraag (jaartallen, gebeurtenissen): mannen vinden dit vaak prettig.

Gevoelsvraag: een vraag die stilstaat bij eigen gedachten, gevoelens en emoties.

Meningvraag: een vraag die ingaat op eigen mening, op wat mensen van iets vinden.

Verbreedende vraag: een vraag die het gespreksonderwerp verder uitdiept.

Hoe/wanneer sluit je een sessie af?

Geef duidelijk een paar minuten van tevoren aan dat de sessie bijna afgelopen is.

Het is geen probleem om eerder te stoppen als je merkt dat het gesprek niet loopt.

Herhaal wat er besproken is, bijvoorbeeld terwijl je de voorwerpen terug in de koffer legt.

Geef de deelnemers achteraf even de tijd om te reageren op de sessie.

Probeer het gesprek te beëindigen met een positief gevoel, aangezien dat hetgeen is dat blijft hangen.

Onderhoud & Inhoud

Deze koffer en de voorwerpen in de koffer zijn beschikbaar gesteld door Livio. Dit is een basisinhoud die naar eigen inzicht kan worden aangevuld. Zet het dan wel even op de lijst met voorwerpen, zodat het overzichtelijk blijft wat er in de koffer thuis hoort. Als je merkt dat een bepaald voorwerp niets oproept bij de deelnemers, of misschien zelfs teveel negatieve emoties oproept, mag je dat voorwerp gerust uit de koffer verwijderen. Schrap het voorwerp dan van de lijst.

6.2 CORNELL SCALE

(Dröes, 1993)

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

(ned. Vertaling: R.M. Dröes, Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1993)

Naam : _____
Geboren : _____
Datum : _____
Naam invuller : _____

Scoringssysteem

a = niet te beoordelen 1 = licht of wisselend aanwezig
0 = afwezig 2 = ernstig

De beoordelingen zijn gebaseerd op symptomen en kenmerken zoals waargenomen in de week voorafgaande aan het interview. Er dient geen score te worden gegeven wanneer symptomen het resultaat zijn van lichamelijke beperkingen of ziekte.

A. Stemningsgerelateerde kenmerken

- | | |
|---|---------|
| 1. Angst
angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk | a 0 1 2 |
| 2. Verdrietig
verdrietige gezichtsuitdrukking, verdrietige stem,
huilerig | a 0 1 2 |
| 3. Reageert niet op plezierige gebeurtenissen | a 0 1 2 |
| 4. Prikkelbaarheid
gauw kwaad, slecht gehumeurd | a 0 1 2 |

B. Gedragsstoornissen

- | | |
|--|---------|
| 5. Agitatie
rusteloos, handenwringen, haarplukken | a 0 1 2 |
| 6. Vertraging
trage bewegingen, langzame spraak, trage reacties | a 0 1 2 |
| 7. Meervoudige lichamelijke klachten
(scoor 0 indien GI symptomen) | a 0 1 2 |
| 8. Interesseverlies
t.a.v. gebruikelijke activiteiten (scoor alleen indien
er een plotselinge verandering is opgetreden,
d.w.z. binnen een periode van 1 maand) | a 0 1 2 |

C. Lichamelijke kenmerken

- | | |
|---|---------|
| 9. Vermindering van eetlust
eet minder dan gewoonlijk | a 0 1 2 |
| 10. Gewichtsverlies
(scoor 2 indien meer dan 2 kilo in 1 maand) | a 0 1 2 |
| 11. Gebrek aan energie
gauw moe, niet in staat activiteiten vol te houden
(scoor alleen indien er een plotselinge verandering
is opgetreden, d.w.z. binnen een periode van 1
maand) | a 0 1 2 |

D. Cyclische functies

- | | |
|---|---------|
| 12. Dagelijkse stemmingsschommelingen
's morgens meer symptomen | a 0 1 2 |
| 13. Moeite met inslapen
later dan gewoonlijk voor deze persoon | a 0 1 2 |
| 14. Wordt 's morgens meerdere malen wakker | a 0 1 2 |
| 15. Wordt 's morgens vroeg wakker
vroeger dan gewoonlijk voor deze persoon | a 0 1 2 |

E. Stoornissen in de gedachteninhoud

- | | |
|--|---------|
| 16. Suïcide gedachten
vindt het leven niet de moeite waard, heeft
doodswensen of doet een poging tot zelfmoord | a 0 1 2 |
| 17. Lage zelfwaardering
zelfverwijten, minacht zichzelf, gevoel te falen | a 0 1 2 |
| 18. Pessimisme
verwacht het ergste | a 0 1 2 |
| 19. Wanen die overeenstemmen met de stemming
wanen m.b.t. armoede, ziekte, verlies | a 0 1 2 |

6.3 QUALIDEM

(Bouman et al., 2011)

QUALIDEM

Eerste versie (mei 2005)

© Entema, De Lange, Dröes, Mellenbergh, Ribbe

Naam bewoner:

Afdeling:

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de afgelopen week waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste. Probeer over de vragen waar jij en je collega verschillend over denken tot overeenstemming te komen.

Nooit = Nooit
 Zelden = Hoogstens eenmaal per week
 Soms = Enkele keren per week
 Vaak = Vrijwel dagelijks

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	
1	Is vrolijk	0	1	2	3	B
2	Maakt rusteloze bewegingen	3	2	1	0	D
3	Heeft contact met andere bewoners	0	1	2	3	F
4	Wijst hulp van verzorgende af	3	2	1	0	A
5	Heeft een tevreden uitstraling	0	1	2	3	B
6	Maakt een angstige indruk	3	2	1	0	C
7	Is boos	3	2	1	0	A
8	Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	0	1	2	3	B
9	Wil niet eten	3	2	1	0	J
10	Is goed gestemd	0	1	2	3	B
11	Is verdrietig	3	2	1	0	C
12	Reageert positief bij toenadering	0	1	2	3	F
13	Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	3	2	1	0	H
14	Heeft conflicten met verzorgenden	3	2	1	0	A
15	Geniet van de maaltijd	0	1	2	3	J
16	Wordt afgewezen door andere bewoners	3	2	1	0	G
17	Beschuldigt anderen	3	2	1	0	A
18	Zorgt voor andere bewoners	0	1	2	3	F
19	Is rusteloos	3	2	1	0	D
20	Wijst contact met anderen openlijk af	3	2	1	0	G

		3	2	1	0	
21	Heeft een glimlach om de mond	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
22	Heeft een gespannen lichaamstaal	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
23	Huilt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
24	Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
25	Sluit zich af van de omgeving	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	F
26	Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
27	Geeft aan meer hulp te willen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
28	Geeft aan zich opgesloten te voelen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
29	Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewo- ners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
30	Wil graag (in bed) liggen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
31	Accepteert hulp	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
32	Roept	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
33	Heeft kritiek op de gang van zaken	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
34	Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
35	Geeft aan niets te kunnen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
36	Voelt zich thuis op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	H
37	Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
38	Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
39	Wil van de afdeling af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
40	Stemming is positief te beïnvloeden	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B

Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort.
Tel de scores per subschaal op.

Subschaal (aantal vragen)	Scorebereik	Score
A: Zorgrelatie (7)	0 – 21	A
B: Positief Affect (6)	0 – 18	B
C: Negatief Affect (3)	0 – 9	C
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)	0 – 9	D
E: Positief Zelfbeeld (3)	0 – 9	E
F: Sociale Relaties (6)	0 – 18	F
G: Sociaal Isolement (3)	0 – 9	G
H: Zich Thuis Voelen (4)	0 – 12	H
I: Iets Om Handen Hebben (2)	0 – 6	I
J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek		

6.4 PAIRED SAMPLES STATISTICS

Depressie

Paired Samples Statistics ^a			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Depressie	score	8,8935	17	6,48073	1,57181
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	9,0241	17	6,36230	1,54308
	Meetmoment 2	score				
Pair 2	Depressie	score	11,4210	10	5,35487	1,69336
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	13,7480	10	5,35744	1,69417
	Meetmoment 3	score				
Pair 3	Depressie	score	8,5744	16	6,55384	1,63846
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	9,1538	16	6,67793	1,66948
	Meetmoment 4	score				
Pair 4	Depressie	score	8,5744	16	6,55384	1,63846
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	6,6788	16	5,24213	1,31053
	Meetmoment 5	score				
Pair 5	Depressie	score	11,8000	5	5,93296	2,65330
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	8,8080	5	2,88558	1,29047
	Meetmoment 6	score				
Pair 6	Depressie	score	11,8000	5	5,93296	2,65330
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	4,8000	5	1,78885	,80000
	Meetmoment 7	score				
Pair 7	Depressie	score	.	0 ^b	.	.
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	.	0 ^b	.	.
	Meetmoment 8	score				
Pair 8	Depressie	score	.	0 ^b	.	.
	Meetmoment 1	score				
	Depressie	score	.	0 ^b	.	.
	Meetmoment 9	score				

a. Conditie = Koffer

b. The correlation and t cannot be computed because there are no valid pairs.

Paired Samples Statistics^a

			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Depressie	score	10,7500	12	5,20708	1,50315
	Meetmoment 1	score	10,5833	12	5,05350	1,45882
Pair 2	Depressie	score	11,6364	11	4,41073	1,32989
	Meetmoment 3	score	11,6364	11	4,52267	1,36364
Pair 3	Depressie	score	11,6364	11	4,41073	1,32989
	Meetmoment 4	score	11,2727	11	4,69235	1,41480
Pair 4	Depressie	score	11,6364	11	4,41073	1,32989
	Meetmoment 5	score	11,2845	11	4,58199	1,38152
Pair 5	Depressie	score	8,5000	6	3,20936	1,31022
	Meetmoment 6	score	6,1667	6	2,04124	,83333
Pair 6	Depressie	score	8,5000	6	3,20936	1,31022
	Meetmoment 7	score	6,0000	6	2,19089	,89443
Pair 7	Depressie	score	8,5000	6	3,20936	1,31022
	Meetmoment 8	score	6,1667	6	2,04124	,83333
Pair 8	Depressie	score	8,5000	6	3,20936	1,31022
	Meetmoment 9	score	5,6667	6	2,42212	,98883

a. Conditie = Controle

Kwaliteit van leven

Paired Samples Statistics^a

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KvL1	89,18	17	17,231	4,179
	KvL2	90,00	17	18,658	4,525
Pair 2	KvL1	89,18	17	17,231	4,179
	KvL3	87,12	17	21,578	5,233
Pair 3	KvL1	88,13	16	17,224	4,306
	KvL4	87,31	16	18,029	4,507
Pair 4	KvL1	88,13	16	17,224	4,306
	KvL5	82,31	16	15,010	3,752
Pair 5	KvL1	81,20	5	9,602	4,294
	KvL6	78,00	5	10,654	4,764
Pair 6	KvL1	81,20	5	9,602	4,294
	KvL7	85,60	5	11,459	5,124
Pair 7	KvL1	.	0 ^b	.	.
	KvL8	.	0 ^b	.	.
Pair 8	KvL1	.	0 ^b	.	.
	KvL9	.	0 ^b	.	.

a. Conditie = Koffer

b. The correlation and t cannot be computed because there are no valid pairs.

Paired Samples Statistics^a

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KvL1	89,25	12	19,122	5,520
	KvL2	90,92	12	20,170	5,822
Pair 2	KvL1	89,91	11	19,912	6,004
	KvL3	91,18	11	20,459	6,169
Pair 3	KvL1	89,91	11	19,912	6,004
	KvL4	91,73	11	20,775	6,264
Pair 4	KvL1	89,91	11	19,912	6,004
	KvL5	91,64	11	19,971	6,022
Pair 5	KvL1	76,00	6	14,436	5,893
	KvL6	83,17	6	16,654	6,799
Pair 6	KvL1	76,00	6	14,436	5,893
	KvL7	83,17	6	16,654	6,799
Pair 7	KvL1	76,00	6	14,436	5,893
	KvL8	82,67	6	16,705	6,820
Pair 8	KvL1	76,00	6	14,436	5,893
	KvL9	82,17	6	15,817	6,457

a. Conditie = Controle