

# **Psychomotorische therapie bij ouderen in een woonzorgcentrum**

Het meten en beïnvloeden van Kwaliteit van leven  
door middel van het behandelen van het zelfbeeld



23 mei 2012

Auteur: Tessa Kok

Begeleider: Tina Bellemans

Beoordelaar: Sandra Verbeeten

## **Voorwoord**

In deze scriptie is te lezen wat het effect is van de psychomotorische therapie module 'zelfbeeld ouderen', op de kwaliteit van leven van 65-plussers. Voor mijn vierdejaarsstage, heb ik met deze doelgroep mogen werken, binnen de organisatie Sensire<sup>1</sup> in het woonzorgcentrum de Bundeling te Ruurlo. Ik heb veel geleerd over het werken binnen een organisatie waarin de psychomotorische therapeut nog niet in het multidisciplinair team functioneert. De transparantie, de toegankelijkheid en de samenwerking binnen de organisatie hebben er toe geleid dat er een opening is gecreëerd voor de psychomotorische therapie binnen het woonzorgcentrum.

Voor de totstandkoming van dit onderzoek wil ik ten eerste A. van Sommeren en A.L.J.M Seinen bedanken. Ze hebben me gesteund vooraf de uitvoering van de scriptie. Tevens wil ik mijn stagedocent A.C.J. Dijk en stagebegeleider P. Zeeders bedanken voor de waardevolle informatie die ze me hebben gegeven binnen de uitvoering van de scriptie. Zonder de deelnemers en de verzorging kon ik deze module niet uitvoeren en daarom wil ik ook aan hen, mijn dankwoord geven. Tot slot wil ik mijn begeleidende scriptiedocent T. Bellemans bedanken, om naar aanleiding van haar feedback, de verzamelde informatie overzichtelijk te verwerken.

Mede dankzij jullie is het mogelijk geweest mijn stageperiode goed af te sluiten.

---

<sup>1</sup> Sensire is vanuit een fusie in 2001 ontstaan. Voorheen maakte Sensire deel uit van Zorggroep Oost-Gelderland Sorgh Saem en Hameland van Nispenhof. In 2005 fuseerde ze met Thuiszorg Groningen. Vitras/CMD Utrecht maakte vanaf dat moment deel uit van de organisatie en ook Sensire maakte deel uit van de organisatie genaamd Maevita Nederland. Echter bleek de fusie geen succes en heeft Sensire sinds 2009 het 'bewogen bewegen' beleid ingevoerd waarbij ze als zelfstandige organisatie zich heeft voortgezet.

## **Samenvatting**

Deze scriptie is voortgekomen naar aanleiding van een psychomotorische therapie stage in het woonzorgcentrum de Bundeling te Ruurlo. Binnen het woonzorgcentrum werd er geen onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven van de bewoners, wat wel van belang is als er bijvoorbeeld specifieke zorg aangeboden wordt, om te weten wat het effect ervan is.

Naar aanleiding van een theoretisch onderzoek binnen deze scriptie, bleek dat kwaliteit van leven en zelfbeeld met elkaar verbonden zijn, waarbij de verwachting ontstond dat de psychomotorische therapiemodule 'Zelfbeeld ouderen', kwaliteit van leven positief kan beïnvloeden. Dit is dan ook verder onderzocht in deze scriptie bij 65-plus bewoners van een woonzorgcentrum.

Aan de hand van een effectmeting met specifieke meetinstrumenten (vragenlijst/observatielijst) bleek dat 75% van de deelnemers na de aangeboden module, een hogere kwaliteit van leven ervaart. Bij de ervaringsstellingen, heeft er bij de tweede meting een stijging plaats gevonden van 7.6%. De deelnemers hechten 6% minder waarde aan bepaalde aspecten binnen het leven. De resultaten vanuit de observatielijst geven aan dat de kwaliteit van leven is gestegen met 5.9%. Door deze effectmetingen is aangetoond dat de module daadwerkelijk een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van 65-plus bewoners binnen een woonzorgcentrum.

## Inhoudsopgave

|                                                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Inleiding                                                              | 5                                          |
| Hoofdstuk 1                                                            | 7                                          |
| Theoretisch kader                                                      | 7                                          |
| 65-plus bewoners en woonzorgcentrum                                    | 7                                          |
| Kwaliteit van leven                                                    | 7                                          |
| Definitie medisch-psychologisch perspectief van kwaliteit van leven    | 8                                          |
| Het meten van Kwaliteit van leven                                      | 8                                          |
| Belang metingen kwaliteit van leven                                    | 8                                          |
| 65- plussers en kwaliteit van leven                                    | 8                                          |
| Zelfbeeld                                                              | 10                                         |
| Reëel en irreëel zelfbeeld                                             | 11                                         |
| 65-plussers en zelfbeeld                                               | 11                                         |
| Kwaliteit van leven en zelfbeeld                                       | 12                                         |
| Hoofdstuk 2                                                            | 14                                         |
| Methode                                                                | 14                                         |
| Onderzoeksinstrumenten                                                 | 14                                         |
| Verloop van onderzoek                                                  | 14                                         |
| Dataverwerking                                                         | 15                                         |
| Hoofdstuk 3                                                            | 16                                         |
| Resultaten                                                             | 16                                         |
| Discussie                                                              | 19                                         |
| Methode en uitvoering                                                  | 19                                         |
| Validiteit                                                             | 19                                         |
| Betrouwbaarheid                                                        | 19                                         |
| Resultaten                                                             | 19                                         |
| Conclusie                                                              | 21                                         |
| Aanbevelingen                                                          | 22                                         |
| Literatuurlijst                                                        | 23                                         |
| Bijlagen                                                               | <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b> |
| Bijlage 1: Rapportage module zelfbeeld                                 | <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b> |
| Bijlage 2: Resultaten deelnemers: gegevens vragenlijst/observatielijst | <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b> |
| Bijlage 3: Vragenlijst                                                 | <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b> |
| Bijlage 4: Observatielijst                                             | <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b> |

## Inleiding

In het woonzorgcentrum de Bundeling te Ruurlo, loop ik een jaarstage waarbij ik zowel bewegingsagogisch als psychomotorisch te werk ga. Op deze locatie wordt psychomotorische therapie niet structureel aangeboden. Volgens J. Goffin en M. Egmond heeft psychomotorische therapie voor ouderen veel te bieden<sup>2</sup>. Zij geven aan dat het leven aanzienlijk prettiger ervaren kan worden door middel van lichaamsgericht en bewegingsgericht te werken, waarbij ze door middel van diverse thema's hun gedachten, gevoelens en/of handelingen kunnen verkennen, herkennen en/of erkennen.

Binnen dit woonzorgcentrum wordt geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven van de ouder wordende mens. Volgens de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek Den Haag, (2010), komt kwaliteit van leven steeds meer op de voorgrond te staan binnen de zorg. Doordat kwaliteit van leven niet wordt onderzocht, kan er ook geen aandacht aan besteedt worden en gerichte hulp geboden worden aan de mensen met een lage kwaliteit van leven. Vanuit de psychomotorische therapie is er een module die overlap heeft met kwaliteit van leven. De bestaande module 'Zelfbeeld ouderen' van L. Biemond en Y. Spijkstra (2006) is toepasbaar aangezien er aspecten omtrent zelfbeeld binnen de vragenlijst en observatielijst over kwaliteit van leven, aan de orde komen. Kortom, door middel van dit onderzoek wordt de kwaliteit van leven van de bewoners onderzocht en centraal gesteld, waarbij de module 'Zelfbeeld ouderen' een middel is om de kwaliteit van het leven te beïnvloeden.

Niet alleen de aspecten van zelfbeeld binnen de vragenlijst en observatielijst van kwaliteit van leven, spelen een rol bij de overlapping van zelfbeeld en kwaliteit van leven. Biemond en Spijkstra (2006) geven aan dat een persoon met een positief zelfbeeld andere waarden geeft aan gebeurtenissen om hem/haar heen, dan een persoon met een negatief zelfbeeld. Een positief zelfbeeld zorgt ervoor dat het eenvoudiger wordt om nare gebeurtenissen (bijvoorbeeld fysieke achteruitgang en/of verlies partner) te kunnen relativeren en minder waarde hechten aan zaken binnen hun leven. Het kijken naar prettige gebeurtenissen wordt vergemakkelijkt waarbij het leven aanzienlijk prettiger ervaren wordt. Aan de hand van deze informatie is er een verband te zien tussen het zelfbeeld en kwaliteit van leven. Hierdoor kan er worden aangenomen dat de aspecten omtrent zelfbeeld binnen de vragenlijst/observatielijst en de wijze van subjectiviteit, ervoor kan zorgen dat de kwaliteit van leven van de ouder wordende mens positief kan beïnvloeden.

**Doelstelling:** Onderzoeken of de psychomotorische therapie module 'zelfbeeld ouderen' de kwaliteit van leven van 65-plus bewoners beïnvloed, waarbij het effect wordt gemeten aan de hand van meetinstrumenten (vragenlijst/observatielijst).

**Vraagstelling:** Wat is het effect van de psychomotorische therapiemodule 'Zelfbeeld ouderen', op 65- plus bewoners van een woonzorgcentrum, op de kwaliteit van leven?

De opbouw van het onderzoek wordt gevolgd door de gekozen module 'Zelfbeeld ouderen'. Biemond en Spijkstra hebben in 2006 deze module vanuit psychomotorische therapie ontwikkeld. Binnen dit onderzoek wordt de kwaliteit van leven gemeten aan de hand van gespecificeerde meetinstrumenten<sup>3</sup>. Door een voor- en een nameting te doen, wordt het effect van de aangeboden module op de kwaliteit van het leven van de bewoners van het woonzorgcentrum gemeten.

---

<sup>2</sup> J. Goffin (onder andere werkzaam als psychomotorische therapeut bij GGZ InGeest (1992) ) & M. van Egmond (afgestudeerd aan de Calo te Zwolle vakgroep: psychomotorisch therapeut (2005)) zijn auteurs van de website: <http://www.pmtmetouderen.nl/>.

<sup>3</sup> M.C Poortvliet, A.P.A. van Beek (2009), Nivel, Actiz, Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Voortgekomen uit onderzoeksrapport M.C. Poortvliet, A.P.A. van Beek, M.E. de Boer, D.L. Gerritsen, C. Wagner (2006), het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg, NIVEL.

Het onderzoek wordt aan de hand van hoofdstukken vorm gegeven. Hoofdstuk 1 gaat in op de begrippen die betrekking hebben op de vraagstelling en doelstelling: 65-plus bewoners van een woonzorgcentrum, kwaliteit van leven en zelfbeeld. Hoofdstuk 2 beschrijft de methode betreffende kwaliteit van leven en de module 'Zelfbeeld ouderen'. In Hoofdstuk 3 zijn de resultaten, conclusie, discussie en aanbevelingen te lezen die zijn voortgekomen uit het onderzoek.

## **Hoofdstuk 1**

### **Theoretisch kader**

#### 65-plus bewoners en woonzorgcentrum

Binnen dit onderzoek wordt er gesproken over 65- plus bewoners binnen een woonzorgcentrum. De bewoners die aan dit onderzoek mee hebben gewerkt, hebben een fysieke beperking. Zij kunnen niet zelfstandig functioneren, zodoende dat ze bij het woonzorgcentrum wonen. Tevens wonen er ook bewoners die een mentale achteruitgang doormaken. Binnen dit onderzoek wordt deze doelgroep niet uitgediept, aangezien er bepaalde voorwaarden zijn voor de bewoners die deelnemen aan de psychomotorische therapie module 'Zelfbeeld ouderen'. Binnen hoofdstuk 2 staan deze voorwaarden beschreven. Omstandigheden waarmee 65-plussers binnen een woonzorgcentrum te kampen hebben zijn het niet meer zelfstandig functioneren. Binnen het artikel van J.M.P. Enders-Slegers (2000) Een leven lang goed gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen, Universiteit van Utrecht, wordt dit bevestigd. Binnen dit artikel komt het boek Inleiding Gerontologie en geriatrie (F. Eulderink, T.J. Heeren, D.L. Knook & G.L. Ligthart (Red), 1999) aan bod. Eulderink e.a. (1999) geven aan dat niet alleen een afname van lichamelijke functies centraal staan binnen het ouder worden, maar ook wordt aangegeven dat ouderen een afname kunnen ervaren van zintuiglijke waarnemingen en dat typische ouderdomsziekten kunnen optreden.

Douchen, omkleden en mobiliseren zijn voorbeelden van de hulp die ze krijgen van de verzorgers. Enkele bewoners kunnen in het woonzorgcentrum te Ruurlo een tijdelijk verblijf hebben. Zij wonen in een zo genoemde tijdelijke opname kamers (T.O.P kamers). Zij zijn hier om te revalideren van bijvoorbeeld een botbreuk, om vervolgens weer terug te keren naar hun oude woning of een ander woonzorgcentrum of aanleunwoning. Als ze een zorgindicatie krijgen, kunnen ze een vast verblijf aanvragen bij het woonzorgcentrum. Binnen dit onderzoek worden zowel deelnemers van een vast verblijf als een tijdelijk verblijf opgenomen.

#### Kwaliteit van leven

Volgens de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek Den Haag (2010), is er een toenemende belangstelling voor kwaliteit van leven. In de gezondheidszorg gebruikt men dit begrip om na te gaan wat de behandeling voor effect heeft op de kwaliteit van het leven van de cliënt. Echter wanneer de kwaliteit van leven gedefinieerd moet worden, ontstaan er discussies betreffende de betekenisverlening. Er is een diversiteit aan betekenisverlening van kwaliteit van leven in de gezondheidszorg. De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek Den Haag (2010) is een onderzoeksprogramma gestart om één definitie centraal te stellen zodat er met bijbehorende meetinstrumenten, de resultaten van kwaliteit van leven met elkaar vergeleken worden. Aangezien er diverse perspectieven zijn op het begrip kwaliteit van leven, is er één overeenstemming aanwezig. De kwaliteit van leven kan maar door één persoon bepaald worden en dat is degene om wie het gaat. Binnen het boek van E. Wouters, N. Canters, F. Barten, M. Hilhorst, A. Roukema, S. van de Vathorst, J. de Vries en F. van Wijmen (2011), diverse perspectieven op het begrip kwaliteit van leven in de gezondheidszorg, worden diverse perspectieven centraal gesteld over het begrip kwaliteit van leven<sup>4</sup>. De volgende perspectieven worden uitgelicht: medisch- psychologisch perspectief, filosofisch perspectief, Juridisch perspectief, perspectief van medisch-wetenschappelijk onderzoek en perspectief van duurzaamheid. Vanuit het oogpunt gezondheidszorg, sluit de medische-psychologische perspectief het meest aan bij dit onderzoek. Zodoende wordt dit begrip hieronder uitgediept en als uitgangspunt gebruikt binnen deze scriptie.

---

<sup>4</sup> Binnen het boek van Wouters e.a. (2011) wordt er gebruik gemaakt van verschillende auteurs die onderzoek hebben verricht naar het begrip kwaliteit van leven. De genoemde auteurs hebben invloed gehad op de totstandkoming van de informatie: D. Felce, Perry J.; R.A Cummins & R.L. Schalock.

### Definitie medisch-psychologisch perspectief van kwaliteit van leven

Wouters en collega's (2011) vermeldden dat kwaliteit van leven een begrip is waarbij het niet alleen gaat om het functioneren, maar ook om wat iemand van zijn of haar functioneren vindt. Niet alleen de lichamelijke, psychologische en sociale domein, maar ook omgeving of spiritualiteit omvatten het begrip kwaliteit van leven. Onderzoekers zijn het erover eens dat kwaliteit van leven een multidimensionaal begrip is. Er wordt gesproken over diverse domeinen (Felce & Perry 1995, Cummins 1992, Schalock 2000). Alle aspecten die direct in relatie staan tot ziekte en gezondheid, staan centraal binnen kwaliteit van leven. Felce en Perry (1995) kwamen tot de conclusie dat vijf domeinen relevant bleken binnen kwaliteit van leven waarbij subjectiviteit en objectiviteit centraal staan. De domeinen die zij ondervonden waren fysiek welzijn, sociaal welzijn, materieel welzijn, emotioneel welzijn, ontwikkeling en activiteit. In de daar op volgende ontwikkelde modellen, vormden deze domeinen de basis van het meetinstrument. Er wordt gesproken over objectieve en subjectieve aspecten binnen kwaliteit van leven (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, (2012). Wouters e.a. (2011) geven een overeenstemming weer. Zij vermeldden betreffende kwaliteit van leven de volgende informatie: het kan omschreven worden als het menselijk oordeel over zijn/haar kwaliteit van fysieke, psychische, sociale en persoonlijke factoren binnen hun leven. Fysieke beperkingen kunnen ervoor zorgen dat een persoon zich nauwelijks zelfstandig kan voortbewegen (objectief). Het oordeel van de betreffende persoon, is het subjectieve aspect (dit aspect kan bij ieder mens anders zijn met eenzelfde beperking).

### Het meten van Kwaliteit van leven

Er zijn diverse meetinstrumenten waarmee kwaliteit van leven gemeten kan worden. Felce en Perry (1995) hebben een model gecreëerd om kwaliteit van leven vast te stellen. Aangezien subjectiviteit een grote rol speelt, zijn vragenlijsten een aangewezen methode volgens Wouters e.a., (2011). Er zijn twee type vragenlijsten om kwaliteit van leven te meten. Generieke vragenlijsten zijn gericht op ieder persoon die gezond of ziek is. Ook zijn er ziekte specifieke vragenlijsten waarbij er domeinen verwijzen naar problemen die specifiek zijn voor bepaalde aandoeningen. Binnen dit onderzoek wordt een gespecificeerd meetinstrument gebruikt voor de doelgroep ouderen. Er komen vier domeinen aanbod: lichamenlijk welbevinden/gezondheid, woon-/leef situatie, participatie en metaal welbevinden.

### Belang metingen kwaliteit van leven

Volgens Wouters e.a. (2011) zijn er diverse belangen bij het meten van kwaliteit van leven. Er wordt op deze wijze inzicht gegeven over de invloed van een ziekte op de levenskwaliteit van een persoon. Hierdoor kunnen er beslissingen gemaakt worden over de behandeling. Tevens is er een positieve beïnvloeding tussen het contact van de desbetreffende persoon en de arts, verpleegkundige, verzorger en/of vakkundige specialist. De bewoner zal zich beter begrepen voelen en veranderingen binnen kwaliteit van leven zullen eerder opgemerkt worden tijdens de behandeling. Er zal ook een goede communicatie tussen gezondheidszorgprofessionals zijn, waarbij men kan communiceren over hetzelfde begrip van kwaliteit van leven met bijbehorende resultaten. Op deze wijze kan de zorg op maat bevorderd worden. Mocht er tevens een nieuw beleid of behandeling doorgevoerd worden binnen een zorgorganisatie, dan kan er een effectmeting plaatsvinden. Door metingen over verschillende periodes te laten plaatsvinden, kan gekeken worden wat het effect is van het nieuwe beleid of de behandeling op de kwaliteit van leven van de bewoners.

### 65- plussers en kwaliteit van leven

Er zijn diverse factoren die kwaliteit van leven beïnvloeden bij ouderen volgens Enders- Slegers (2000). Ernstige ziekten is hier een voorbeeld van. Volgens Kocken en Klaus-Meijls (1993, uit artikel Enders- Slegers 2000) kunnen psychosociale problemen optreden zodra de ouder wordende mens niet alle dagelijkse handelingen meer kan uitvoeren. Deze gezondheidsproblemen kunnen een negatiefeffect hebben op de kwaliteit van leven. Bij de ouderdom gaat het vooral om de evaluatie



omtrent de functie van het lichaam en minder om het uiterlijk (Bos, A. E. R., Valkenburcht, I. G., Mayer, B., Steenhuis, I. H. M., & Derks, D. 2005). De weerspiegeling van het uiterlijk in het zelf: Lichaamswaardering, zelfwaardering en sociale vergelijking, *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* (60), 78-87)<sup>5</sup>. De afname van het belang hebben bij een mooi uiterlijk neemt af, naar mate mensen ouder worden, wat aangeeft dat het uiterlijk geen rol speelt bij de beïnvloeding van kwaliteit van leven (Tiggermann 2004). Bij ouderen spelen sociale en temporele vergelijkingen een rol bij het bepalen van kwaliteit van leven. Dit zijn vergelijkingen die de persoon maakt ten opzichte van anderen om hen heen (familie, vrienden, hobby's, geen/wel aandoeningen) (Suls, Marco & Tobin 1991). Naast sociale vergelijkingen spelen bij 65-plussers ook temporele vergelijkingen een rol. Temporele vergelijkingen zijn vergelijkingen die de persoon maakt ten opzichte van een vroegere toestand van zichzelf.

Volgens het artikel van Bos e.a. (2005) zijn levensgebeurtenissen ook van invloed op de kwaliteit van leven. Per leeftijdsgroep is dit verschillend. Volgens Hughes, Blazer en George (1988) vinden er bij mensen tussen de 60ste en 70ste levensjaar veel veranderingen plaats binnen de sociale omgeving (pensionering is hier een voorbeeld van). Mensen tussen de 70ste en 80ste levensjaar hebben te kampen met verlies van dierbaren, wat van invloed kan zijn op de kwaliteit van leven, aldus Hughes e.a. (1988). Stressvolle levensgebeurtenissen zoals het verliezen van een partner, beïnvloed de gezondheidstoestand van de ouderen (Osterweis, Solomon en Green 1984, Parkes 1986, Stroebe en Stroebe 1987). Men kan door verlies van dierbaren zich eenzaam en depressief gaan voelen, wat bepalend kan zijn voor de waardering van kwaliteit van leven (Buunk 1992; De Jong-Gierveld, Beekink 1993, Rubinstein, Lubben, en Mintzer, 1994). Het hangt er echter van af wat de beleving is. Niet elke levensgebeurtenis hoeft op iedereen een negatieve al dan positieve uitwerking te hebben (Slack & Vaux 1988; Orrell & Davies 1994, Redmond, Hill, Kercher, Kahana, Johnson en Young 1995). Volgens Slack (1994) heeft het te maken met hoe de gebeurtenis als stressor wordt ervaren (positief, negatief, neutraal). Met de stress- coping model van Lazarus en Folkman (1984) wordt een situatie door de persoon geëvalueerd en worden de steunbronnen bekeken. Na de waardering bekend te hebben, wordt er gekeken naar wat de persoon zelf kan (energiepeil laten stijgen, sociale vaardigheden en/of versterken van de gezondheid). Tevens wordt er gekeken naar wat voor steun de omgeving te bieden heeft (steunbronnen). Hun visie op het copingproces is: de manier waarop iemand omgaat met een gebeurtenis en de gevolgen op emotioneel, verstandelijk en gedragsmatig gebied (Cohen e.a. 1986, Folkman en Lazarus, 1984/1988).

Aangezien kwaliteit van leven subjectief wordt bepaald, is het beïnvloeden en het effect wat het sorteert ook verschillend per persoon. Binnen een onderzoek over de wens naar sterfte, waarbij mensen de kwaliteit van leven als zeer laag ervaren, hadden de deelnemers ideeën over hoe ze hun kwaliteit van leven konden laten stijgen en de wens naar sterfte kon doen afnemen. Voorbeelden van deze ideeën zijn<sup>6</sup>: sociaal gebied: Nieuwe partner, nieuwe vriendschappen, herstel/meer contact met (klein)kinderen en oplossen ruzie met kinderen. Fysiek gebied: Beter horen, meer zelfstandigheid, mobiliteit, meer zelf kunnen doen, een fitter lijf en meer energie. Psychologisch gebied: Gesprekstherapie: hulp bij rouwverwerking, verwerken traumatische gebeurtenissen, manier van omgaan met problemen en groepstherapie.

---

<sup>5</sup> Binnen het boek van Bos e.a. (2005), De genoemde auteurs hebben invloed gehad op de totstandkoming van de informatie: Tiggermann, Suls, Marco, Tobin, Hughes, Blazer, George, Osterweis, Solomon, Green, Parkes, Stroebe, Stroebe, Jong- Gierveld, Beekink, Rubinstein, Lubben, Mintzer, Slack, Vaux, Orrell, Davies, Redmond, Hill, Kercher, Kahana, Johnson, Young, Slack, Cohen, Folkman, Lazarus.

<sup>6</sup> M.L. Rurup, H.R.W. Pasman, A.J.F.M. Kerkhof, D.J.H. Deeg, B.D. Onwuteaka-Philipsen, Ouderen die 'klaar met leven' zijn, toekomst verwachtingen en ervaren uitzichtloosheid, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jaargang 42, nummer 4 (2011) p. 159-169, tabel 2.

### Zelfbeeld

Binnen de beschreven module 'Zelfbeeld ouderen' (L. Biemond & S. Spijkstra 2006) en diverse artikelen over het zelfbeeld onder andere van M. de Neef (2010, Cognitief gedragstherapeutische behandeling bij een negatief zelfbeeld, *Psycho Praktijk*, jaargang 2, nummer 4 p. 28-31.), is er veel informatie te verkrijgen over het zelfbeeld. Het voorgestelde zelf dat men denkt te zijn, is het uitgangspunt dat zij beschrijven. Deze definitie neem ik ook als uitgangspunt binnen dit onderzoek. Het zelfbeeld wordt gevormd door diverse gebeurtenissen die een mens in zijn/haar leven meemaakt. Dit kan negatief al dan positief zijn.

#### *Voorbeeld:*

*Als een volwassen vrouw, van jongs af aan altijd gepest is, waarbij er regelmatig tegen haar is gezegd dat ze niets goed kan doen en dat ze dom is, kunnen deze uitspraken invloed hebben op haar zelfbeeld. Ze is wellicht de opmerkingen gaan geloven en heeft ze een negatief beeld van zichzelf ontwikkeld. Onderwaardering van zichzelf kan hieruit voortkomen. Een gevolg is dat ze zich meer gaat afzonderen van mensen en weinig vrienden heeft. Op deze manier gaat ze zich eenzaam voelen en kan het gevoel van het 'niets kunnen' alleen maar versterken.*

Volgens de Amerikaanse psychiater A.T. Beck (1979) zijn mensen met een negatief zelfbeeld, kwetsbaarder voor het ontwikkelen van een depressie<sup>7</sup>. Het verleden kan een grote rol spelen bij het zelfbeeld. Als mevrouw van het voorbeeld vanaf jongs af aan regelmatig complimenten kreeg, is de kans groot dat ze positiever over zichzelf ging denken. Initiatieven nemen op gebied van groepsactiviteiten en mensen te hulp schieten, zijn voorbeelden die hieruit kunnen voortvloeien. Ze voelt zich prettig in haar vel en heeft het gevoel dat ze in staat is om iets voor anderen te kunnen betekenen. Een conclusie die getrokken kan worden is dat de ervaringen binnen het leven, bepalend zijn voor het zelfbeeld<sup>8</sup>.

Het zelfbeeld wat is gevormd heeft vervolgens invloed op de gedragsuitingen van de persoon. Vanuit de cognitieve gedragstherapie heeft de Neef (2010) in haar artikel een cirkel weergegeven waarin het zelfbeeld en het gedrag met elkaar in verbinding staan. In figuur 1 is de positieve spiraal weergegeven. Deze spiraal kan ook in de negatieve vorm voorkomen. Als een persoon een negatief beeld heeft over zichzelf, dan wordt het een negatieve spiraal: negatiever beeld van zichzelf → minder positieve dingen zien → minder prettige stemming → minder moed → minder actief → minder om trots op te zijn, minder om op terug te zien. Kortom er kan gesteld worden dat een mens met een positief zelfbeeld, meer positieve gebeurtenissen ziet waarbij dit de stemming en het vervolg gedrag op een positieve wijze wordt beïnvloed.



*Figuur 1  
Spiraal positief zelfbeeld.*

Volgens Biemond en Spijkstra (2006), zorgt een positief zelfbeeld voor meer ontspanning und kan er met meer plezier geleefd werden. Ook het genieten und het minder druk machen over dagelijkse handelingen staan zentral. Ze geven an dat er mit een positief zelfbeeld mit meer tevredenheid of dankbaarheid terug gekeken kan werden op het leven und mit dit gevoel verder kunnen leven. Tevens helpt het bij het accepteren van de wijze waarop dingen zijn verlopen in hun leven. Biemond und Spijkstra (2006) geven ook an dat een persoon mit een positief zelfbeeld schneller contact maakt mit mensen om hun heen und zullen er eerder inslagen om succes waar te maken und toe te kennen, dan

<sup>7</sup> O. Delfin., depressies, hypnose und hypno- psychotherapie/hypnotherapie. Beroepsbeoefenaar Europees geregistreerde psychotherapie. Elektronische versie: <http://www.hypnotherapieidelfin.nl/depressie.html> (2005).

<sup>8</sup> Medio Info, Gezond VGZ, (2010). Elektronische versie: <http://www.gezondvgz.nl/%7Bc3ee94e0-bfea-4575-911b-ff4c69cccf4e%7D>.

een persoon met een negatief zelfbeeld. Succeservaringen kunnen eraan doen bijdragen dat er een positief zelfbeeld wordt ontwikkeld. Hieruit voort ontstaan positieve gedachten, wat een positief gevoel met zich mee brengt. De vicieuze cirkel van de Neef (2010) is een gevolg.

#### Reëel en irreëel zelfbeeld

Een realistisch zelfbeeld is een werkelijk geschetst beeld wat een persoon over zichzelf heeft. Dit kan zowel positief als negatief zijn. Men is bewust van eigen kwaliteiten of juist het onvermogen van zichzelf. Een irreëel zelfbeeld is dat er onwerkelijkheden zijn binnen het geschetste zelfbeeld. Men onderschat of overschat zich, wat zowel in de positieve als negatieve vorm van zelfbeeld kan voorkomen. Door een zo realistisch mogelijk zelfbeeld te hebben, kan het leven beter ingericht worden naar de vermogens waar een mens over beschikt. Tevens kan de persoon zich prettiger voortbewegen binnen het leven als de draagkracht en draaglast met elkaar overeenkomen, aldus bedrijfsondernemer Wim Belt (2010) werkzaam bij Your Performance 'z.d.'.

#### 65-plussers en zelfbeeld

De beeldvorming over ouderen door ouderen is onderzocht door de vrije universiteit Brussel (D. Verté & B. Fret 2007, De Beeldvorming van ouderen door ouderen. Hoe kijken ouderen naar zichzelf, Faculteit voor Psychologie en Educatiewetenschappen, vakgroep agogiek). De beeldvorming over hoe ouderen naar zichzelf kijken staat hierin centraal. De conclusies die getrokken worden gaan uit naar de koppeling van het zelfbeeld met de levensgebeurtenissen en de omgang hiermee. Ieder mens gaat anders om met positieve al dan negatieve situaties. Er kan worden aangenomen dat het zelfbeeld van de ouder wordende mens wordt bepaald door de mate van aanpassingscapaciteit aan verliesregulatie waarover de persoon beschikt (A. Marcoen 2004, Ontwikkelingspsychologie van de hoge leeftijd: inzichten uit de psychogerontologie, Universiteit Derde Leeftijd). De aanpassingscapaciteit waar Marcoen (2004) over spreekt, geldt dus ook voor de omgang met bijvoorbeeld pesterijen, kritiek, complimenten en succeservaringen. De mate van de aard van levensgebeurtenissen en de aanpassingscapaciteit is dus van invloed op het zelfbeeld. Ook zijn de gevolgen van een actieve levenshouding beschreven in een artikel door M. Elchardus, en S. De Groof, (2005) Zolang ge maar gezond zijt en uwe man nog hebt, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 36(2), 47-59). Ouderen kunnen meer emotioneel welzijn ervaren, minder kans op depressie krijgen, meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld hebben, dan mensen die hun actieve leven minder in stand kunnen houden.

Volgens G. van Roosmalen (Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 3, 38 (2007), p. 134-146) heeft het toegeven aan het feit dat de persoon hulp nodig heeft (en zonder hulp niet kan functioneren in de samenleving), effect op het zelfbeeld. Er is een interne attributie van verlieservaring aanwezig, waarbij er een gevoel van incompetentie en/of negatief zelfbeeld aanwezig is. Een verminderd welbevinden is een gevolg.

De omgang met een negatieve ervaring kan zowel aan de hand van een interne of externe attributie gehanteerd worden. Volgens Roosmalen (2007) komt er in een woonzorgcentrum de externe attributie vaak voor. Het feit dat de mensen geholpen worden, terwijl ze een taak zelfstandig zouden willen uitvoeren, is hier een voorbeeld van. Op deze manier wordt een negatieve ervaring buiten zichzelf gelegd en het competentiegevoel en zelfbeeld beschermd. Overcompensatie speelt een rol hierin. Binnen een woonzorgcentrum worden ouderen vaak geholpen voor taken die ze zelfstandig zouden kunnen uitvoeren. De bewoner laat zich helpen. Dit heeft onder andere te maken met sociale wenselijkheid, waarbij het ondankbaar overkomt als de hulp wordt afgeslagen. Tevens speelt het sociale contact een rol. Mensen in een woonzorgcentrum hebben vaak weinig sociale contacten. Extra aandacht van de verzorgers, kan dan juist als prettig ervaren worden. Een gevolg is dat ze de taken die ze zelfstandig kunnen uitvoeren, niet meer doen en ook er in gaan geloven dat ze het niet meer kunnen. Een irreëel zelfbeeld is een gevolg wat hieruit kan voortvloeien.

Het zelfbeeld wordt volgens M. van Selm, GJ. Westerhof en B. de Vos (2007, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie Competent en veelzijdig, representatie van ouderen in de Ster- reclame tien jaar later, 38, p. 57-64), beïnvloed door de stereotypering. Door de jaren heen worden ouderen zowel negatief als positief getypeerd binnen televisiereclames. Binnen een onderzoek is te zien dat in de laatste decennia een bredere beeldvorming wordt vrijgegeven van ouderen. De ouderen staan vaak centraal als de persoon die veel informatie verschaft en een prettige sfeer creëert. Tevens worden ouderen nu meer competent en minder leeftijd stereotiep afgebeeld dan 10 jaar geleden. Door de diversiteit aan rolmodellen, kunnen mensen zich minder vasthouden aan één stereotype. Als men de algemene stereotype op zichzelf gaat betrekken, wordt er gesproken over zelfstereotypering. Als negatieve stereotypen, zelfstereotypen worden, blijkt volgens van Selm e.a. (2007) een sterke invloed te hebben op het zelfbeeld, welbevinden en gezondheid van ouderen.

Binnen het artikel van Verté en Fret (2007) staat de theorie over het identiteitsproces omschreven van Susan Krauss Whitbourne (2002). De wijze van het accommoderen en assimileren van situaties is bepalend voor het vormen van het zelfbeeld. Aan de hand van deze theorie is er te zien hoe ouderen hun zelfbeeld aanpassen gedurende het verouderingsproces. Baltes en Baltes (Baltes, P.B., & Baltes 1990, uit artikel van Verté en Fret 2007) hebben een selectieve optimalisatie met compensatie model ontwikkeld. Volgens dit model wordt het zelfbeeld van ouderen gevormd door focus op wat ze wel al dan niet meer kunnen uitvoeren. Ouderen die zich focussen op activiteiten die ze nog wel kunnen uitvoeren en zich minder focussen op de taken die ze niet goed uit kunnen voeren, maakt dat ze gericht gaan kijken naar wat ze wel kunnen. Op deze manier kunnen ouderen een positief zelfbeeld behouden of zodoende creëren. Volgens onderzoekers heeft uiterlijk niks met het vormen/vervormen van een zelfbeeld te maken (Reboussin 2000, uit artikel Bos e.a. 2005). Bij de ouderdom gaat het vooral om de evaluatie omtrent de functie van het lichaam en minder om het uiterlijk. Dit schijnt steeds minder van belang te zijn, naar mate mensen ouder worden.

Binnen de module 'Zelfbeeld ouderen', is zelfbeeld het hoofdthema. Bij de eerste twee bijeenkomsten staat verduidelijking van het begrip zelfbeeld centraal. Tevens zullen de deelnemers aan het denken worden gezet over hun zelfbeeld. Vanuit diverse invalshoeken wordt het zelfbeeld bespreekbaar gemaakt (bijvoorbeeld, vroeger en nu). Tijdens de bijeenkomsten wordt er niet alleen gepraat maar komen er ook beweegactiviteiten aan bod. Het ervaren omtrent het begrip zelfbeeld, staat centraal. Het meer inzicht krijgen over het eigen denken, voelen en handelen is een doel binnen de bijeenkomsten. Voor meer informatie wil ik u verwijzen naar hoofdstuk 2 Methode en de website <http://www.pmtmetouderen.nl/spelvorm/zelfbeeld/module-zelfbeeld.html>.

### Kwaliteit van leven en zelfbeeld

Na beide begrippen uitgediept te hebben kan er gesteld worden dat er een overlapping is te zien tussen kwaliteit van leven en zelfbeeld.

Ten eerste doordat kwaliteit van leven wordt bepaald door ieder persoon voor zich. De waarde die hij/zij hecht aan bepaalde ontbrekende factoren in het leven en de manier hoe hij/zij hiermee omgaat, wordt beïnvloed door zichzelf. De aanpassingscapaciteit waar Marcoen (2004) over spreekt, heeft invloed op de omgang met diverse gebeurtenissen. Doordat mensen met een positief zelfbeeld minder waarde hechten aan nare gebeurtenissen zullen zij eerder de lichtpunten binnen het leven opzoeken dan mensen met een negatief zelfbeeld. Mensen met een negatief zelfbeeld, kijken vaak negatiever tegen het leven aan (en hechten veel waarden aan al het gemis wat ze hebben), dan mensen met een positief zelfbeeld. Binnen de vragenlijst/observatielijst van kwaliteit van leven komen er aspecten van de lichamelijke welbevinden/gezondheid, woon-/ leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden aan bod. Aangezien de waarde die een persoon eraan geeft afhankelijk kan zijn van het zelfbeeld wat de persoon heeft, wordt kwaliteit van leven en zelfbeeld aan elkaar verbonden. Ten tweede stelt een persoon met een positief zelfbeeld zich actiever op en kan hierdoor prettige gebeurtenissen gaan ervaren. Door de vicieuze cirkel te volgen, kan de persoon een beter kwaliteit van leven ervaren, aldus de Neef (2010). Aangezien een persoon met een negatief zelfbeeld meer kans heeft op het ontwikkelen van depressiviteit, kan er gesteld worden dat een afname van

kwaliteit van leven een gevolg is. F. Prins heeft sinds 2011 haar eigen coachingspraktijk 'Mens Centraal' in Amersfoort. Binnen een interview<sup>9</sup>, bevestigd ze, dat het zelfbeeld beïnvloedend kan zijn op de kwaliteit van leven. 'Een persoon met een negatief zelfbeeld kan leiden aan psychische problemen waarbij een gevolg verlies van kwaliteit van leven kan zijn' aldus Prins (2012). Ten derde komen er vragen aan bod omtrent het zelfbeeld binnen de vragenlijst en observatielijst van kwaliteit van leven<sup>10</sup>. Door de effectmeting kan er gezien worden welk effect de module 'Zelfbeeld ouderen' sorteert binnen de resultaten van de algemene meting van kwaliteit van leven.

Kortom, mensen met een positief zelfbeeld geven een andere waarde aan zaken dan mensen met een negatief zelfbeeld. Aangezien kwaliteit van leven, subjectief wordt bepaald door de persoon zelf, mag er aangenomen worden dat deze twee aspecten met elkaar van doen hebben. Tevens ervaren mensen met een positief zelfbeeld vaker prettige gebeurtenissen, waardoor de vicieuze cirkel ervoor zorgt dat er met meer plezier geleefd wordt en de kwaliteit van leven doet stijgen. Tevens zijn er in de vragenlijst en observatielijst aspecten opgenomen omtrent het zelfbeeld, waardoor er gekeken kan worden wat voor effect de module 'Zelfbeeld ouderen' sorteert op kwaliteit van leven.

---

<sup>9</sup> Interview via mailcontact: over de begrippen zelfbeeld en kwaliteit van leven (2012). Website: <http://www.coachingspraktijk-menscentraal.nl/>

<sup>10</sup> In de bijlagen zijn de meetinstrumenten toegevoegd. Aspecten van het zelfbeeld zijn binnen de volgende stellingen weergegeven binnen de vragenlijst over kwaliteit van leven: vragenlijst: Bijlage 3 XII t/m XVII, linkerkolom stellingnummer: 3,12,21,22,23, 27, 28,30. Observatielijst: Bijlage 4 XXIII & XXIV stellingletter E.

## **Hoofdstuk 2**

### **Methode**

Binnen dit onderzoek hebben vier bewoners van Sensire de Bundeling te Ruurlo, deelgenomen aan de psychomotorische therapie module 'Zelfbeeld ouderen' (Biemond & Spijckstra 2006). Samen met het zorgteam, heb ik in overleg de bewoners benaderd. Aan de hand van de volgende punten zijn de bewoners geselecteerd:

- Deelnemers die zichzelf vanuit een breder perspectief willen gaan bekijken en zodoende meer zicht op en een completer beeld van zichzelf zullen ontwikkelen.
- Aanwezigheid van voldoende motivatie om actief deel te nemen aan deze module. Deelnemers zijn in staat om zich verbaal uit te spreken over hun zelfbeeld en/of in interactie te treden met de andere deelnemers.
- De cliënten zijn in staat om thuis aan de slag te gaan met eenvoudige huiswerkopdrachten. Mocht dit niet het geval zijn, dan zal er binnen de sessies aandacht besteedt worden aan de opdrachten (bespreken, individueel benaderen).

Het is een homogene groep betreffende de sekse (vrouwen) en heterogeen betreffende zelfbeeld aangezien deze niet van te voren is onderzocht.

Het zorgteam dat bestaat uit verpleegkundigen, verzorgers en fysiotherapeuten, zijn op de hoogte gebracht van dit onderzoek. Naderhand zullen zij een terugkoppeling krijgen van de effectmetingen die er zijn gedaan. De namen die in deze scriptie worden gebruikt zijn fictief, wat wil zeggen dat er wegens privacy redenen zorgvuldig met de gegevens per deelnemer is omgegaan.

### **Onderzoeksinstrumenten**

De vragenlijst en de observatielijst deel I, zijn twee keer afgenomen. De voormeting vond plaats in januari en de eindmeting vond plaats in maart en april. De vragenlijst heb ik afgenomen en de observatielijst is uitgevoerd door de eerst verantwoordelijke verzorger of verpleegkundige. Specifieke informatie over de inhoud, afname en verwerking van de observatielijst zijn terug te vinden in de documenten van M.C. Poortvliet en A.P.A. van Beek (2009) zicht op eigen Leven, meetinstrumenten voor de kwaliteit van leven, 15-20/27-31. De meetinstrumenten zijn bijgevoegd in de bijlagen, bijlage 3 meetinstrumenten, vanaf paginanummer IX. De resultaten worden in percentages aangeduid (minimaal 0% maximaal 100%). Hoe hoger het getal hoe hoger de kwaliteit van leven is van de deelnemer. Echter bij de waardering, bedoelt men hoe hoger het getal, hoe meer waarde die persoon hecht aan het genoemde onderwerp. Binnen de onderzoeksopzet was beschreven dat er drie metingen plaats zouden vinden. De tussenmeting heeft niet plaats kunnen vinden, wegens een hoge werkdruk binnen de organisatie, waarbij de tussenevaluatie niet op tijd uitgevoerd kon worden. Deze had echter voor dit onderzoek ook niet de hoogste prioriteit aangezien er vooral uitgegaan wordt van het effect voor en -na de module. Door een effect te willen meten over een periode, is er daarom gekozen voor twee metingen.

### **Verloop van onderzoek**

Na de eerste effectmeting, zijn de bijeenkomsten gestart. Zeven bijeenkomsten vonden achtereenvolgens wekelijks plaats. Het verzamelpunt was de fitnessruimte waarbij er gemiddeld een uur het onderwerp zelfbeeld centraal stond (aan de hand van beweegoefeningen en praatopdrachten). Na de module uitgevoerd te hebben, heeft de eindmeting plaats gevonden. Deze eindmeting bestond wederom uit het afnemen van de vragenlijst en observatielijst. De vragenlijst heb ik afgenomen en de observatielijst is uitgevoerd door de eerst verantwoordelijke verzorger of verpleegkundige. Alle gegevens zijn vervolgens verwerkt in een document om zodoende een conclusie te kunnen trekken over het effect van de module op de kwaliteit van leven.

Dataverwerking

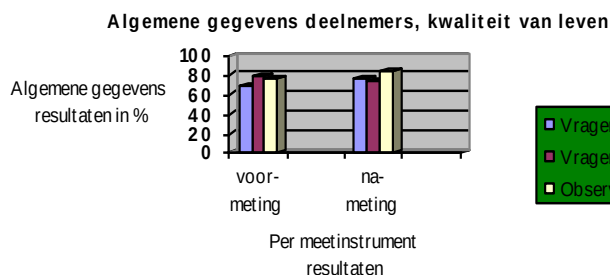
- ❖ November/december 2011: Inventarisatie bewoners, ruimte, onderzoek communiceren binnen organisatie.
- ❖ Januari 2011: Voormeting: afname vragenlijst en observatielijst.
- ❖ Bijeenkomsten 2012: Psychomotorische therapie module zelfbeeld:
  - 30 januari
  - 6 februari
  - 13 februari
  - 20 februari
  - 27 februari
  - 5 maart
  - 12 maart
- ❖ Maart 2012: Eindmeting: afname vragenlijst en observatielijst.
- ❖ April 2012: Verwerken gegevens, samenvatten en conclusie trekken.
- ❖ Mei 2012: Eindproduct inleveren bij beoordelaar.

## Hoofdstuk 3

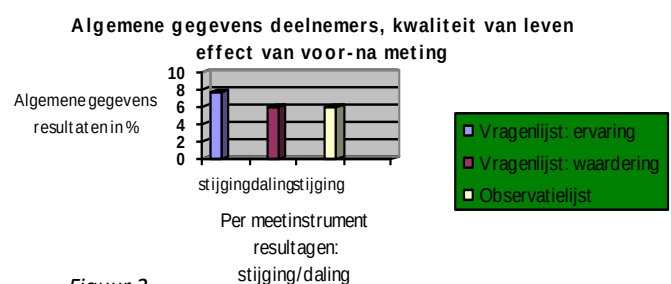
### Resultaten

Aan de hand van de vragenlijst 'Zicht op eigen Leven' (Poortvliet & van Beek 2009) zijn de gegevens omtrent kwaliteit van leven weergegeven. Binnen dit hoofdstuk wil ik een algemeen beeld neerzetten over de invloed van de module op kwaliteit van leven. Binnen de vragenlijst en observatielijst zijn diverse categorieën aan bod gekomen. Het lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden zijn de deelaspecten die uitgelicht zijn. Na de algemene gegevens, volgen de resultaten van mevrouw Jansen, waarbij meer inzicht wordt verkregen over de resultaten van de categorieën. De resultaten van de overige bewoners kunt u vinden in de bijlagen, bijlage 2 resultaten deelnemers vanaf paginanummer 16.

Uit algemene gegevens is te zien dat 75% van de deelnemers hoger scoort bij de tweede meting op de ervaringsstellingen over bepaalde elementen binnen hun leven dan bij de eerste meting. De waarde die ze hechten aan de onderwerpen die aan de orde gesteld werden, is bij alle deelnemers gedaald. Vanuit de observatielijsten is af te lezen dat 75 % van de deelnemers hoger scoort op de stellingen omtrent kwaliteit van leven bij de tweede meting dan bij de eerste meting. In figuur 1 zijn de algemene gegevens over kwaliteit van leven weergegeven van de deelnemers. In tabel 1 zijn de procentuele percentages zichtbaar. In figuur 2 zijn de resultaten qua daling en stijging per meetinstrument zichtbaar gemaakt per meetinstrument. Voor de cijferresultaten wil ik u verwijzen naar tabel 1.



Figuur 1  
Gemiddelde resultaten  
deelnemers, kwaliteit van leven.



Figuur 2  
Effect per meetinstrument.

Tabel 1  
Voor- na meting meetinstrumenten

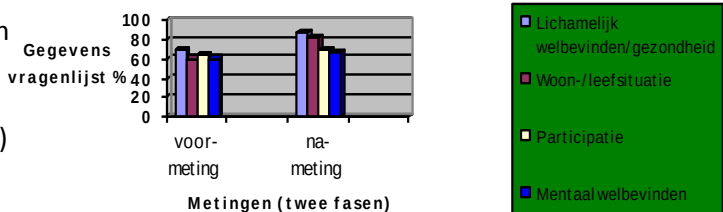
| Meetinstrument          | Voor- meting | Na- meting | Stijging (s)/daling (d) |
|-------------------------|--------------|------------|-------------------------|
| Vragenlijst: ervaring   | 69,5%        | 77,1%      | 7,6% (s)                |
| Vragenlijst: waardering | 79,9%        | 73,9%      | 6% (d)                  |
| Observatielijst:        | 77,%         | 83,2%      | 5,9% (s)                |

Binnen het domein *mentaal welbevinden* bevindt zich het onderwerp *positief zelfbeeld*. Gemiddeld gezien hadden de deelnemers bij de eerste meting een positief zelfbeeld van 77,8% en bij de tweede meting 91,7%. Er heeft een stijging plaats gevonden van 13,9%. Het domein *mentaal welbevinden*, is gemiddeld gestegen met 15%.



Om u een specifiek beeld te geven over de effectmeting, worden de resultaten van mevrouw Jansen uitgelicht. De resultaten van mevrouw Jansen zijn omgezet in procenten. Het eerste deel van de vragenlijst (de ervaring) en het tweede deel (de waardering) zijn in een tabel en grafiek weergegeven. Tevens zijn de resultaten van kwaliteit van leven van de observatielijst zichtbaar.

Gegevens mevrouw Jansen kwaliteit van leven ervaring



Figuur 3  
Ervaring, kwaliteit van leven.

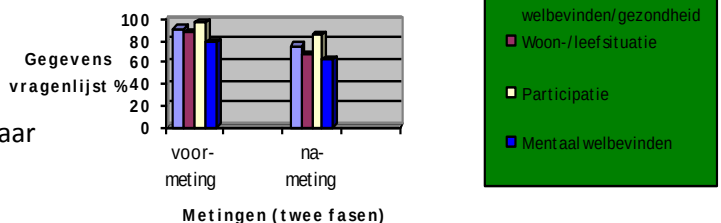
In figuur 3 en tabel 2 zijn de gegevens overzichtelijk weergegeven. Bij de Vragenlijst onderdeel: ervaring is er bij de eerste meting in januari 2012: 63,6% gemiddeld gescoord. Bij de tweede meting 76,7%. De resultaten van mevrouw Jansen geven aan dat haar ervaring over elementen binnen haar leven met 13,1% is gestegen.

Tabel 2  
Resultaten ervaring, kwaliteit van leven.

| Mevrouw Jansen<br>Per Domein:      | Voor- meting | Na- meting |
|------------------------------------|--------------|------------|
| Lichamelijk welbevinden/gezondheid | 70%          | 87,9%      |
| Woon-/leefsituatie                 | 60%          | 82,5%      |
| Participatie                       | 64,4%        | 68,7%      |
| Mentaal welbevinden                | 60%          | 67,5%      |

Uit de gegeven van figuur 4 en tabel 3 zijn te lezen dat mevrouw minder waarde hecht aan de genoemde domeinen binnen de vragenlijst. Bij de Vragenlijst onderdeel waardering is er bij de eerste meting 88,6% gemiddeld gescoord. Bij de tweede meting 72,4%. Uit de gegevens blijkt dat de waardering over aspecten binnen haar leven is gedaald met 16,2%.

Gegevens mevrouw Jansen kwaliteit van leven waardering



Figuur 4  
Waardering, kwaliteit van leven.

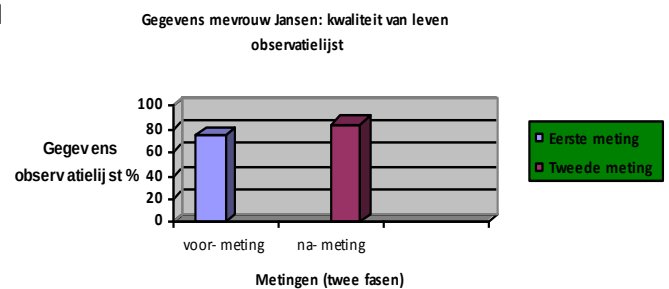
Tabel 3  
Resultaten waardering, kwaliteit van leven.

| Mevrouw Jansen.<br>Per Domein:     | Voor- meting | Na- meting |
|------------------------------------|--------------|------------|
| Lichamelijk welbevinden/gezondheid | 91,2%        | 75%        |
| Woon-/leefsituatie                 | 87,5%        | 66,7%      |
| Participatie                       | 96,3%        | 85,2%      |
| Mentaal welbevinden                | 79,2%        | 62,5%      |

In de observatielijst staat is elk domein onderverdeeld in diverse categorieën.

In figuur 5 is in een oogopslag te zien dat er bij de tweede meting een hogere kwaliteit van leven is geobserveerd. In tabel 4 zijn de procentuele percentages van mevrouw Jansen weergegeven. Bij de eerste meting had mevrouw volgens de observatielijst een kwaliteit van leven van 74,1%.

Bij de tweede meting had mevrouw een kwaliteit van leven van 84%. Er is gemiddeld een stijging te zien van 9.9%.



Figuur 5  
Effectmeting kwaliteit van leven.

In het domein mentaal welbevinden bevindt zich het onderwerp 'positief zelfbeeld'. Mevrouw is hierin gestegen van 66,7 % naar 88,9% waarbij er een stijging heeft plaats gevonden van 22,2%. Het domein *mentaal welbevinden*, is gestegen met 9,7%.

Tabel 4  
Resultaten observatielijst, kwaliteit van leven.

| Domeinen kwaliteit van leven: mevrouw Jansen             | Onderwerp                  | Score Percentage % eerste meting | Score percentage % tweede meting | Score percentage % gemiddeld per domein: eerste en tweede meting |       |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Domein I</b><br>Lichamelijk<br>Welbevinden/gezondheid | - Pijn                     | 50%                              | 50%                              | 80,5%                                                            | 85,2% |
|                                                          | -Geniet van de maaltijden  | 100%                             | 100%                             |                                                                  |       |
|                                                          | -Wil niet eten             | 66,7%                            | 100%                             |                                                                  |       |
|                                                          | -Wil graag (in bed) liggen | 100%                             | 100%                             |                                                                  |       |
|                                                          | -Zorgrelatie               | 85,7                             | 76,2%                            |                                                                  |       |
|                                                          |                            |                                  |                                  |                                                                  |       |
| <b>Domein II</b><br>Woon-/leefsituatie                   | -Zich thuis voelen         | 91,7%                            | 100%                             | 62,5%                                                            | 83,4% |
|                                                          | -Iets om handen hebben     | 33,3%                            | 66,7%                            |                                                                  |       |
| <b>Domein III</b><br>Participatie                        | -Sociale relaties          | 83,3%                            | 88,9%                            | 88%                                                              | 92,5% |
|                                                          | -Sociaal isolement         | 100%                             | 100%                             |                                                                  |       |
|                                                          | -Sociaal welbevinden       | 80,6%                            | 88,6%                            |                                                                  |       |
| <b>Domein IV</b><br>Mentaal welbevinden                  | -Positief affect           | 94,4%                            | 100%                             | 65,3%                                                            | 75%   |
|                                                          | -Negatief affect           | 33,3%                            | 44,4%                            |                                                                  |       |
|                                                          | -Positief zelfbeeld        | 66,7%                            | 88,9                             |                                                                  |       |
|                                                          | -Rusteloos gedrag          | 66,7%                            | 66,7%                            |                                                                  |       |
|                                                          |                            |                                  |                                  |                                                                  |       |

## **Discussie**

### **Methode en uitvoering**

De module 'Zelfbeeld ouderen' is een vastgestelde module met zeven bijeenkomsten die uitgeschreven staan. 'De module zal in het teken staan van het uitwisselen van ervaringen, het oproepen van herkenning, het opdoen van nieuwe ervaringen, het aangereikt krijgen van handvaten om zodoende anders (positiever, realistischer of met een bredere blik) naar zichzelf te kunnen kijken', aldus Biemond en Spijckstra (2006) (Module 'zelfbeeld ouderen', p. 8.) Vanuit de vragenlijst over de module die tijdens sessie 7 is afgenomen, kan geconcludeerd worden dat de genoemde doelen bereikt zijn. In de praktijk heb ik niet alle sessies kunnen uitvoeren zoals dit is beschreven binnen de module. Door ruimtegebrek, materiaal tekort en aansluiting interesses/inbreng, zijn voorbeelden waarin ik met eigen creativiteit en flexibiliteit de bijeenkomsten vorm heb gegeven (voor meer informatie, zie bijlagen bijlage 1, module zelfbeeld rapportages vanaf paginanummer 19).

### **Validiteit**

Binnen het plan van aanpak waren er drie metingen gepland. Voor de effectmeting is het voldoende geweest om twee metingen te doen (de eerste vooraf en de tweede achteraf de module). De verwachting was dat de kwaliteit van leven gemeten zou worden, waarbij invloeden vanuit het onderwerp zelfbeeld, te zien zouden zijn. Dit is het geval, aangezien ten eerste de antwoorden van de deelnemers subjectief zijn en vanuit de theorie is aangegeven dat een persoon met een positief zelfbeeld, positiever naar elementen binnen het leven kunnen kijken. Ten tweede zijn er binnen de observatielijst en vragenlijst categorieën zichtbaar die met het zelfbeeld te maken hebben. De effectmetingen zijn dus valide aan kwaliteit van leven.

### **Betrouwbaarheid**

Om de resultaten zo betrouwbaar mogelijk te laten zijn bij de effectmeting, is het van belang dat er bij de eerste en tweede meting dezelfde verpleegkundige/verzorger de observatielijst invult over de deelnemer. Gezien de reorganisatie binnen Sensire, zijn er andere diensten gekomen waardoor de observator nauwelijks meer contact had met de deelnemer. Een overdracht van de verzorgtaken was een gevolg. Hierdoor is het voorgekomen dat er een deelnemer door een andere verzorger is geobserveerd. Aangezien de observatielijst subjectief wordt ingevuld en de verzorgers een andere mening hebben over de kwaliteit van leven van de deelnemer, is de betrouwbaarheid in waarde gedaald.

Binnen het document van de meetinstrumenten wordt beschreven dat de vragenlijst door een persoon afgenomen moet worden die nauwelijks betrokken is bij de bewoners. Dit kan voor en nadelen hebben. Door de vragenlijst door een onbekend persoon te laten afnemen, kunnen sociaal wenselijke antwoorden een gevolg zijn. Tevens komt er een onbekend persoon, waarbij de bewoner minder op zijn/haar gemak kan zijn en de lijst minder naar waarheid wordt ingevuld. Echter kan een bewoner zich ook vrij voelen om eerlijke antwoorden te geven, als een persoon van buitenaf de vragenlijst komt afnemen. Beide personen hebben na dit gesprek geen contact meer met elkaar en de bewoner kan zich dus vrij voelen om geïnterviewd te worden over zaken betreffende het leven. Als de therapeut de lijst zal afnemen, is er al enige kennis verworven over de deelnemer, waarbij het onderlinge contact, vertrouwen en transparantie ervoor kan zorgen dat de vragen naar waarheid worden beantwoord. Echter kan er ook een spanningsveld ontstaan, aangezien de therapeut ook de deelnemers behandelt tijdens de bijeenkomsten.

### **Resultaten**

Gemiddeld gezien is de kwaliteit van leven gestegen bij de deelnemers. Echter kan er niet direct geconcludeerd worden dat de kwaliteit van leven is gestegen door de module. Er zijn diverse factoren die hier invloed op gehad kunnen hebben. Mevrouw Jansen heeft namelijk veel wandelingen

gemaakt, waarbij ze succeservaring heeft gehad over haar eigen vaardigheden. Haar lichamelijk welbevinden kan daardoor gestegen zijn, wat maakt dat het totale kwaliteit van leven gestegen is. Mevrouw heeft bij de tweede meting een hogere score bij de woon-/leef situatie dan de eerste meting. Het kan zijn dat ze door de module meer met de bewoners is gaan praten en een positiever beeld heeft gekregen over haar woon-/leef situatie. Echter kan de stijging ook te maken hebben met het feit dat ze er langer woont, vaker heeft mee gedaan met sociale activiteiten en ondertussen vriendinnen heeft gemaakt. Deze factoren kunnen de resultaten betreffende woon-/leef situatie beïnvloeden. Volgens de resultaten scoort mevrouw hoger bij het domein participatie bij de tweede meting. Het kan ermee te maken hebben dat de activiteitenbegeleiding haar regelmatig heeft ingedeeld in een groep en/of dat ze zelf vanuit nieuwsgierigheid/verveling meer aan activiteiten wilde deelnemen. Volgens de module is de participatie gestimuleerd door het onderwerp 'prettige gebeurtenissen' aan te snijden. Wellicht heeft deze factor hier invloed op gehad. Mevrouw ervaart haar mentaal welbevinden hoger dan bij de eerste meting. Door de gesprekken die gevoerd zijn heeft er wellicht herkenning en erkenning plaats gevonden over haar eigen capaciteiten waar ze negatief over dacht. Door over deze negatieve gedachten te praten en haar capaciteiten met oefeningen te ervaren heeft ze meer reële gedachten ontwikkeld waardoor nu ook de positieve gedachten meer een plaats hebben gekregen. Tevens doet ze mee bij de quizzen die worden gegeven bij de activiteiten begeleiding. Door positieve ervaringen op te doen, is het mogelijk dat mevrouw haar mentaal welbevinden positiever ervaart. Wat betreft de waardering is te zien dat mevrouw Jansen minder waarde hecht aan de domeinen. Volgens de theorie is dit te verklaren vanuit het positieve zelfbeeld, wat maakt dat ze meer is gaan relativeren en minder waarde hecht aan bijvoorbeeld het feit dat ze niet meer thuis woont. Echter kan de waarde ook gedaald zijn doordat ze er nu langer woont en dat artsen, verpleegkundigen en verzorgers tegen haar hebben gezegd dat ze hier woont vanwege de hulp die ze nodig heeft. Zelfstandig functioneren is niet meer mogelijk. Doordat dit vaak is gezegd, heeft mevrouw zich wellicht erbij neergelegd dat ze niet meer naar haar huis zal terugkeren.

De kwaliteit van leven kan ook door ziekte zijn beïnvloed. Mevrouw van Straten maakt een fysieke achteruitgang door, waarbij voor haar de kwaliteit van leven niet gedaald is maar vanuit de observatielijst wel is aangetoond. Doordat mevrouw qua karakter een doorzetter is en altijd positief naar elementen kijkt, kan een gevolg zijn dat haar kwaliteit van leven niet gedaald is terwijl ze wel diverse lichamelijke aandoeningen heeft.

De resultaten kunnen beïnvloed zijn doordat sommige deelnemers niet alle bijeenkomsten hebben bijgewoond. Binnen een woonzorgcentrum hebben mensen te kampen met ziekte, bezoekers en andere activiteiten waar de prioriteit naar uit gaat. Één a twee bijeenkomsten zijn er gemist door enkele deelnemers wat maakt dat de effectmetingen beïnvloed kunnen zijn.

## **Conclusie**

Binnen dit verslag stond de volgende doelstelling en vraagstelling centraal:

Doelstelling: Onderzoeken of de psychomotorische therapie module 'zelfbeeld ouderen' de kwaliteit van leven van 65-plus bewoners beïnvloed, waarbij het effect wordt gemeten aan de hand van meetinstrumenten (vraag/observatielijst).

Vraagstelling: Wat is het effect van de psychomotorische therapiemodule 'zelfbeeld ouderen', op 65-plus bewoners van een woonzorgcentrum, op de kwaliteit van het leven?

Binnen het theoriehoofdstuk is geconcludeerd dat de begrippen kwaliteit van leven en zelfbeeld met elkaar verbonden zijn. Als een persoon positieve gedachten over zichzelf heeft, zal hij/zij zich prettiger gaan voelen en een beter kwaliteit van leven ervaren. Reboussin e.a. (2000, uit artikel Bos e.a. 2005) en Prins (2012) bevestigen deze conclusie. Marcoen (2004) spreekt over een aanpassingscapaciteit van mensen. Uit zijn onderzoek is gebleken dat mensen met een positief aanpassingsvermogen minder waarde hechten aan nare gebeurtenissen. De waardering die wordt gegeven aan bepaalde aspecten binnen het leven, blijkt beïnvloedbaar vanuit het perspectief hoe mensen naar zichzelf kijken. Door zich minder te focussen op deze negatieve aspecten en te kijken naar de positieve elementen daarbinnen, vindt er een stijging plaats van kwaliteit van leven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een positief zelfbeeld een beter kwaliteit van leven met zich meebrengt, aldus Marcoen (2004).

Naar aanleiding van de theorie over het effect van een positief zelfbeeld op kwaliteit van leven, kan er geconcludeerd worden dat dit ook bij de deelnemers geldt van dit onderzoek. Naar aanleiding van de resultaten van de voor- en nameting van de module 'Zelfbeeld ouderen', is te zien de kwaliteit van leven is gestegen. Bij 75% van de deelnemers is de kwaliteit van leven gestegen (zowel eigen ervaring als vanuit de observatielijst van de verpleegkundige/ verzorger). Binnen het domein *mentaal* welbevinden is zowel het onderwerp *positief zelfbeeld* als het gehele domein in percentage gestegen. Tevens zijn de waarden die de deelnemers hechten over de verschillende aspecten binnen de domeinen, bij allen gedaald. Door zich minder te focussen op aspecten die zij als negatief ervaren en te kijken naar de positieve elementen daarbinnen, vindt er een stijging plaats van kwaliteit van leven. Men kijkt positiever naar zichzelf waarbij ze meer kunnen relativeren over diverse onderwerpen betreffende hun leven. Doordat ze meer kunnen relativeren is de kans groter op het stijgen van kwaliteit van leven, volgens Prins (2012).

Niet alleen een verandering in kwaliteit van leven is een effect maar ook de omgang met de verzorging. Vanuit de observatielijst is te zien dat de verzorgers het gedrag van de deelnemers positiever ervaren na de module dan voor de module. Hieruit is gebleken dat ze de observatielijst positiever hebben ingevuld wat de kwaliteit van leven heeft beïnvloed van de bewoner. Vanuit deze resultaten kan de conclusie getrokken worden dat het uitvoeren van dagelijkse handelingen eenvoudiger toe te passen zijn als de bewoner zich prettiger voelt.

## **Aanbevelingen**

Een aanbeveling voor het woonzorgcentrum de Bundeling te Ruurlo en andere woonzorgcentra binnen Sensire, is om deze module voort te zetten. Hiervoor zal een psychomotorische therapeut deze taak op zich nemen om de module toe te passen binnen het woonzorgcentrum.

Voor de uitwerking van deze module is het gevolg dat er een psychomotorische therapeut aangesteld moeten worden. Een gevolg is dat de psychomotorische therapeut binnen het multidisciplinair team opgenomen zal worden, om miscommunicatie over de module te voorkomen en specifieke informatie uit te wisselen betreffende lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale factoren.

Een aanbeveling is om de module te herschrijven. Binnen de woonzorgcentra is er een kleine ruimte er zijn andere materialen aanwezig dan beschreven in het handboek. De oefeningen sluiten niet altijd aan bij de deelnemers, wat maakt dat herschrijven van de module 'zelfbeeld ouderen' noodzakelijk is. Hieruit zal voortvloeien dat er individuele bijeenkomsten worden uitgeschreven als er deelnemers de vorige bijeenkomsten afwezig waren. Hierdoor hebben ze veel gemist waarbij individuele benaderingen, prettig zou zijn om de module de volgende bijeenkomst weer vorm te geven en voort te zetten.

Tevens kan ik aanbevelen om de vragenlijst en de observatielijst bij alle bewoners af te nemen, om de kwaliteit van leven te bepalen. Zowel bij de eerste als de tweede meting wordt er aanbevolen om dit door dezelfde persoon te laten doen. Aangezien gedrag te verklaren is vanuit de score op kwaliteit van leven, kan er geïntervenieerd worden op het gedrag. Een interventie zou kunnen zijn de module 'Zelfbeeld ouderen'.

## Literatuurlijst

- Biemond L., Spijkstra Y. (2006) *Module 'Zelfbeeld ouderen'*, Url: <http://www.pmtmetouderen.nl/>.
- Bos, A. E. R., Valkenburcht, I. G., Mayer, B., Steenhuis, I. H. M., & Derks, D. (2005). *De weerspiegeling van het uiterlijk in het zelf: Lichaamswaardering, zelfwaardering en sociale vergelijking*, Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 60, 78-87.
- Delfin. O.C., (2005) *depressies, hypnose en hypno-psychotherapie/hypnotherapie*, Praktijk voor Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) en moderne hypnotherapie.  
URL: <http://www.hypnotherapiedelfin.nl/depressie.html>.
- Medio Info, Gezond VGZ, 02-09-2010. URL: <http://www.gezondvgz.nl/%7Bc3ee94e0-bfea-4575-911b-ff4c69ccc4e%7D>.
- Enders-Slegers J.M.P. (2000), *Een leven lang goed gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen*, Universiteit Utrecht, Url:<http://igitur-archive.library.uu.nl/>.
- Elchardus M., & Groof de S., (2005) *Zolang Ge Maar Gezond Zijt en Uwe Man Nog Hebt*, Tijdschriftvoor Gerontologie en Geriatrie, *jaargang 36*(2), 47-59.
- Frijters P.J.G (1992), Frijters Mind Tuning BV, URL: <http://www.mindtuning.nl/negatief-zelfbeeld>.
- Goffin J. (1992) psychomotorische therapeut, werkzaam te GGZ InGeest en met Egmond van. M. (2005) psychomotorische therapeut, afgestudeerd Calo Windesheim Te zwolle, website opgericht, URL: <http://pmtvoorouderen.nl>.
- Harbers MM (RIVM). *Ouderen: Wat is het aanbod?* 8 juni 2009, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM,  
URL: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/wat-is-het-aanbod/>,
- Loomans P. (2005) eigen praktijk De Stressontknoping en mede verantwoordelijk voor het European Zen center Amsterdam De StressOntknoping, Url: <http://www.destressontknoping.nl/positief-zelfbeeld.aspx>.
- Marcoen, A. (2004), *Ontwikkelingspsychologie van de hoge leeftijd: inzichten uit de psychogerontologie*, Universiteit Derde Leeftijd Leuven.
- Medio Info, Gezond VGZ, 02-09-2010  
URL: <http://www.gezondvgz.nl/%7Bc3ee94e0-bfea-4575-911b-ff4c69ccc4e%7D>
- Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), laatst gewijzigd op 31 januari 2012, URL: [www.nwo.nl/kwaliteitvanleven](http://www.nwo.nl/kwaliteitvanleven).
- Kwaliteit van leven, Gezondheid. Initiatief voor onderzoekprogramma*, Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), September 2011, URL:  
[http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP\\_8LBHAL/\\$file/Flyer%20II%20Kwaliteit%20van%20Leven.pdf](http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_8LBHAL/$file/Flyer%20II%20Kwaliteit%20van%20Leven.pdf).
- Neef de M. (2010), *Cognitief gedragstherapeutische behandeling voor een negatief zelfbeeld*, Psycho Praktijk jaargang 2, nummer 4, p. 28-31.
- Pass, J., 07-04-2009 *Positief zelfbeeld speelt belangrijke rol bij het omgaan met afwijzing*, Rijksuniversiteit Groningen (RUG) URL: <http://www.kennislink.nl/publicaties/positief-zelfbeeld-speelt-belangrijke-rol-bij-het-omgaan-met-afwijzing>.
- Poortvliet M.C., Beek van A.P.A (2009), *Zicht op eigen leven. Handleiding vragenlijst en observatielijsten*, Nivel, Actiz, Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Voortgekomen uit onderzoeksrapport Poortvliet M.C., van Beek A.P.A, Boer de M.E., Gerritsen D.L., Wagner C., (2006), *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*, NIVEL.

- Prins F. (2011) Vrijgevestigd maatschappelijk werker/coach  
Lid Nederlandse Vereniging Maatschappelijk werkers. Coachingspraktijk 'Mens Centraal' Amersfoort.  
Interview (2012), URL: <http://www.coachingspraktijk-menscentraal.nl/>.
- Savelkoul M. (2010) Welke factoren beïnvloeden eenzaamheid? 22 maart 2012, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, URL: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/leefomgeving/eenzaamheid/welke-factoren-beïnvloeden-eenzaamheid/>.
- Selm van M., Westerhof G.J. & Vos de B. (2007), *Competent en veelzijdig, representatie van ouderen in de Ster-reclame tien jaar later*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, *jaargang 38*, p. 57-64.
- Roosmalen van G. (2007), *Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, *jaargang 38* (3), p. 134-146).
- Robeyns I, De waarden van de wetenschap, 7 juni, 2010, De Jonge Akedemie, URL: <http://www.dejongeakademie.nl/Pages/DJA/24/245.bGFuZz1OTA.html>
- Rurup M.L., Pasman H.R.W., Kerkhof A.J.F.M., Deeg D.J.H., Onwuteaka-Philipsen B.D., *Ouderen die 'klaar met leven' zijn, toekomst verwachtingen en ervaren uitzichtloosheid*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, *jaargang 42*, nummer 4 (2011) p. 159-169.
- Vertté D. (2007) *Beeldvorming van ouderen door ouderen. Hoe kijken ouderen naar zichzelf?* Faculteit voor Psychologie en Educatiewetenschappen, URL: [http://www.vub.ac.be/wetenschapswinkel/publicaties/2006-2007/thesis\\_BFret\\_CGGZ.pdf](http://www.vub.ac.be/wetenschapswinkel/publicaties/2006-2007/thesis_BFret_CGGZ.pdf).
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, versie 4.7, 22 maart, 2012, URL: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/wat-zijn-de-determinanten-van-psychische-on-gezondheid/>.
- Westerhof G., (z.d.) *Identiteit*, De Canon van de Gerontologie,  
URL: <http://www.canongerontologie.nl/individu/identiteit>.
- Witte K.E. (2004), *Wat zijn de determinanten van psychische (on)gezondheid?* Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 22 maart 2012 Bilthoven: RIVM,  
Url: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/wat-zijn-de-determinanten-van-psychische-on-gezondheid>.
- Wouters E., Canters N., Barten F., Hilhorst M., Roukema A, van de Vathorst van de S., Vries de J. & Wijmen van F. (2011), *Diverse Perspectieven op het Begrip Kwaliteit van Leven in de Gezondheidszorg, BOOM, Lemma*.
- Wyck van der H.J.M. voorzitter Nationaal, Ouderen Fonds URL: <http://www.ouderenfonds.nl/zoekresultaten/zoekterm/kwaliteit+van+leven>
- Your Performance (z.d.), Ondernemer Wim Belt & trainer Lia Winata,  
URL: <http://www.yourperformance.nl/>
- Yuri Arcurs, lid sinds December 2005, Fotograaf, Stockfoto- Portret van een glimlachende bejaarde vrouw kijken naar zichzelf in een handheld spiegel  
URL: [http://nl.123rf.com/photo\\_6351299\\_portret-van-een-glimlachende-bejaarde-vrouw-kijken-naar-zichzelf-in-een-handheld-spiegel.html](http://nl.123rf.com/photo_6351299_portret-van-een-glimlachende-bejaarde-vrouw-kijken-naar-zichzelf-in-een-handheld-spiegel.html)
- Zorgorganisatie Sensire (2001), locaties Oost- Gelderland, Sommeren A., Seinen van A.L.J.M. & Zeeders P.



Bijlagen

**Zie deel II**