

**De invloed van temporele en sociale vergelijkingen
op het psychologisch welbevinden van
verpleeghuisbewoners**



Marijke van der Ree – 't Jong
276256
Erasmus Universiteit Rotterdam

Eerste beoordelaar: Arjan E. R. Bos
Tweede beoordelaar: Birgit Mayer

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1.1. Ontstaansfactoren van depressie	5
1.2. ADL-zelfstandigheid, zelfwaardering en depressieve verschijnselen	6
1.2.1 ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering.....	6
1.2.2 ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen	7
1.3. Sociale en temporele vergelijkingen.....	8
1.3.1 Sociale vergelijkingen.....	8
1.3.2 Temporele vergelijkingen	9
1.4. Huidig onderzoek.....	11
1.5. Hypothesen	11
2. Methode	13
2.1. Steekproef	13
2.2. Meetinstrumenten	14
2.3. Procedure	16
3. Resultaten.....	17
3.1. Beschrijvende statistiek	17
3.2. Correlaties	18
3.3. Regressieanalyse.....	19
3.3.1. Sociale en temporele vergelijkingen en de mate van zelfwaardering.....	20
3.3.2. Sociale en temporele vergelijkingen en de mate van depressieve verschijnselen.....	21
4. Discussie	22
5. Referentielijst.....	26
6. Bijlagen.....	29

Samenvatting

In deze studie wordt de invloed van temporele en sociale vergelijkingen op het psychologisch welbevinden van verpleeghuisbewoners onderzocht. Bij verpleeghuisbewoners ($N = 114$) werden opwaartse temporele vergelijkingen, neerwaartse temporele vergelijkingen, opwaartse sociale vergelijkingen, neerwaartse sociale vergelijkingen, zelfwaardering en depressie gemeten. Tevens werd het niveau van lichamelijk functioneren bepaald. De resultaten laten zien dat het niveau van lichamelijk functioneren niet gerelateerd is aan het psychologisch welbevinden (zelfwaardering en depressie). Het lijken daarentegen eerder de vergelijkingsmaten te zijn die verantwoordelijk zijn voor het welbevinden. De mate van zelfwaardering blijkt afhankelijk te zijn van opwaartse en neerwaartse temporele vergelijkingen. De mate van depressieve verschijnselen blijkt enerzijds afhankelijk te zijn van opwaartse sociale vergelijkingen en anderzijds van zowel opwaartse als neerwaartse temporele vergelijkingen. Theoretische en praktische implicaties van het onderzoek worden besproken.

Onder ouderen komt depressie veelvuldig voor. Uit onderzoek is gebleken dat er bij oudere verpleeghuispatiënten een hoge mate van depressiviteit aanwezig is (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiters, van Tilburg & Ribbe, 2003). Het veelvuldig voorkomen van depressiviteit onder ouderen, zoals verpleeghuisbewoners, komt niet zozeer voort uit een directe relatie tussen leeftijd en depressie, maar wordt eerder verklaard door een verband tussen lichamelijke functioneren (ADL-zelfstandigheid) en depressie (Jongenelis et al., 2003).

Ondanks de relatie tussen depressie en lichamelijke gezondheid is er toch een aantal verpleeghuisbewoners dat geen depressieve verschijnselen of depressiviteit vertoont. Dit werpt de vraag op of het nu juist de objectieve lichamelijke gesteldheid is van mensen die ertoe leidt dat zij depressief worden of dat er andere, wellicht meer psychologische factoren een rol spelen bij het ontstaan van depressiviteit.

Er zijn goede aanwijzingen in de literatuur dat sociale vergelijkingen een belangrijke rol spelen bij de relatie tussen de beperkingen in lichamelijke functioneren en depressie (Frieswijk, Buunk, Steverink & Slaets, 2005). Sociale vergelijkingen betreffen de vergelijkingen die mensen maken tussen zichzelf en anderen (Festinger, 1954). Dit vergelijken kan zowel op een opwaartse als op een neerwaartse manier gebeuren (Lin & Kulik, 2002), waarbij men zich in het eerste geval vergelijkt met mensen die op een bepaald gebied beter af zijn en in het tweede geval kijkt men naar mensen die het slechter hebben. Van opwaartse en neerwaartse vergelijkingen wordt gedacht dat zij tegengestelde effecten kunnen hebben op het psychologisch welbevinden van mensen; wanneer men zich opwaarts vergelijkt kan dit desastreus zijn voor het psychologisch welbevinden, terwijl neerwaartse vergelijking positieve effecten op het psychologisch welbevinden lijkt te hebben.

Naast sociale vergelijkingen kennen we ook temporele vergelijkingen, waarin mensen zichzelf vergelijken met hoe zij waren tijdens een andere periode in hun leven; deze vergelijkingen worden ook wel intrapersonlijke vergelijkingen genoemd (Albert, 1977). Ook deze vergelijkingen kunnen een opwaartse en een neerwaartse richting aannemen. In het geval van opwaartse vergelijkingen vergelijkt de persoon zich met een periode in het leven waarin de persoon het op een bepaald gebied (bijvoorbeeld lichamenlijk) beter had. Wanneer we het hebben over neerwaartse temporele vergelijkingen bedoelen we dat de persoon zichzelf vergelijkt met een moment in het leven waarin hij het op een bepaald gebied (bijvoorbeeld lichamenlijk) slechter had.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar depressiviteit onder verpleeghuisbewoners met een somatische indicatie, ondanks dat het veel voorkomt (Jongenelis et al. 2003). Naar de rol van sociale vergelijkingprocessen bij depressiviteit onder verpleeghuisbewoners is, voor

zover bekend, slechts één eerder onderzoek gedaan (Stam, Bos, Mayer & Derks, 2005). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de ADL-zelfstandigheid negatief gerelateerd is aan depressieve symptomen. Tevens bleek ADL-zelfstandigheid positief gerelateerd te zijn aan zelfwaardering. De invloed van temporele vergelijkingen op depressieve verschijnselen van verpleeghuisbewoners werd nog nooit eerder onderzocht. Uitgaande van de aanwijzingen voor een relatie tussen sociale en temporele vergelijkingen en depressiviteit bij ouderen en het gegeven dat depressiviteit veelvuldig voorkomt bij de oudere generatie lijkt het relevant verder onderzoek te doen naar deze concepten.

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de aanwezigheid van depressieve verschijnselen bij ouderen. In het kader van dit onderzoek zal er met name gekeken worden naar de invloed van ADL-zelfstandigheid en sociale en temporele vergelijkingen op het psychologisch welbevinden. Hierbij zal de vraag centraal staan of depressieve verschijnselen onder verpleeghuisbewoners vooral toe te schrijven zijn aan hun lichamelijke functioneren of dat het eerder de psychologische factoren zijn (sociale en temporele vergelijkingen) die een voorspellende rol hebben bij het ontstaan van depressieve verschijnselen.

1.1. Ontstaansfactoren van depressie

Uit een onderzoek van Jongenelis en collega's is naar voren gekomen dat een groot deel van de mensen die in een verpleeghuis verblijven in meer of mindere mate te maken heeft met depressieve symptomen (Jongenelis et al., 2004). Zij vonden voor een ernstige vorm van depressie een prevalentie van 8,1%, voor een mildere vorm van depressie vonden zij een prevalentie van 14,1% en wanneer het ging om sub-klinische depressiesymptomen vonden zij een prevalentie van 24% (Jongenelis et al., 2004). Deze bevindingen wijzen erop dat 46,2% van de onderzochten in meer of mindere mate te maken had met depressie. Dit hoge percentage geeft het belang van onderzoek naar de oorzaken van depressie aan. Daarnaast roept het feit dat depressie leidt tot een hoger sterftecijfer en een afname in psychologisch welbevinden en dagelijks functioneren ook op tot het doen van verdergaand onderzoek (Beekman et al., 2002).

Vanwege het grote percentage mensen dat in verpleeghuizen te maken heeft met depressie is het belangrijk de risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie in kaart te brengen. Het verkrijgen van inzicht in de oorzaken van depressie kan helpen bij het ontwikkelen van interventies ter voorkoming van depressie dan wel beperking van het aantal

mensen met een depressie. In het verleden zijn er verscheidene onderzoeken gedaan naar de risicofactoren van depressie bij deze populatie.

Wanneer het gaat om de risicofactoren voor depressie kan men onderscheid maken tussen *gezondheidsgerelateerde risicofactoren* en *psychosociale en zorggerelateerde risicofactoren* (Jongenelis et al., 2004). Gezondheidsgerelateerde risicofactoren voor depressie zijn pijn, functionele beperkingen, visuele beperkingen, het krijgen van een beroerte, een familiegeschiedenis van depressie en een eerdere depressie (Eisses et al., 2004; Jongenelis et al., 2004). Daarnaast spelen ook psychosociale factoren, zoals eenzaamheid, gebrek aan sociale steun, het hebben van een hoger opleidingsniveau en het recent ervaren van negatieve levensgebeurtenissen een rol (Eisses et al., 2004; Jongenelis et al., 2004; Verstraten, Brinkman, Stevens & Schouten, 2005), evenals zorggerelateerde factoren, zoals het ervaren van een inadequate verzorging (Jongenelis et al., 2004). Naast de genoemde gezondheidsgerelateerde, psychosociale en zorggerelateerde risicofactoren worden ook neuroticisme, angststoornissen, somatoforme stoornissen en geheugenaantasting gezien als risicofactoren (Eisses et al., 2004; Heun & Hein, 2005). Tot slot lijken ook leeftijd (hetzij direct, hetzij via aantasting in lichamelijk functioneren) en geslacht een rol te spelen bij het risico op depressiviteit (Heun & Hein, 2005).

1.2. ADL-zelfstandigheid, zelfwaardering en depressieve verschijnselen

Zelfwaardering en depressieve verschijnselen zijn beide concepten die iets zeggen over het psychologisch welbevinden van een mens. In het kader van het huidige onderzoek zal er gekeken worden naar de invloed van ADL-zelfstandigheid op de mate van zelfwaardering en op de mate van depressieve verschijnselen.

1.2.1 ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat er een positieve relatie bestaat tussen ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering (Schieman & Campbell, 2001; Stam et al., 2005). In een groot onderzoek onder zowel mensen met als zonder een fysieke beperking werd gekeken naar variaties in leeftijdgerelateerde patronen van gezondheidscontrole, 'self-efficacy' en zelfwaardering (Schieman & Campbell, 2001). De bevindingen van dit onderzoek tonen dat oudere mensen een significant lagere controle over hun gezondheid, een lagere 'self-efficacy' en een lagere zelfwaardering rapporteerden. Met name de resultaten met betrekking tot de zelfwaardering bij ouderen zijn relevant in het kader van het huidige onderzoek. Uit het onderzoek bleek dat het hebben van grotere fysieke beperkingen en een

slechtere algemene gezondheid verantwoordelijk waren voor het hebben van een lagere zelfwaardering. De lagere zelfwaardering was tevens toe te schrijven aan het hebben van een lagere opleiding, lagere empathie en introspectie.

De positieve relatie tussen ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering werd ook gevonden door Stam en collega's in hun onderzoek naar de rol van sociale vergelijkingsprocessen bij depressiviteit onder verpleeghuisbewoners (Stam et al., 2005).

1.2.2 ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen

ADL-zelfstandigheid lijkt een variabele te zijn die bijdraagt aan het ontstaan van depressieve verschijnselen. Uit eerdere onderzoeken naar de risicofactoren van depressie kwam het beperkt raken in het lichamelijk functioneren naar voren als risicofactor (Jongenelis et al., 2003; Eisses et al., 2004). Uit verschillende onderzoeken binnen verschillende populaties is een negatieve relatie tussen ADL-zelfstandigheid en depressiviteit naar voren gekomen (Williamson & Schulz, 1995; Alexopoulos et al., 1996; Koenig & George, 1998; Stam et al., 2005).

Onderzoek naar de relatie tussen pijn, functioneel onvermogen en depressie onder kankerpatiënten laat zien dat functionele beperking de relatie tussen pijn en depressiviteit medieert (Williamson & Schulz, 1995). Bij kankerpatiënten met depressieve verschijnselen bleek de pijn niet direct verantwoordelijk te zijn voor de depressieve verschijnselen, maar waren het juist de beperkingen die de pijn en ziekte met zich meebrachten die tot de depressieve verschijnselen leiden.

Ook onderzoek naar factoren die kunnen bijdragen aan het verschaffen van inzicht in de relatie tussen lichamelijk onvermogen en depressie bij ouderen wijst op een negatieve relatie tussen lichamelijk onvermogen en depressiviteit (Alexopoulos et al., 1996). Dit is in overeenstemming met onderzoek onder oudere verpleeghuisbewoners naar de rol van sociale vergelijkingsprocessen bij depressiviteit, waarin minder ADL-zelfstandigheid in verband stond met een hogere mate aan depressieve verschijnselen (Stam et al., 2005).

Naar de relatie tussen fysiek functioneren en depressiviteit is ook onderzoek gedaan onder medische ziekenhuispatiënten met zowel een depressie als een lichamelijke beperking (Koenig & George, 1998). In deze follow-up studie werd gekeken naar psychosociale data, psychiatrische data, data betreffende de fysieke gezondheid en de mate van depressieve verschijnselen met het verloop van de tijd. De resultaten van deze studie toonden dat een toename of afname van depressie samenhang met respectievelijk een toename dan wel afname in lichamelijk onvermogen.

1.3. Sociale en temporele vergelijkingen

1.3.1 Sociale vergelijkingen

Mensen hebben de behoefte zichzelf met anderen te vergelijken, zowel op fysiek niveau, als in status en vermogen. Deze vorm van vergelijken wordt 'sociale vergelijking' genoemd en duidt op de vergelijkingen die mensen maken tussen zichzelf en anderen. In 1954 ontwikkelde Festinger een theorie over sociale vergelijking. De basis van deze theorie was de veronderstelling van Festinger dat mensen een innerlijke drang hebben om hun meningen en bekwaamheden te evalueren. Zijn theorie kan samengevat worden als een theorie die zegt dat mensen een basisbehoefte hebben aan zelfevaluatie en dat, wanneer er een objectieve standaard ontbreekt, zij zich zullen vergelijken met relatief gelijke personen. Dit doen zij met het doel te komen tot een zo accuraat en stabiel mogelijke zelfbeoordeling.

Wanneer er over sociale vergelijking gesproken wordt, kan er onderscheid gemaakt worden tussen opwaartse en neerwaartse vergelijkingen (Lin & Kulik, 2002). Als het gaat over opwaartse sociale vergelijking betreft dit de vergelijking van onszelf met een persoon waarvan wij vinden dat hij of zij het in een bepaald opzicht beter getroffen heeft dan wij. Als we spreken over neerwaartse sociale vergelijkingen bedoelen we vergelijkingen van onszelf met een persoon waarvan wij vinden dat hij of zij het in een bepaald opzicht slechter heeft getroffen dan wij.

Opwaartse en neerwaartse sociale vergelijking lijken beiden in relatie te staan met het zelfbeeld en het psychologisch welbevinden. Volgens de theorie van Taylor en Lobel (1989) en Wills (1981) kan opwaartse sociale vergelijking een negatief effect hebben op het zelfbeeld. De neerwaartse sociale vergelijking wordt vooral gebruikt om het psychologisch welbevinden te bewaren en een positief zelfbeeld te behouden. Uit een onderzoek van Buunk en collega's (1990) bleek echter dat de effecten van opwaartse en neerwaartse sociale vergelijkingen niet vastliggen. Of het opwaarts vergelijken een negatief dan wel positief effect heeft op de zelf-evaluaties van de persoon is afhankelijk van de component van de vergelijking waarop men zich richt. Uit één van de studies die Buunk en collega's (1990) uitvoerden onder kankerpatiënten bleek aan de ene kant dat neerwaartse sociale vergelijking ondersteunend kon werken, doordat mensen zich realiseerden dat ze het beter hadden dan anderen. Tegelijkertijd konden deze neerwaartse sociale vergelijkingen een negatief effect hebben op het welbevinden, wanneer de patiënten het lot van de andere patiënten op zichzelf projecteerden en de verwachting hadden dat het met hen dezelfde kant op zou gaan. Ook opwaartse sociale vergelijkingen bleken enerzijds een negatief effect te kunnen hebben op

het welbevinden, terwijl ze er anderzijds aan bij konden dragen dat kankerpatiënten moed en hoop kregen, wanneer zij zagen dat anderen al verder in hun behandeling waren.

Een ander voorbeeld van onderzoek naar de rol van sociale vergelijkingen in het ervaren welzijn en het behouden van een positief zelfbeeld is een studie van Vinken en collega's (Vinken, Bos, Bolman & van der Plas, 2005). In hun studie onderzochten ze of het verband tussen ervaren stigmatisering en de zelfwaardering van de psychiatrische cliënt gemodereerd wordt door sociale vergelijkingen. De resultaten van dit onderzoek toonden dat neerwaartse sociale vergelijkingen een gunstige invloed hebben op het niveau van zelfwaardering, terwijl opwaartse sociale vergelijkingen een negatieve invloed hebben op het niveau van zelfwaardering. Tevens vond men dat de relatie tussen ervaren stigmatisering en zelfwaardering enkel gemodereerd wordt door neerwaartse sociale vergelijking en niet door opwaartse sociale vergelijking.

De invloed van sociale vergelijking op de relatie tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen bij verpleeghuisbewoners werd onderzocht door Stam en collega's (2005). Deze relatie bleek gemedieerd te worden door zowel opwaartse als neerwaartse sociale vergelijkingen. Dit wijst erop dat verpleeghuisbewoners de sociale vergelijking niet actief gebruiken om hun zelfbeeld te beschermen, maar dat het maken van sociale vergelijkingen hen min of meer opgedrongen lijkt te worden door de sociale omgeving.

1.3.2 Temporele vergelijkingen

In 1977 ontwikkelde Stuart Albert een theorie over temporele vergelijkingen. Dit zijn vergelijkingen waarin een persoon zichzelf vergelijkt met hoe hij in een andere periode in zijn leven was. Bij de ontwikkeling van deze theorie heeft Albert (1977) de aannames van de sociale vergelijkingstheorie van Festinger (1954) omgezet in aannames die gelden voor temporele vergelijkingen. Er zijn op het eerste gezicht twee belangrijke verschillen tussen beide theorieën te noemen. Allereerst gaat het bij temporele vergelijkingen om de vergelijking binnen een persoon en niet tussen verschillende personen. Daarnaast vindt de vergelijking plaats over meerdere momenten in de tijd, terwijl er bij sociale vergelijking sprake is van een vergelijking op een bepaald moment en niet zozeer tussen bepaalde momenten.

Albert (1977) noemt een aantal proposities die de basis vormen van de theorie over temporele vergelijkingen. Mensen zullen temporeel vergelijken om snelle veranderingen te evalueren en om er mee om te gaan. Hierbij zal hun voorkeur uitgaan naar temporele

vergelijking waaruit vooruitgang, rijping of groei blijkt (in tegenstelling tot vergelijkingen die wijzen op achteruitgang). De neiging tot het temporeel vergelijken zal echter eerder aanwezig zijn, wanneer het in het heden slechter gaat dan in het verleden. Men zoekt naar oorzaken en een uitgangspunt om verder te gaan, richting een toekomst van herstel.

Uitgaande van de proposities van Albert (1977) zien we dat er ook bij temporele vergelijkingen sprake is van twee richtingen, net zoals bij sociale vergelijkingen. Allereerst kunnen we ons vergelijken met een verleden waarin het beter met ons ging, dit zijn de opwaartse temporele vergelijkingen. Daarnaast kunnen we ons ook vergelijken met een verleden waarin we het slechter hadden, dit zijn de neerwaartse temporele vergelijkingen.

Er is wel eens gesuggereerd dat naarmate men ouder wordt, het aantal sociale vergelijkingen afneemt en het aantal temporele vergelijking toeneemt (Suls & Mullen, 1982 in Brown & Middendorf, 1996). Echter, Robinson-Whelen en Kiecolt-Glaser (1997) vonden in hun onderzoek naar de invloed van sociale en temporele vergelijkingen op zelfevaluaties van ouderen geen ondersteuning voor deze suggestie. Zij vonden dat sociale vergelijkingen gerelateerd waren aan zowel gezondheid, inkomen en geheugen, terwijl temporele vergelijkingen enkel gerelateerd waren aan geheugen. De sociale vergelijkingen bleken een significante rol te spelen in zelfevaluaties bij volwassenen van middelbare en oudere leeftijd. Uit het onderzoek van Robinson-Whelen en Kiecolt-Glaser (1997) blijkt dus niet dat temporele vergelijkingen bij ouderen een sterkere invloed hebben op zelfevaluaties dan sociale vergelijking.

Een ander voorbeeld van een onderzoek dat gedaan is naar de positieve dan wel negatieve invloed van temporele vergelijkingen op het psychologisch welbevinden van mensen, is het onderzoek van Bogart, Gray-Bernhardt, Catz, Hartmann en Otto-Salaj (2002). Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de sociale en temporele vergelijkingen die mensen maken die geïnfecteerd zijn met HIV. De verwachting dat de temporele vergelijkingen richting het verleden neerwaarts zouden zijn en richting de toekomst opwaarts (in verband met de verwachte verbetering als gevolg van de behandeling) werden door de resultaten bevestigd. Opvallend hierbij was dat beide vormen van vergelijking een zogenoemde *positive life change* tot gevolg hadden. Wanneer de patiënten zich vergeleken met de beginfase van hun ziekte en hun huidige status, zagen ze dat ze vooruitgegaan zijn (neerwaartse vergelijking). Keken de patiënten richting de toekomst dan verwachtten ze dat het steeds beter zal gaan, als gevolg van de behandeling (opwaartse vergelijking). De patiënten lijken er dus voor te kiezen voornamelijk vergelijkingen te maken, hetzij opwaarts hetzij neerwaarts, die een positieve invloed op hun psychologisch welzijn hebben.

1.4. Huidig onderzoek

Er is tot op heden in Nederland nog nauwelijks onderzoek gedaan naar depressie bij verpleeghuisbewoners met een somatische indicatie. Dit is opmerkelijk, daar depressie veelvuldig voorkomt (Jongenelis et al., 2003). Naar de invloed van sociale vergelijkingen op het psychologisch welbevinden van verpleeghuisbewoners is slechts eenmaal eerder onderzoek gedaan (Stam et al., 2005), maar naar de rol van temporele vergelijkingen hierin werd nog nooit eerder onderzoek gedaan.

Het is van belang meer onderzoek te doen naar het welbevinden van ouderen in het algemeen en verpleeghuisbewoners in het bijzonder. Zoals blijkt uit onderzoek van onder andere Jongenelis en collega's (2003) is depressie een veelvoorkomende (psychiatrische) stoornis bij ouderen en verpleeghuisbewoners. Het is belangrijk om meer inzicht te verkrijgen in het psychologisch welbevinden van verpleeghuisbewoners, om zo adviezen te kunnen formuleren die bijdragen aan het verbeteren van het psychologisch welbevinden. Daarnaast is het zo dat in Nederland de vergrijzing steeds groter wordt, in 2040 zal bijna een kwart van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar (Dykstra, 2003). Het lijkt logisch te veronderstellen dat hiermee ook het aantal verpleeghuisbewoners zal gaan stijgen. Met een steeds grotere populatie ouderen in het vooruitzicht is het goed te investeren in de bevordering van hun psychologisch welbevinden. Dit onderzoek wil daaraan een bijdrage leveren, door zich te richten op het verkrijgen van inzicht in de processen die een rol spelen bij het psychologisch welbevinden van verpleeghuisbewoners.

Deze studie is een replicatie met zinvolle uitbreidingen van het onderzoek dat door Stam en collega's (2005) werd uitgevoerd. In dit onderzoek wordt namelijk niet alleen gekeken naar de verschillende relaties tussen ADL-zelfstandigheid, zelfwaardering, depressieve verschijnselen en sociale vergelijkingen, maar wordt tevens de rol van temporele vergelijkingen onderzocht. Het doel van deze studie is om inzicht te krijgen in wat de invloed van ADL-zelfstandigheid, sociale vergelijkingen en temporele vergelijkingen is op depressieve verschijnselen en de zelfwaardering bij somatische verpleeghuisbewoners.

1.5. Hypothesen

Om inzicht te krijgen in de processen die een rol spelen bij het psychologisch welbevinden (uitgedrukt in depressieve verschijnselen en zelfwaardering) van verpleeghuisbewoners zal gekeken worden naar de rol van ADL-zelfstandigheid, sociale vergelijkingen en temporele vergelijkingen.

Allereerst veronderstellen we een drietal relaties tussen de concepten ADL-zelfstandigheid, depressieve verschijnselen en zelfwaardering. Op basis van eerder onderzoek verwachten we dat een hogere mate van ADL-zelfstandigheid samen zal gaan met een hogere mate van zelfwaardering (Schieman & Campbell, 2001; Stam et al., 2005). Met andere woorden, we verwachten een positieve relatie te vinden tussen ADL-zelfstandigheid en de mate van zelfwaardering (hypothese 1). In navolging van eerder onderzoek verwachten we eveneens dat een lagere mate van ADL-zelfstandigheid samen zal gaan met een hogere mate van depressieve verschijnselen (Williamson & Schulz, 1995; Alexopoulos et al., 1996; Koenig & George, 1998; Stam et al., 2005). Hiermee verwachten we dus een negatief verband te vinden tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen (hypothese 2). Op basis van de verwachte relaties tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen en ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering verwachten we dat de invloed van ADL-zelfstandigheid op depressieve verschijnselen gemedieerd zal worden door de mate van zelfwaardering (hypothese 3).

Naast het kijken naar de mogelijke relaties tussen ADL-zelfstandigheid, depressieve verschijnselen en zelfwaardering zal in dit onderzoek ook gekeken worden naar de rol die sociale en temporele vergelijkingen spelen bij het psychologisch welbevinden van mensen. Er zal gekeken worden naar de invloed van opwaartse en neerwaartse sociale en temporele vergelijkingen op de mate van zelfwaardering. Voor het opstellen van de hypothesen zijn de theorieën over de effecten van positieve dan wel negatieve vergelijkingen op het psychologisch welbevinden als uitgangspunt genomen (Wills, 1981; Taylor & Lobel, 1989). In lijn met eerder onderzoek is de verwachting dat het psychologisch welbevinden negatief beïnvloed zal worden door opwaartse vergelijkingen en positief door neerwaartse vergelijkingen (Vinken et al., 2005). Concreet is hierbij de verwachting dat er een negatief verband gevonden zal worden tussen opwaartse sociale vergelijking en zelfwaardering (hypothese 4A), terwijl er een positief verband verwacht wordt tussen neerwaartse sociale vergelijking en zelfwaardering (hypothese 4B). Voor de temporele vergelijkingen verwachten we eveneens een negatief verband tussen opwaartse temporele vergelijking en zelfwaardering (hypothese 4C) en een positief verband tussen neerwaartse temporele vergelijking en zelfwaardering (hypothese 4D). Zowel meer opwaartse sociale als temporele vergelijkingen zullen dus in verband staan met een lagere zelfwaardering, terwijl meer neerwaartse sociale en temporele vergelijkingen in verband zullen staan met een hoger niveau van zelfwaardering.

Naast het onderzoeken van het verband tussen de vier vergelijkingsmaten en zelfwaardering, zal er eveneens gekeken worden naar het verband tussen de vergelijkingsmaten en de mate van depressieve verschijnselen. Hierbij is eveneens de verwachting dat opwaartse vergelijking samen zal gaan met een verlaging in psychologisch welbevinden, terwijl neerwaartse vergelijking een verbetering van het psychologisch welbevinden tot gevolg zullen hebben (Vinken et al., 2005). Concreet is hier de verwachting dat opwaartse sociale vergelijking een positief verband zal hebben met depressieve verschijnselen (hypothese 5A), terwijl neerwaartse sociale vergelijking een negatief verband met depressieve verschijnselen zal hebben (hypothese 5B). Voor temporele vergelijkingen is de verwachting dat de opwaartse temporele vergelijkingen een positief verband met depressieve verschijnselen zullen hebben (hypothese 5C), terwijl neerwaartse temporele vergelijkingen een negatief verband met depressieve verschijnselen zullen hebben (hypothese 5D). Zowel meer opwaartse sociale als temporele vergelijking zal leiden tot meer depressieve symptomen, terwijl meer neerwaartse vergelijkingen, hetzij sociaal, hetzij temporeel, in verband zullen staan met een lagere mate van depressieve verschijnselen.

2. Methode

2.1. Steekproef

Voor het uitvoeren van dit onderzoek zijn in de periode van februari tot en met juni 2006 in 3 verpleeghuizen 180 mensen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Alle benaderde mensen hadden een somatische indicatie bij opname, wat inhoudt dat zij vanwege lichamelijke redenen opgenomen zijn.

Van de 180 benaderde mensen waren er totaal 120 bereid om deel te nemen aan het onderzoek (66,7%). Wegens het niet compleet krijgen van de data van een zestal respondenten (in verband met overlijden, overplaatsing of het niet voldoen aan de insluitingscriteria) werd de uiteindelijke steekproef teruggebracht tot een totaal van 114 deelnemers.

De onderzochte groep van 114 deelnemers bestond uit 38 mannen (33,3%) en 76 vrouwen (66,7%) in de leeftijd van 48 jaar tot 101 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 76,9 jaar ($SD = 11,7$). Van de deelnemers hadden er 53 (46,5%) een laag opleidingsniveau (lagere school), 47 (41,2%) een middelbaar opleidingsniveau (MAVO/MBO) en 14 (12,3%) een hoog opleidingsniveau (HAVO/HBO). Met betrekking tot de verblijfsindicatie van de deelnemers bleek dat 36,8% een chronische verblijfsindicatie en 63,2% een revalidatie-

indicatie had. Tevens werd er gekeken naar de opnameduur van de deelnemers. Er waren 17 (14,9%) deelnemers die korter dan zes weken waren opgenomen, 21 deelnemers die tussen de zes weken en de zes maanden opgenomen waren (18,4%), en 76 deelnemers die al langer dan zes maanden opgenomen waren (66,7%).

Voor dit onderzoek is er gekeken naar de diagnose van de deelnemers. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen centraal-neurologische aandoeningen, orthopedische aandoeningen en overige aandoeningen. Onder centraal neurologische aandoeningen worden die aandoeningen verstaan die de centrale zenuwen (dit betreffen de hersenzenuwen, de verlengde mergzenuwen en de ruggenmergzenuwen) betreffen. Met orthopedische aandoeningen worden aandoeningen van het actieve en passieve bewegingsapparaat verstaan. Van de deelnemers hadden er 50 een centraal neurologische aandoening (43,9%), 13 een orthopedische aandoening (11,4%) en 25 een overige aandoening (21,9%). Daarnaast hadden 6 deelnemers een gecombineerde diagnose van een centraal neurologische aandoening en een orthopedische aandoening (5,3%), 7 deelnemers hadden een combinatie van een centraal neurologische en een overige aandoening (6,1%) en 8 deelnemers had zowel een orthopedische als een overige aandoening (7,0%).

Medicijnen werden door alle deelnemers gebruikt. Antidepressiva werden door 20 (17,6%) deelnemers gebruikt, 10 (8,9%) deelnemers gebruikten medicijnen vallend onder de antipsychotica, sedativa en psychostimulantia. Tot slot gebruikten 86 (75,4%) deelnemers medicijnen die niet relevant zijn met betrekking tot dit onderzoek.

2.2. Meetinstrumenten

Bij de uitvoering van dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten om de verschillende variabelen te meten.

Depressieve verschijnselen. Voor het meten van de depressieve verschijnselen is gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van Beck's Depression Inventory (BDI-II, Van der Does, 2002). In het huidige onderzoek heeft deze vragenlijst een Cronbach's alpha van 0.87. Deze vragenlijst meet de mate van depressie bij volwassenen. Het meetinstrument bestaat uit 21 uitspraken betreffende verschillende onderwerpen. De antwoorden worden gescoord op een 4-puntsschaal met scores lopend van 0 tot 3. Hierbij duidt een hogere score op een hogere mate van depressieve verschijnselen. Een voorbeelditem is: "ik voel me niet somber, ik voel me een groot deel van de tijd somber, ik ben de hele tijd somber, ik ben zo somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan".

Zelfwaardering. De zelfwaardering van de deelnemers is bepaald aan de hand van de Rosenberg Self-Esteem (RSE) vragenlijst (Rosenberg, 1965). Deze vragenlijst bestaat uit 10 uitspraken waarvan de deelnemer op een 4-puntsschaal dient aan te geven in hoeverre de uitspraak op hem van toepassing is (1 = helemaal mee oneens; 4 = helemaal mee eens). De minimaal te behalen score is 1 en de maximale score is 4. De verschillende items betreffen onder andere de mate van tevredenheid met jezelf, het al dan niet beschikken over goede kwaliteiten, het je nutteloos voelen en het al dan niet over jezelf te spreken zijn. In het huidige onderzoek is Cronbach's alpha 0.81.

ADL-zelfstandigheid. Om de ADL-zelfstandigheid te bepalen is er gebruik gemaakt van de Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965). Deze index werd ingevuld door verplegend personeel op basis van het dossier. De index omvat 10 organen en functies die gescoord worden op de zelfstandigheid die iemand hier nog in heeft. Het betreft de volgende organen en functies: darm, blaas, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, transfer (overgang van bed naar stoel en andersom), mobiliteit, aan- en uitkleden, trappen lopen en baden/douchen. Per item wordt de mate van zelfstandigheid uitgedrukt in een getal tussen de 0 en de 3, waarbij een lager getal minder zelfstandigheid (en dus meer afhankelijkheid) betekent. In het huidige onderzoek heeft dit meetinstrument een Cronbach's alpha van 0.86.

Opwaartse sociale vergelijkingen. Op basis van de schaal voor sociale vergelijkingen zoals Stam en collega's deze ontwikkeld hebben voor hun onderzoek (Stam et al., 2005), zijn 5 items geconstrueerd voor het bepalen van de mate van opwaartse sociale vergelijking. Er is, op basis van de Cronbach's alpha (0.64), besloten om één item te verwijderen uit deze schaal. Hiermee bestaat de lijst uit een viertal items en heeft hij een Cronbach's alpha van 0.67. De antwoorden werden gegeven op een vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), waarbij de minimale score 1 en de maximale score 5 is. Hierbij duidt een hogere score op een frequenter gebruik van opwaartse sociale vergelijkingen. Een voorbeeld van een item op de schaal voor opwaartse vergelijking is: "Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die zich beter zelfstandig kunnen redden dan ik".

Neerwaartse sociale vergelijkingen. De 5 items die voor deze schaal werden gebruikt, zijn geconstrueerd op basis van de schaal voor sociale vergelijkingen zoals Stam en collega's deze ontwikkeld hebben (Stam et al., 2005). Op basis van Cronbach's alpha (0.59) is besloten één item uit de schaal te verwijderen, waardoor de Cronbach's alpha op 0.63 komt voor het huidige onderzoek. De antwoorden werden gegeven op een vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), waarbij de minimale score 1 en de maximale score 5 is. Hierbij duidt een hogere score op een frequenter gebruik van neerwaartse sociale

vergelijkingen. Een voorbeeld van een item op de schaal voor neerwaartse vergelijking is: “Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die het slechter hebben getroffen dan ik”.

Opwaartse temporele vergelijkingen. Voor het bepalen van de frequentie van opwaartse temporele vergelijkingen zijn 7 items ontworpen. In het huidige onderzoek heeft deze schaal een Cronbach's alpha van 0.84. De items werden gescoord op een vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), waarbij de minimale score 1 en de maximale score 5 is. Hierbij duidt een hogere score op een frequenter gebruik van opwaartse temporele vergelijkingen. Een voorbeeld van een item op de schaal voor opwaartse temporele vergelijking is: “Ik denk er vaak aan dat ik vroeger zelfstandiger was”.

Neerwaartse temporele vergelijking. In het kader van dit onderzoek werden 7 items ontworpen voor het bepalen van de frequentie van neerwaartse temporele vergelijkingen. Op basis van Cronbach's alpha (0.48) is besloten één item te verwijderen, waardoor de Cronbach's alpha 0.60 is. De schaal bestaat hiermee uit 6 items die gescoord worden op een vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), waarbij een minimale score van 1 en een maximale score van 5 geldt. Hierbij duidt een hogere score op een hogere frequentie van neerwaartse temporele vergelijkingen. Een voorbeeld van een item op de schaal voor neerwaartse temporele vergelijking is: “Ik bedenk me vaak dat ik wijzer geworden ben naarmate ik ouder werd”.

Achtergrondvariabelen. Naast de afname van de genoemde vragenlijsten werden er van iedere deelnemer een aantal achtergrondvariabelen gemeten. Deze achtergrondvariabelen betreffen het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau, de verblijfsindicatie, de opnameduur, de diagnosecode en medicatie.

2.3. Procedure

Nadat in januari 2006 het onderzoeksvoorstel goedgekeurd was door de Ethische Commissie Psychologie is er gestart met het contactleggen met verschillende verpleeghuizen in de buurt van Rotterdam. Deze verpleeghuizen werden schriftelijk of per e-mail benaderd. Vanwege het feit dat het niet haalbaar bleek om alle deelnemers binnen één verpleeghuis te werven, is er voor gekozen om deelnemers uit meerdere verpleeghuizen in de omgeving van Rotterdam op te nemen in de steekproef. Nadat toestemming verkregen werd om in drie verschillende huizen van start te gaan met het onderzoek, is er overleg geweest met de afdelingen waar het onderzoek zou plaatsvinden.

Van iedere afzonderlijke afdeling werd een lijst verkregen met daarop de namen van de mensen die benaderd mochten worden. Een deel van de mensen werd bij voorbaat uitgesloten

van deelname, omdat zij bijvoorbeeld al in de laatste (terminale) fase van hun leven waren, doofstom waren, te veel verwerkingsproblematiek hadden of om een andere (veelal cognitieve) reden niet in staat waren deel te nemen aan het onderzoek.

Iedere persoon die op de lijst stond en benaderd mocht worden is vervolgens persoonlijk benaderd. Tijdens een kort kennismakingsgesprek werd uitgelegd wat de bedoeling van het onderzoek was en gevraagd of men bereid was deel te nemen. Met de mensen die geïnteresseerd waren om deel te nemen werd vervolgens een afspraak gemaakt waarop het interview zou plaatsvinden. Daarnaast vonden, bij uitval van gesprekken die ingeroosterd waren, ook direct interviews plaats, met mensen die direct deel wilden nemen.

De mondelinge afname van de interviews vond elke keer plaats in ofwel de privé-ruimte van de deelnemer, ofwel in een kantoor of gespreksruimte van het betreffende verpleeghuis. Hiermee werd de vertrouwelijkheid van de antwoorden gewaarborgd en kon men in alle rust de vragen doorlopen en beantwoorden. Na deelname aan het onderzoek ontving iedere deelnemer een kleinigheidje in de vorm van chocolade. Tevens werd er gewezen op de mogelijkheid tot een vervolggesprek met de psycholoog van het betreffende verpleeghuis. Van deze mogelijkheid werd geen gebruik gemaakt.

Alvorens gestart werd met de daadwerkelijke vragenlijst, vond er altijd een oriënterend gesprek plaats, waarbij de deelnemer gevraagd werd huidige maand en jaar te noemen en de naam van de instelling. Dit waren de zogenoemde insluitingscriteria voor deelname. Bij drie deelnemers moest op basis van dit gesprek verdere deelname gestopt worden. Vervolgens werden er wat algemene gegevens verkregen, zoals leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

Naast de informatie die verkregen werd op basis van het invullen van de vragenlijst, werd er ook via het verplegend personeel of de afdelingshoofden aanvullende informatie verkregen. Deze informatie betrof het algemeen lichamelijk functioneren van een deelnemer (bepaald aan de hand van de Barthel Index) en gegevens met betrekking tot opnameduur, verblijfsindicatie, diagnose en medicatie.

3. Resultaten

3.1. Beschrijvende statistiek

De gemiddelde waarden en standaardafwijkingen voor de totale groep van 114 respondenten op zowel de onafhankelijke variabelen als de afhankelijke variabelen staan weergegeven in Tabel 1. De onafhankelijke variabelen in dit onderzoek bestonden uit ADL-

zelfstandigheid, opwaartse en neerwaartse sociale vergelijking en opwaartse en neerwaartse temporele vergelijking. De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn de mate van zelfwaardering en depressieve verschijnselen.

Opvallend is dat de gemiddelde score op de vragenlijst over zelfwaardering hoog te noemen is ($M = 3.04$). Daarnaast is het opvallend dat de spreiding van de scores op de schaal voor het meten van depressiviteit aanzienlijk is ($SD = 0.53$). Dit betekent dat de mate van depressieve verschijnselen binnen de groep sterk varieert. Uitgaande van de criteria van Beck en collega's (Beck et al.,1996) valt 47,8% van de respondenten in de categorie minimaal depressief (0-13), 20,3% in de categorie licht (14-19) en 17,7% in de categorie matig tot ernstig (20-29) en 14,2.% in de categorie ernstig (30-63).

Tabel 1 Gemiddelde waarden, standaarddeviaties, range en aantal items van de variabelen, ADL-zelfstandigheid, opwaartse sociale vergelijking, neerwaartse sociale vergelijking, opwaartse temporele vergelijking, neerwaartse temporele vergelijking, zelfwaardering en depressieve verschijnselen

variabele	gemiddelde	standaarddeviatie	range	items
ADL-zelfstandigheid	9.24	5.40	0 – 20	10
Opwaartse sociale vergelijking	2.81	1.19	1 – 5	4
Neerwaartse sociale vergelijking	3.29	1.09	1 – 5	4
Opwaartse temporele vergelijking	4.09	1.03	1 – 5	7
Neerwaartse temporele vergelijking	2.87	0.82	1 – 5	6
Zelfwaardering	3.04	0.61	1 – 4	10
Depressieve verschijnselen	16.10	11.18	0 – 63	21

3.2. Correlaties

Om inzicht te verkrijgen in de onderlinge verbanden tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen is er een Pearson's correlatie-analyse uitgevoerd, waarvan de resultaten in Tabel 2 zijn weergegeven. Ook zijn in deze tabel de gemiddelden en standaarddeviaties van de verschillende variabelen te vinden, waarbij gecorrigeerd is voor het aantal items.

Tabel 2 Gemiddelden, standaarddeviaties van en correlaties tussen de onafhankelijke variabelen en afhankelijke variabelen

Variabelen	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1. ADL-zelfstandigheid	9.24	5.40	---	-.20*	.10	-.14	-.03	.10	-.09
2. Opwaartse sociale vergelijking	2.81	1.19		---	.32**	.61**	.01	-.33**	.45**
3. Neerwaartse sociale vergelijking	3.29	1.09			---	.39**	.22*	.04	.16
4. Opwaartse temporele vergelijking	4.09	1.03				---	.03	-.36**	.47**
5. Neerwaartse temporele vergelijking	2.87	.82					---	.33**	-.21*
6. Zelfwaardering	3.04	.61						---	-.59**
7. Depressieve verschijnselen	16.10	11.18							---

* Correlatie is significant op het 0.05 niveau (2-zijdig)
 ** Correlatie is significant op het 0.01 niveau (2-zijdig)

Een significant negatief verband is te zien tussen ADL-zelfstandigheid en opwaartse sociale vergelijking ($r = -.20$, $p < .05$). Dit betekent dat een hogere mate van ADL-zelfstandigheid samengaat met een lagere mate van opwaartse sociale vergelijking. Zelfwaardering en depressieve verschijnselen hebben een significant negatief verband ($r = -.59$, $p < .01$), waarbij een hogere mate van zelfwaardering samengaat met een lagere mate van depressieve verschijnselen.

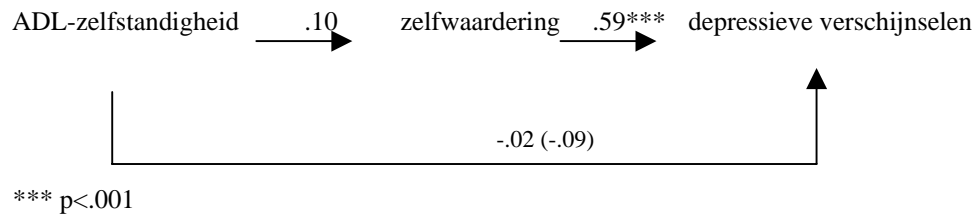
3.3. Regressieanalyse

Om te onderzoeken of de invloed van ADL-zelfstandigheid op depressieve verschijnselen gemedieerd wordt door zelfwaardering is er een mediatieanalyse uitgevoerd (Baron & Kenny, 1986). Allereerst werd er een regressie-analyse uitgevoerd waarbij gekeken werd naar de regressie van zelfwaardering op ADL-zelfstandigheid (hypothese 1). De mate van ADL-zelfstandigheid ($\beta = .10$, $p = .27$) leverde geen significante bijdrage aan de voorspelling van de mate van zelfwaardering ($F_{1,112}=1.207$, $p=.274$; $R = .103$, *adjusted* $R^2 = .002$). Vervolgens werd er een regressie-analyse van depressieve verschijnselen op ADL-zelfstandigheid uitgevoerd (hypothese 2). Hieruit bleek dat de mate van ADL-zelfstandigheid ($\beta = -.09$, $p = .32$) geen significante bijdrage leverde aan de mate van depressieve verschijnselen, $F(1,11) = 1.0$, $p = .32$; $R = .09$ *adjusted* $R^2 = .00$. De laatste stap in de mediatieanalyse was het uitvoeren van een regressie-analyse van depressieve verschijnselen op ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering, $F(2,110) = 29.09$, $p < .001$; $R = .59$, *adjusted* $R^2 = .33$, $\Delta R^2 = .35$ ***. De bijdrage van ADL-zelfstandigheid bleek nog steeds niet significant ($\beta = -.02$, $p = .79$), echter de bijdrage van zelfwaardering bleek nu significant te zijn ($\beta = -$

.59, $p < .001$). Deze resultaten laten zien dat zelfwaardering geen mediërende rol speelt in de relatie tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen (hypothese 3).

Op basis van deze resultaten kan dus gezegd worden dat er in dit onderzoek geen ondersteuning gevonden is voor de eerste drie hypothesen (zie Figuur 1).

Figuur 1 Model van de mediatieanalyse van zelfwaardering op de relatie tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen



3.3.1. Sociale en temporele vergelijkingen en de mate van zelfwaardering

Om te kijken naar de afzonderlijke bijdragen van de vier vergelijkingsmaten (opwaartse en neerwaartse sociale vergelijking en opwaartse en neerwaartse temporele vergelijking) is er een stapsgewijze regressieanalyse uitgevoerd. Zoals al eerder uit de regressieanalyse bleek, draagt de mate van ADL-zelfstandigheid niet significant bij aan de voorspelling van de mate van zelfwaardering $F(1,112) = 1.21, p = .27; R = .10, adjusted R^2 = .00$. Wanneer we echter in een stapsgewijze regressie-analyse (zie Tabel 3) de vier vergelijkingsmaten toevoegen, blijkt er een significant model te ontstaan, $F(5,108) = 8.62, p < .001; R = .53, adjusted R^2 = .25, \Delta R^2 = .28 ***$.

De resultaten van deze stapsgewijze regressie-analyse laten zien dat opwaartse sociale vergelijking ($\beta = -.20, p = .07$) en neerwaartse sociale vergelijking ($\beta = .15, p = .11$) niet bijdragen aan de voorspelling van de mate van zelfwaardering. In tegenstelling tot de sociale vergelijkingen blijken opwaartse temporele vergelijking ($\beta = -.31, p < .01$) en neerwaartse temporele vergelijking ($\beta = .31, p < .001$) wel significant bij te dragen aan de voorspelling van de mate van zelfwaardering.

Op basis van deze resultaten kunnen we zeggen dat sociale vergelijkingen niet bij lijken te dragen aan de voorspelling van zelfwaardering van verpleeghuisbewoners. Hiermee is dus geen ondersteuning gevonden voor de hypothesen betreffende sociale vergelijking. Temporele vergelijkingen daarentegen dragen wel significant bij aan de voorspelling van zelfwaardering. Opwaartse temporele vergelijkingen gaan samen met een lagere mate van zelfwaardering, terwijl neerwaartse temporele vergelijkingen samengaan met een hogere

mate van zelfwaardering. Hiermee zijn de hypothesen betreffende de temporele vergelijkingen bevestigd door de resultaten.

Tabel 3 Resultaten van de stapsgewijze regressie-analyse van zelfwaardering op ADL-zelfstandigheid en de vier vergelijkingsmaten

Model	R	adjusted R ²	Δ R ²	Beta
Model 1	.10	.00		
ADL-zelfstandigheid				.10
Model 2				
ADL-zelfstandigheid	.53	.25	.28***	.02
Opwaartse sociale vergelijking				-.20
Neerwaartse sociale vergelijking				.15
Opwaartse temporele vergelijking				-.31**
Neerwaartse temporele vergelijking				.31***

** p < 0.01 *** p < 0.001

3.3.2. Sociale en temporele vergelijkingen en de mate van depressieve verschijnselen

Naast het gegeven dat ADL-zelfstandigheid niet significant bijdraagt aan de voorspelling van de mate van zelfwaardering, blijkt ADL-zelfstandigheid ook niet significant bij te dragen aan de voorspelling van depressieve verschijnselen, $F(1,111) = 1.0$, $p = .32$; $R = .09$, $adjusted R^2 = .00$. Wanneer we hier, in het kader van hypothese 5, echter in een stapsgewijze regressie-analyse de vier vergelijkingsmaten (opwaartse en neerwaartse sociale vergelijking en opwaartse en neerwaartse temporele vergelijking) toevoegen (zie Tabel 4), blijkt er wel een significant model te ontstaan, $F(5,107) = 9.50$, $p < .001$; $R = .56$, $adjusted R^2 = .28$, $\Delta R^2 = .30$ ***.

De resultaten van deze stapsgewijze regressie-analyse laten zien dat opwaartse sociale vergelijking voorspellend is voor de mate van depressieve verschijnselen ($\beta = .26$, $p < .05$), terwijl neerwaartse sociale vergelijking hier niet significant aan bijdraagt ($\beta = .00$, $p = .97$). Voor de temporele vergelijkingen geldt dat zowel de opwaartse temporele vergelijking ($\beta = .31$, $p < .05$) als de neerwaartse temporele vergelijking ($\beta = -.22$, $p < .05$) significant bijdraagt aan de voorspelling van de mate van depressieve verschijnselen. Op basis van deze resultaten kunnen we zeggen dat opwaartse sociale vergelijkingen en opwaartse temporele vergelijkingen samengaan met meer depressieve verschijnselen, terwijl neerwaartse temporele vergelijkingen samengaan met minder depressieve verschijnselen. Hiermee

worden de hypothesen met betrekking tot opwaartse sociale vergelijking en beide vormen van temporele vergelijking bevestigd, terwijl de hypothese over de neerwaartse sociale vergelijking verworpen dient te worden.

Tabel 4 Resultaten van de stapsgewijze regressie-analyse van depressieve verschijnselen op ADL-zelfstandigheid en de vier vergelijkingsmaten

Model	R	adjusted R ²	Δ R ²	Beta
Model 1	.09	.00		
ADL-zelfstandigheid				-.094
Model 2	.56	.28	.30***	
ADL-zelfstandigheid				-.01
Opwaartse sociale vergelijking				.26*
Neerwaartse sociale vergelijking				.00
Opwaartse temporele vergelijking				.31**
Neerwaartse temporele vergelijking				-.22**

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

4. Discussie

In de huidige studie is onderzoek gedaan naar het psychologisch welbevinden van mensen in een verpleeghuis. Hierbij is met name gekeken naar de relatie tussen ADL-zelfstandigheid, sociale vergelijkingen (opwaarts en neerwaarts) en temporele vergelijkingen (opwaarts en neerwaarts) enerzijds en zelfwaardering en depressieve verschijnselen anderzijds.

In overeenkomst met eerder onderzoek (Jongenelis et al., 2003) wordt in het huidige onderzoek aangetoond dat depressieve verschijnselen veelvuldig voorkomen bij oudere verpleeghuisbewoners. Van de deelnemers had, uitgaande van de criteria van Beck en collega's (Beck et al., 1996) 47,8% minimale depressieve verschijnselen, 20,3% een lichte depressie en bij nog eens 17,7% was er sprake van een matige tot ernstige depressie. Een kanttekening die hierbij geplaatst moet worden is dat bij 17,6% van de deelnemers reeds antidepressiva voorgeschreven was.

In tegenstelling tot de verwachting werd er in dit onderzoek geen directe relatie tussen het psychologisch welbevinden (zelfwaardering en depressieve verschijnselen) en ADL-zelfstandigheid gevonden. Zo werd er geen significant positief verband gevonden tussen ADL-zelfstandigheid en zelfwaardering, ondanks dat dit in eerder onderzoek wel gevonden

werd (Schieman & Campbell, 2001; Stam et al., 2005). Ook ontbrak er een significant negatief verband tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen, dit in tegenstelling tot eerdere bevindingen (Jongenelis et al., 2003; Stam et al., 2005)). Tevens werd in dit onderzoek gekeken naar een mogelijke mediërende werking van zelfwaardering op de relatie tussen ADL-zelfstandigheid en depressieve verschijnselen, maar ook deze werd niet gevonden.

Een mogelijke verklaring voor het feit dat deze relaties in eerder onderzoek wel gevonden werden en in het huidige onderzoek niet, kan te vinden zijn in de opnameduur van de respondenten. De respondenten die in het onderzoek van Stam en collega's (Stam et al., 2005) participeerden hadden gemiddeld een kortere verblijfsduur dan de respondenten in het huidige onderzoek. Het is goed denkbaar dat mensen die al langere tijd opgenomen zich meer verzoend hebben met hun situatie dan mensen die nog maar kort opgenomen zijn. Mensen die al langer in het verpleeghuis verblijven, gebruiken wellicht bepaalde copingsmechanismen (zoals sociale en temporele vergelijkingen) die het effect van ADL-zelfstandigheid op het psychologisch welbevinden onderdrukken.

De verschillende vergelijkmaten blijken echter wel voorspellend te zijn voor het psychologisch welbevinden. De variabele zelfwaardering is te voorspellen vanuit de opwaartse en neerwaartse temporele vergelijkingen. Wanneer mensen zich veelal vergelijken met vroeger en dit zien als de tijd waarin zij met name lichamelijk beter waren (opwaartse temporele vergelijking), zullen zij een lagere zelfwaardering hebben. Mensen die juist geneigd zijn zich meer te richten op de dingen die nu beter zijn, zoals bijvoorbeeld het feit dat ze meer van kleine dingen kunnen genieten, meer levenservaring hebben of beter kunnen relativiseren (neerwaartse temporele vergelijking), rapporteren een hogere zelfwaardering. Deze bevindingen komen alle overeen met de theorieën over de effecten van positieve dan wel negatieve vergelijkingen op het welbevinden (Wills, 1981; Taylor & Lobel, 1989). Er wordt hier echter, in tegenstelling tot de verwachtingen, geen voorspellende waarde gevonden voor de beide vormen van sociale vergelijkingen. De verbanden die er te zien zijn, ondanks dat ze niet significant zijn, verlopen echter wel in de verwachte richting (Wills, 1981; Taylor & Lobel, 1989); waarbij opwaartse sociale vergelijking dus een negatief verband heeft met zelfwaardering en neerwaartse sociale vergelijking een positief verband.

De variabele depressieve verschijnselen wordt voorspeld door zowel opwaartse sociale vergelijking als door opwaartse en neerwaartse temporele vergelijkingen. Wanneer mensen zichzelf meer opwaarts vergelijken met anderen (sociaal), zullen zij meer depressieve verschijnselen vertonen (Wills, 1981; Taylor & Lobel, 1989). Zij richten zich dan op dat

waar anderen nog wel toe in staat zijn en zichzelf niet meer. Dit confronteert hen met hun eigen afhankelijkheid en onmacht in situaties, waardoor zij een hogere mate van depressieve verschijnselen vertonen. Ook de mate van opwaartse temporele vergelijkingen staat in verband met het ervaren van depressieve verschijnselen. Wanneer mensen zich veelal vergelijken met vroeger, de tijd waarin zij het beter hadden (met name lichamelijk gezien), dan gaat dit vaak gepaard met een hogere rapportage van depressieve verschijnselen. Maken mensen echter meer neerwaartse temporele vergelijkingen, dan zien we een lagere rapportage van depressieve verschijnselen. Deze bevindingen komen overeen met de literatuur over de effecten van vergelijkingen op het welbevinden van mensen (Wills, 1981; Taylor & Lobel, 1989). Net als bij de voorspelling van zelfwaardering, zien we ook hier dat het meer kunnen genieten van dingen, het hebben van meer levenservaring en het beter kunnen relativeren voorbeelden zijn van aspecten van temporele vergelijking waardoor de mate van het psychologisch welbevinden toeneemt.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan dus gezegd worden dat de psychologische factoren een grotere voorspellende waarde hebben voor het psychologisch welbevinden van verpleeghuisbewoners dan de lichamelijke factoren. Hiermee wordt direct een verklaring gegeven voor het feit dat de eerste drie hypothesen niet bevestigd worden. Blijkbaar heeft de objectieve bepaling van ADL-zelfstandigheid geen direct verband met de mate van zelfwaardering en de mate van depressieve verschijnselen. Het lijkt juist zo te zijn dat het de mate en richting van sociale dan wel temporele vergelijking is, die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van depressieve verschijnselen en de mate van zelfwaardering.

Gezien het feit dat Nederland in de komende jaren steeds verder zal vergrijzen (Dykstra, 2003), is het van groot belang om het psychologisch welbevinden van ouderen in kaart te brengen en te zoeken naar manieren om dit, waar nodig, te kunnen verbeteren. Het inzicht dat het met name de mate en richting van vergelijken is, en niet zozeer de objectieve ervaring van de ADL-zelfstandigheid, die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van depressieve verschijnselen, is een relevante bijdrage aan de huidige kennis over het psychologisch welbevinden van ouderen. Naast een vergroting van inzicht brengt dit onderzoek ook de mogelijkheid tot het doen van aanbevelingen met zich mee.

Er kunnen een aantal beperkingen genoemd worden bij dit onderzoek. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een viertal (grotendeels) zelfgeconstrueerde schalen (voor sociale en temporele vergelijking). Met uitzondering van de schaal voor opwaartse temporele vergelijking ($\alpha = 0.84$), liggen de overige alpha's tussen de 0.60 en de 0.70. Hoewel de

alpha's hiermee voldoende zijn, zijn ze niet hoog. Daarnaast bestaan de schalen maar uit een klein aantal items. Voor toekomstig onderzoek lijkt het dan ook goed om deze schalen te verbeteren, waarbij aandacht dient te zijn voor een uitbreiding van het aantal items en een verbetering van de betrouwbaarheid. Een andere beperking van dit onderzoek is het cross-sectionele design. Voor het doen van uitspraken over de causaliteit van verbanden (zoals de mogelijk voorspellende waarde van de vergelijkingsmaten van het psychologisch welbevinden) verdienen longitudinale studies de voorkeur. Met behulp van longitudinale studies kan bijvoorbeeld gekeken worden of depressieve verschijnselen veroorzaakt worden door opwaartse vergelijking, of dat depressieve verschijnselen er juist voor zorgen dat men meer opwaarts gaat vergelijken.

De bevindingen van het huidige onderzoek bieden ruimte voor een advies in het kader van het behandelen of voorkomen van depressiviteit bij verpleeghuisbewoners. In zijn onderzoek keken Thompson en collega's (2001) naar de effectiviteit van de behandeling van depressie in ouderen door middel van enkel medicatie, enkel cognitieve-gedragstherapie of een combinatie van beide. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat cognitieve-gedragstherapie effectiever is bij het behandelen van een depressie bij ouderen dan het enkel voorschrijven van medicijnen. Wanneer er sprake is van een ernstige vorm van depressie bleek een combinatie van cognitieve-gedragstherapie en medicatie het meest effectief te zijn. Het lijkt dan ook aan te bevelen om wel cognitieve-gedragstherapie in te zetten bij verpleeghuisbewoners die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van depressieve verschijnselen. In de therapie kan aandacht besteed worden aan acceptatie van de situatie en het meer neerwaarts temporeel vergelijken dan opwaarts (zowel sociaal als temporeel). Voor toekomstig onderzoek is het van belang verder te kijken naar de causaliteit van de relatie tussen de vergelijkingsmaten enerzijds en het psychologisch welbevinden anderzijds. Hierbij is het aan te bevelen gebruik te maken van longitudinale studies.

5. Referentielijst

- Albert, S. (1977). Temporal Comparison Theory. *Psychological Review*, 84, 485-503.
- Alexopoulos, G.S., Vrontou, C., Kakuma, T., Meyers, B.S., Young, R.C., Klausner, E., & Clarkin, J. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 877-885.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A., (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beekman, A.T.F, Pennin, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Beurs, E., Geerlings S.W., & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 20-27.
- Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C.R., & Levenson, A.I. (1987). Group cognitive therapy and aprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 550-556.
- Bogart, L.M., Gray-Bernhardt, M.L., Catz, S.L., Hartmann, B.R., & Otto-Salaj, L.L. (2002). Social and temporal comparisons made by individuals living with HIV disease: relationships to adherence behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1551-1576.
- Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58, 1-12.
- Brown, R. & Middendorf, J. (1996). The underestimated role of temporal comparison: a test of the life-span model. *The Journal of Social Psychology*, 136, 325-331.
- Buunk, B.P., Collins, R.L., Taylor, S.E., van Yperen, N.W., & Dakof, G.A. (1990). The affective consequences of social comparison: either direction has its ups and downs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1238-1249.
- Dobson, K.S. (1987). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II. Dutch Translation*. Enschede: Ipskamp.
- Dykstra, P.A. (2003). Wie is er bang voor de vergrijzing? *Mens en Maatschappij*, 78, 298-299.
- Eisses, A.M.H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T.F., & Ormel, J. (2004).

- Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 634-640.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117-140.
- Frieswijk, N., Buunk, B.P., Steverink, N. & Slaets, J.P.J. (2005). Het effect van sociale vergelijkingsinformatie op de levenssatisfactie van fragiele ouderen. *Gerontologie en Geriatrie, 36*, 100-108.
- Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry, 20*, 199-204.
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F., Kluiters, H., & Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders, 83*, 135-142.
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F., Kluiters, H., Tilburg, W. van & Ribbe, M.W. (2003). Depressie bij oudere verpleeghuispatiënten: Een review. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 34*, 52-59.
- Koenig, H.G., & George, L.K. (1998). Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 6*, 230-247.
- Lin, L.F. & Kulik, J.A. (2002). Social Comparison and Women's Body Satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology, 24*, 115-123.
- Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 62.
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W.J. (1997). Does Growing Old Increase the Risk for Depression? *American Journal of Psychiatry, 154*, 1384-1390.
- Robinson-Whelen, S. & Kiecolt-Glaser, J. (1997). The importance of social versus temporal comparison appraisals among older adults. *Journal of Applied Social Psychology, 27*, 959-966.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton New York: Princeton University Press.
- Schieman, S., & Campbell, J.E. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. *Journal of Aging and Health, 13*, 155-185.

- Stam, E.D., Bos, A.E.R., Mayer, B. & Derks, D. (2005). Zelfstandigheid bij activiteiten van het dagelijks leven en depressieve verschijnselen van verpleeghuisbewoners. Speelt sociale vergelijking een modererende of een mediërende rol? *Gedrag & Gezondheid*, 33, 253-265.
- Steffens, D.C., Skoog, I., Noron, M.C., Hart, A.D., Tschanz, J.T., Plassman B.L., Wyse, B.N., Welsh-Bohmer, K.A., & Breitner, J.C.S. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. The cage county study. *Archives of General Psychology*, 57, 601-607.
- Taylor, S.E. & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96, 569-575.
- Thompson, L.W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B.R., & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive/behavioural therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 225-240.
- Verstraten, P.F.J., Brinkman, W.L.J.H., Stevens, N.L., & Schouten, J.S.A.G. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*, 317-321.
- Vinken, M., Bos, A.E.R., Bolman, C., & Plas, J. van der (2005). Stigmatisering van psychiatrische cliënten: de invloed van sociale vergelijking op de zelfwaardering. *Gedrag & Gezondheid*, 33, 45-56.
- Williamson, G.M., & Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: a study of younger and older adult cancer patients. *Psychology of Aging*, 10, 369-378.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.

6. Bijlagen

Inleiding vragenlijst

Beste mevrouw, meneer,

Voor u ligt een vragenlijst over het welzijn van verpleeghuisbewoners. Dit onderzoek van het Instituut voor Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam beoogt meer inzicht te krijgen in het welzijn van verpleeghuisbewoners en de processen die daarbij een rol spelen. Het uiteindelijke doel is om het welzijn van verpleeghuisbewoners te verbeteren.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 45 minuten duren. Wanneer er iets niet duidelijk is, mag u altijd vragen stellen. Aan de hand van een algemeen voorbeeld zal ik u een indruk geven van hoe u de vragenlijst in moet vullen:

Voorbeelduitspraak:

	Sterk mee oneens	Enigszins mee oneens	Niet mee eens, niet mee oneens	Enigszins mee eens	Sterk mee eens
Ik vind rood een mooie kleur					

Als u rood inderdaad een mooie kleur vindt, geeft u dit aan door een kruisje te zetten in één van de twee hokjes aan de rechterkant ('enigszins mee eens' of 'sterk mee eens'). Vindt u rood echter geen mooie kleur, dan kiest u één van de twee hokjes aan de linkerkant ('sterk mee oneens' of 'enigszins mee oneens'). Vindt u de kleur rood niet heel mooi, maar ook niet uitgesproken lelijk, dan kunt u het middelste hokje 'niet eens, niet oneens' aankruisen.

Er zijn bij deze vragenlijst geen goede of foute antwoorden mogelijk; u kiest gewoon elke keer de uitspraak die het beste bij u past.

U mag tijdens het invullen van de vragenlijst altijd stoppen en u onttrekken aan verdere deelname aan dit onderzoek. Natuurlijk zal alle door u gegeven informatie anoniem en vertrouwelijk behandeld worden.

De onderzoeksresultaten zullen na afloop van het onderzoek ter inzage bij de balie gelegd worden.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

De onderzoekers,

Marijke van der Ree – 't Jong
Dr. Arjan Bos
Dr. Birgit Mayer
(Erasmus Universiteit Rotterdam)

Rosenberg Self-Esteem Scale

Geeft u bij de volgende uitspraken aan in hoeverre u het met de uitspraak eens bent door een kruis in het betreffende vakje te zetten.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Over het algemeen ben ik tevreden met mezelf				
Soms vind ik dat ik nergens voor deug				
Ik beschik over een aantal goede kwaliteiten				
Ik ben in staat om allerlei dingen net zo goed te doen als de meeste andere mensen				
Ik vind dat ik niet veel heb om trots op te zijn				
Soms voel ik me beslist nutteloos				
Ik vind dat ik minstens evenveel waard ben als anderen				
Ik zou willen dat ik wat meer respect voor mezelf had				
Al met al ben ik geneigd mezelf een mislukking te vinden				
Ik ben wel over mezelf te spreken				

Sociale vergelijkingen (opwaarts en neerwaarts)

Veel mensen vergelijken zichzelf van tijd tot tijd met anderen. Zij kunnen zichzelf bijvoorbeeld vergelijken met hoe ze zich voelen, met wat voor mening ze over iets hebben, met de mogelijkheden die ze hebben of met hoe hun situatie is in vergelijking met andere mensen. Er is niets goed of verkeerd aan het maken van dit soort vergelijkingen.

Wij zouden graag van u weten op welke manier u zichzelf vergelijkt met andere mensen. Geef u bij de volgende uitspraken aan in hoeverre u het met de uitspraak eens bent door een kruis in het betreffende vakje te zetten. Denkt u bij 'andere mensen' aan uw medebewoners van het verpleeghuis.

	Sterk mee oneens	Enigszins mee oneens	Niet eens, niet oneens	Enigszins mee eens	Sterk mee eens
Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die het slechter getroffen hebben dan ik					
Ik realiseer me vaak dat ik het in veel opzichten beter heb getroffen dan anderen					
Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die zich beter zelfstandig kunnen redden dan ik					
Vaak vergelijk ik mezelf met mensen die beter af zijn dan ik					
Ik realiseer me vaak dat anderen het slechter hebben getroffen dan ik					
Wanneer ik problemen heb, bedenk ik meestal dat anderen het nog moeilijker hebben dan ik					
Bij problemen heb ik vaak het gevoel dat niemand het zo moeilijk heeft als ik					
Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die zich minder goed zelfstandig kunnen redden dan ik					
Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die minder hulp nodig hebben dan ik.					
Ik vergelijk mezelf vaak met mensen die meer mobiel zijn dan ik.					

Temporele vergelijkingen (opwaarts en neerwaarts)

Men kan zich ook vergelijken met een situatie of een toestand in het verleden. Wij zouden graag van u willen weten in hoeverre u uw huidige situatie vergelijkt met uw situatie in het verleden.

Geeft u bij de volgende uitspraken aan in hoeverre u het met de uitspraak eens bent door een kruis in het betreffende vakje te zetten.

	Sterk mee oneens	Enigszins mee oneens	Niet eens, niet oneens	Enigszins mee eens	Sterk mee eens
Ik vergelijk mezelf vaak met hoe ik vroeger was					
Ik bedenk me vaak dat ik wijzer geworden ben naarmate ik ouder werd					
Ik vergelijk mezelf vaak met wat ik vroeger kon					
Ik denk er vaak aan dat ik vroeger zelfstandiger was					
Ik beseft me vaak dat ik nu meer mezelf durf te zijn dan vroeger					
Ik denk vaak aan de dingen die ik nu beter kan dan vroeger					
Ik bedenk me vaak dat ik nu lichamelijk slechter ben dan vroeger					
Vaak denk ik eraan dat ik nu minder mobiel ben dan dat ik vroeger was					
Ik kan nu meer van de kleine dingen in het leven genieten dan vroeger					
Vaak denk ik eraan dat ik vroeger geen hulp nodig had					
Vaak denk ik aan de dingen die ik vroeger nog wel kon					
Vaak denk ik eraan dat ik nu beter kan relativeren dan dat ik dat vroeger kon					
Ik denk vaak aan de dingen die nu beter zijn dan vroeger					
Ik vergelijk mezelf nooit met wat ik vroeger kon					

Beck's Depression Inventory

De volgende vragenlijst bestaat uit 21 rijtjes uitspraken. Leest u elk rijtje aandachtig en kies uit elk rijtje één uitspraak, die het best beschrijft hoe u zich **de afgelopen twee weken** gevoeld heeft. Zet een kruis in het vakje van de door u gekozen uitspraak. Let er op dat u niet meer dan één uitspraak per rijtje kiest.

Vraag 1

- Ik voel me niet somber.
- Ik voel me een groot deel van de tijd somber.
- Ik ben de hele tijd somber.
- Ik ben zo somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan.

Vraag 2

- Ik ben niet ontmoedigd over mijn toekomst.
- Ik ben meer ontmoedigd over mijn toekomst dan vroeger.
- Ik verwacht niet dat de dingen goed voor mij zullen uitpakken.
- Ik heb het gevoel dat mijn toekomst hopeloos is en dat het alleen maar erger zal worden

Vraag 3

- Ik voel me geen mislukking.
- Ik heb teveel dingen laten mislukken.
- Als ik terugkijk, zie ik een hoop mislukkingen.
- Ik vind dat ik als persoon een totale mislukking ben.

Vraag 4

- Ik beleef net zoveel plezier als altijd aan de dingen die ik leuk vind.
- Ik geniet niet meer zoveel van dingen als vroeger.
- Ik beleef heel weinig plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.
- Ik beleef geen enkel plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.

Vraag 5

- Ik voel me niet bijzonder schuldig.
- Ik voel me schuldig over veel dingen die ik heb gedaan of had moeten doen.
- Ik voel me meestal erg schuldig.
- Ik voel me de hele tijd schuldig.

Vraag 6

- Ik heb niet het gevoel dat ik gestraft word.
- Ik heb het gevoel dat ik misschien gestraft zal worden.
- Ik verwacht gestraft te worden.
- Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

Vraag 7

- Ik voel me over mezelf net als altijd.
- Ik heb minder zelfvertrouwen.
- Ik ben teleurgesteld in mezelf.
- Ik heb een hekel aan mezelf.

Vraag 8

- Ik bekritiseer of verwijt mijzelf niet meer dan gewoonlijk.
- Ik ben meer kritisch op mezelf dan vroeger.
- Ik bekritiseer mezelf voor al mijn tekortkomingen.
- Ik verwijt mijzelf al het slechte wat gebeurt.

Vraag 9

- Ik heb geen enkele gedachte aan zelfdoding.
- Ik heb gedachten aan zelfdoding, maar ik zou ze niet ten uitvoer brengen.
- Ik zou liever een eind aan mijn leven maken.
- Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.

Vraag 10

- Ik huil niet meer dan vroeger.
- Ik huil meer dan vroeger.
- Ik huil om elk klein ding.
- Ik wil graag huilen, maar ik kan het niet.

Vraag 11

- Ik ben niet rustelozer of meer gespannen dan anders.
- Ik ben rustelozer of meer gespannen dan anders.
- Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moeilijk stil kan zitten.
- Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moet blijven bewegen of iets doen.

Vraag 12

- Mijn belangstelling voor andere mensen of activiteiten is niet verminderd.
- Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen of dingen dan vroeger.
- Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen of dingen grotendeels verloren.
- Het is moeilijk ergens belangstelling voor op te brengen.

Vraag 13

- Ik neem beslissingen ongeveer even makkelijk als altijd.
- Ik vind het moeilijker om beslissingen te nemen dan gewoonlijk.
- Ik heb veel meer moeite met het nemen van beslissingen dan vroeger.
- Ik heb moeite met alle beslissingen.

Vraag 14

- Ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben.
- Ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger.
- Vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos.
- Ik voel me volstrekt waardeloos.

Vraag 15

- Ik heb nog evenveel energie als altijd.
- Ik heb minder energie dan vroeger.
- Ik heb niet voldoende energie om veel te doen.
- Ik heb niet genoeg energie om wat dan ook te doen.

Vraag 16

- Mijn slaappatroon is niet veranderd.
- Ik slaap wat meer dan gewoonlijk.
- Ik slaap wat minder dan gewoonlijk.
- Ik slaap veel meer dan gewoonlijk.
- Ik slaap veel minder dan gewoonlijk.
- Ik slaap het grootste deel van de dag.
- Ik word 1-2 uur te vroeg wakker en kan niet meer inslapen.

Vraag 17

- Ik ben niet meer prikkelbaar dan anders.
- Ik ben meer prikkelbaar dan anders.
- Ik ben veel meer prikkelbaar dan anders.
- Ik ben de hele tijd prikkelbaar.

Vraag 18

- Mijn eetlust is niet veranderd.
- Mijn eetlust is wat kleiner dan gewoonlijk.
- Mijn eetlust is wat groter dan gewoonlijk.
- Mijn eetlust is veel kleiner dan gewoonlijk.
- Mijn eetlust is veel groter dan gewoonlijk.
- Ik heb helemaal geen eetlust.
- Ik verlang de hele tijd naar eten.

Vraag 19

- Ik kan me net zo goed concentreren als altijd.
- Ik kan me niet zo goed concentreren als anders.
- Het is lastig om mijn gedachten ergens lang bij te houden.
- Ik kan me nergens op concentreren.

Vraag 20

- Ik ben niet meer moe of afgemat dan gewoonlijk.
- Ik word sneller moe of afgemat dan gewoonlijk.
- Ik ben te moe of afgemat voor veel dingen die ik vroeger wel deed.
- Ik ben te moe of afgemat voor de meeste dingen die ik vroeger wel deed.

Vraag 21

- Ik heb de laatste tijd geen verandering gemerkt in mijn belangstelling voor seks.
- Ik heb minder belangstelling voor seks dan vroeger.
- Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor seks.
- Ik heb alle belangstelling voor seks verloren.

Barthel Index

Puntenscore:	Functie/orgaan	Items:	Voorwaarde:
	Darm	0. incontinent 1. af en toe een ongelukje 2. continent	Voorgaande week: Als de verpleegkundige een clyisma moet geven, dan is er sprake van 'incontinentie'. Af en toe = 1 maal per week.
	Blaas	0. incontinent of catheter en niet in staat daarmee om te gaan 1. af en toe een ongelukje 2. continent (gedurende meer dan 7 dagen)	Voorgaande week: Af en toe = max. 1x per 24 uur Een patiënt met een catheter die de catheter volledig zelf kan zorgen, wordt als 'continent' gescoord.
	Uiterlijke verzorging	0. heeft hulp nodig 1. onafhankelijk	Voorgaande 24-48 uur: Verwijst naar persoonlijke hygiëne; tanden poetsen, gebit in en uit doen, haar verzorgen, scheren, gezicht wassen. De daarvoor noodzakelijke artikelen mogen door de verzorger aangegeven worden.
	Toiletgebruik	0. afhankelijk 1. heeft enige hulp nodig maar kan sommige dingen zelf 2. onafhankelijk	Moet in staat zijn om naar toilet te gaan, zich voldoende uit te kleden, schoon te maken, aan te kleden en weg te gaan. Met hulp = kan zich afvegen en enige van bovenstaande handelingen verrichten.
	Eten	0. niet in staat 1. heeft hulp nodig bij snijden, smeren van boter enz. 2. onafhankelijk	In staat om normaal voedsel te eten (niet alleen zacht voedsel). Het eten mag gekookt en opgediend worden door anderen, maar niet fijnemaakt. Hulp = voedsel wordt fijnemaakt. Patiënt eet zelf.

	Transfer	<ul style="list-style-type: none"> 0. niet in staat 1. veel hulp (1-2 mensen lichamelijk) 2. weinig hulp (met woorden of lichamelijk) 3. onafhankelijk 	<p>Van bed naar stoel en terug; Afhankelijk = niet in staat om te zitten, 2 mensen moeten tillen. Veel hulp= 1 sterk, getraind persoon of 2 minder getrainde personen; patiënt kan rechtop zitten; Weinig hulp= 1 persoon zonder dat het moeite kost, of de patiënten heeft voor de veiligheid enig toezicht nodig.</p>
	Mobiliteit	<ul style="list-style-type: none"> 0. kan zich niet verplaatsen 1. onafhankelijk met de rolstoel, inclusief hoeken enz. 2. loopt met hulp van 1 persoon 3. onafhankelijk 	<p>Verwijst naar het zich kunnen verplaatsen in huis of op de afdeling. Een hulpmiddel mag gebruikt worden. Als een patiënt in een rolstoel zit, dan moet hij zonder hulp hoeken en deuren kunnen nemen. Hulp= door 1 'ongetraind' persoon, inclusief toezicht/morele steun.</p>
	Aan- en uitkleden	<ul style="list-style-type: none"> 0. afhankelijk 1. heeft hulp nodig, maar kan ongeveer de helft zelf 2. onafhankelijk 	<p>Moet in staat zijn kleren te kiezen en alles aan te doen. Kleding mag aangepast zijn. De helft= hulp bij knopen, ritssluitingen enz. (controleer!), maar kan wel enkele kledingstukken alleen aandoen.</p>
	Trappen	<ul style="list-style-type: none"> 0. niet in staat 1. heeft hulp nodig 2. onafhankelijk naar boven en naar beneden 	<p>Om onafhankelijk te zijn, moet de patiënt zelf een hulpmiddel kunnen dragen. Hulp = met woorden, lichamelijk of het dragen van een hulpmiddel</p>
	Baden/douchen	<ul style="list-style-type: none"> 0. afhankelijk 1. onafhankelijk 	<p>Gewoonlijk de moeilijkste activiteit. Moet zonder toezicht in en uit bad stappen zichzelf wassen. Onafhankelijk bij douchen = zonder toezicht/zonder hulp</p>
	= TOTAAL		

Algemene en aanvullende gegevens

Datum onderzoek:

Leeftijd/geboortedatum:

Geslacht:

Hoogst genoten opleiding:

Burgerlijke staat:

Etniciteit:

Oponamedatum:

Verblijfsindicatie:

- Langdurig/chronisch
- Revalidatie

Diagnose:

- Centraal neurologische aandoeningen
- Orthopedische aandoeningen
- Overige aandoeningen

Medicatie:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haldol | <input type="checkbox"/> Semap |
| <input type="checkbox"/> Leponex | <input type="checkbox"/> Melleril |
| <input type="checkbox"/> Dipiperon | <input type="checkbox"/> Nozinan |
| <input type="checkbox"/> Risperdal | <input type="checkbox"/> Seroquel |
| <input type="checkbox"/> Ciscordinol | <input type="checkbox"/> Zyprexa |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Cipramil | <input type="checkbox"/> Maprotiline |
| <input type="checkbox"/> Anafranil | <input type="checkbox"/> Mianserine |
| <input type="checkbox"/> Fevarin | <input type="checkbox"/> Mirtazapine |
| <input type="checkbox"/> Nortrilen | <input type="checkbox"/> Paroxetine |
| <input type="checkbox"/> Seroxat | <input type="checkbox"/> Remeron |
| <input type="checkbox"/> Amitriptyline | <input type="checkbox"/> Sinequan |
| <input type="checkbox"/> Efexor | <input type="checkbox"/> Tranzalon |
| <input type="checkbox"/> Fluoxetine | <input type="checkbox"/> Tryptizol |
| <input type="checkbox"/> Imipramine | <input type="checkbox"/> Zoloft |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Overige medicatie | |