

Running head: HET VERBAND TUSSEN FYSIEKE AFHANKELIJKHEID EN
ZELFVERTROUWEN



Het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen in de ouderenpopulatie

Bachelorthesis Klinische Gezondheidspsychologie

Departement Psychologie en Gezondheid, Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Tilburg



Naam: E.A. Swart

ANR: 397508

Begeleider: J. Borghuis

Datum: 17 juni 2015

Abstract

The aim of this study was to determine whether there was a negative association between physical dependence and self-esteem in elderly, and whether this association was stronger for males than for females.

Ninety-five participants, ranging between 65 and 98 years of age, were asked to fill in questionnaires. These questionnaires consisted of questions concerning demographic information, a version of the measurement instrument GARS-2 (Groningen Activiteiten Restrictie Schaal) to measure the physical dependence, and the measurement instrument RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale) to measure the self-esteem. A hierarchical multiple regression analysis was performed to determine whether there was an association between physical dependence and self-esteem. Furthermore, another hierarchical multiple regression analysis was performed to investigate the moderating role of gender on the association between physical dependence and self-esteem.

The results revealed that there was a negative association between physical dependence and self-esteem. However, this association was not different for males than for females.

This study showed that the higher the physical dependence, the lower the self-esteem. This is an important finding because if caregivers of the elderly are informed about this negative association between physical dependence and self-esteem, they can take it into account and probably will be more aware of the feelings by the older population.

Keywords: elderly, physical dependence, ADL, self-esteem, self-confidence

Samenvatting

In het huidige onderzoek werd gekeken of er een negatief verband bestond tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen bij ouderen, en of dit verband sterker was voor mannen dan voor vrouwen.

Bij 95 ouderen, met een leeftijd variërend van 65 tot 98 jaar, werden schriftelijke vragenlijsten afgenomen. De vragenlijsten die in dit onderzoek werden gebruikt bevatten vragen over demografische gegevens, een versie van het meetinstrument GARS-2 (Groningen Activiteiten Restrictie Schaal) om de fysieke afhankelijkheid te meten en het meetinstrument RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale) om het zelfvertrouwen te meten. Door middel van een hiërarchische multiële regressie analyse werd gekeken of er een verband bestond tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Vervolgens werd er een hiërarchische multiële regressie analyse uitgevoerd om het modererende verband van geslacht op het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen te onderzoeken.

De resultaten lieten zien dat er een negatief verband bestond tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Echter, was dit verband niet anders voor mannen dan voor vrouwen.

Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat hoe hoger men de mate van fysieke afhankelijkheid rapporteerde, hoe lager men de mate van het zelfvertrouwen rapporteerde. Dit is een belangrijke bevinding omdat als zorgverleners en de omgeving van ouderen op de hoogte zijn van dit negatieve verband, dan kunnen zij wellicht meer rekening houden met de gevoelens van de ouderenpopulatie.

Keywords: ouderen, fysieke afhankelijkheid, ADL, zelfvertrouwen

Het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen

De ouderenzorg is een zeer actueel onderwerp in onze samenleving. Er wordt in de media en door diverse politici aanzienlijk veel gesproken over het toenemende aantal ouderen en de bijkomende kosten die de sterk groeiende ouderenpopulatie met zich meebrengt. De positieve ontwikkelingen in geavanceerde medische behandelingen, de verbeteringen in gezondheidsgedrag en de biomedische vooruitgang hebben geresulteerd in de sterk groeiende toename van de ouderenpopulatie en deze trend zal naar verwachting de komende decennia doorzetten. Naar schattingen stijgt de toename van 65 plussers in de jaren 2010 tot 2020 al tussen de 29,7% en 36,4%, wat zorgt voor een zeer sterke toename van ouderen in onze maatschappij (Taylor, Cable, Faulkner, Hillsdon, Narici & Van Der Bij, 2004). Ook de levensverwachting is door de genoemde positieve ontwikkelingen gestegen, maar helaas krijgen veel ouderen te maken met fysieke klachten en chronische ziektes. Als we ouder worden zijn we namelijk gevoeliger voor chronische aandoeningen, functionele beperkingen en handicaps. Dit resulteert vaak in minder fysiek en psychisch welbevinden en een verminderde kwaliteit van leven (Rejeski, Focht, Messier, Morgan, Pahor & Penninx, 2002; McAuley, Konopack, Motl, Morris, Doerksen & Rosengren, 2006). De hogere levensverwachting gaat dus menigmaal gepaard met een verminderd fysiek functioneren waardoor ouderen fysiek afhankelijk kunnen worden van hun omgeving (Unger, McAvay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999). Hierdoor kunnen ouderen het gevoel van onafhankelijkheid en autonomie verliezen (Evans, 1984). De fysieke afhankelijkheid, die eventueel door het ouderdomsproces en de daarbij horende gezondheidsproblematiek kan ontstaan, is mogelijk ook gerelateerd aan het zelfvertrouwen van ouderen. Daarom staat in dit onderzoek het verband tussen zelfvertrouwen en fysieke afhankelijkheid bij ouderen centraal. De vraag is of er een verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, en of dit verband eventueel anders is voor mannen dan voor vrouwen.

Zelfvertrouwen is een dimensie van welbevinden en een component van zelfevaluatie (Fagerström, Holst & Hallberg, 2007). Eveneens wordt zelfvertrouwen gezien als de subjectieve beoordeling van eigenwaarde (Leary & Baumeister, 2000). Ook heeft zelfvertrouwen betrekking op de individuele zelfevaluatie van sociale identiteit (Bailis & Chipperfield, 2002). Uit voorgaand onderzoek blijkt dat het zelfvertrouwen afneemt op oudere leeftijd (Robins &

Trzesniewski, 2005; Orth & Robins, 2014). Verschillende onderzoeken laten zien dat zelfvertrouwen toeneemt in de adolescentie tot volwassenheid, en dat dit weer afneemt op oudere leeftijd (Wagner, Gerstorf, Hoppmann & Luszcz, 2013; Wagner, Lang, Neyer & Wagner, 2014). Er zijn echter inconsistente bevindingen over de mate van afname in zelfvertrouwen op oudere leeftijd. Sommige onderzoeken suggereren een relatief sterke afname op oudere leeftijd (Orth, Robins & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski & Robins, 2010; Shaw, Liang & Krause, 2010), terwijl andere onderzoeken concluderen dat de afname in zelfvertrouwen klein is (Wagner et al., 2013; Wagner et al., 2014). Hoewel er in deze onderzoeken inconsistentie bestaat over de daadwerkelijke mate van afname in zelfvertrouwen, is er wel eensgezindheid over het gegeven *dat* er een afname bestaat van zelfvertrouwen op oudere leeftijd. De daling van het zelfvertrouwen in de ouderenpopulatie wordt ook in verband gebracht met de afname van gezondheid, cognitieve vaardigheden en sociaal-economische status (Orth et al., 2010; Wagner et al., 2013). Zelfvertrouwen is juist een belangrijk aspect van het psychisch welbevinden en het wordt gezien als een essentieel component van welzijn (Bandura, 1997).

Zoals eerder genoemd zijn ouderen gevoeliger voor diverse fysieke beperkingen, chronische aandoeningen en handicaps (Rejeski et al., 2002; McAuley et al., 2006). De toenemende levensverwachting gaat ook samen met een toename van fysieke kwetsbaarheid (Robine & Michel, 2004). Voorbeelden van veel voorkomende ziektes en chronische aandoeningen bij ouderen zijn: chronische obstructieve longziekten, reumatoïde artritis en artrose, coronaire hartziekten, diabetes, diverse soorten kanker, een verminderd cognitief functioneren, incontinentie, een verhoogde bloeddruk, achteruitgang van het gehoor en zicht en osteoporose (Kamel et al., 2000; Wilson et al., 1998; Le Pen et al., 2005; Amery et al., 1985; Meneilly & Tessier, 2001; Molander et al., 1990; Holmes & Hearne, 1981; Smits et al., 1999; Nichol et al., 1999; Crews & Campbell, 2004). Door de genoemde fysieke beperkingen en chronische aandoeningen kan de lichamelijke activiteit van ouderen afnemen. Zij krijgen daardoor te maken met verlies aan mobiliteit en worden meer afhankelijk van hun omgeving en zorgverleners. Hierdoor kan een minder lichamenlijk actieve levensstijl ontstaan. Uit onderzoek is gebleken dat een lichamenlijk actieve levensstijl juist erg belangrijk is voor zowel de fysieke als psychologische gezondheid (Penedo & Dahn, 2005). Afname in lichamenlijke activiteit als gevolg van fysieke beperkingen wordt ook in verband gebracht met vermoeidheid, slaapproblemen,

depressie en angst (Seekins, White, Ravesloot, Norris, Szalda-Petree, Lopez, Golden & Young, 1999). De vaak bij ouderen voorkomende fysieke beperkingen worden dus ook geassocieerd met de psychologische gezondheid. Onderzoek toont aan dat er bij ouderen een hoge mate van comorbiditeit bestaat tussen fysieke gezondheidsproblemen en depressieve klachten (Berkman, Kasl, Freeman, Ostfeld & Brody, 1986; Wells et al., 1989). Een slechte fysieke gezondheid is één van de meest belangrijke risicofactoren voor depressie bij ouderen (Geerlings, Beekman, Deeg & Van Tilburg, 2000).

Om de fysieke afhankelijkheid in kaart te brengen, richten we ons in dit onderzoek op de lichamelijke basishandelingen die bij fysieke afhankelijkheid een rol kunnen spelen. Deze basishandelingen worden ook wel ‘Activiteiten van het Dagelijks Leven’ genoemd, ofwel ‘ADL’ (Iwarsson, 2005; Werngren-Elgström, Carlsson & Iwarsson, 2009). Deze handelingen betreffen het *geheel zelfstandig kunnen uitvoeren* van zaken zoals bijvoorbeeld het aan en uit kleden, het in en uit bed komen en het gehele lichaam wassen en afdrogen (Kempen, Doeglas & Suurmeijer, 1993). Het kunnen uitvoeren van deze lichamelijke basishandelingen zijn een belangrijk aspect van fysieke onafhankelijkheid. De functionele capaciteit van ouderen om de ADL handelingen zelfstandig en zonder hulp uit te kunnen voeren is uit onderzoek erg belangrijk gebleken, omdat de zelfstandigheid en daarmee de onafhankelijkheid van anderen leidt tot gevoelens van het hebben van een zinvol leven en tevredenheid (Iwarsson, Isacson & Lanke, 1998; Werngren-Elgström et al., 2009). Zelfstandig actief kunnen participeren in de samenleving is positief gerelateerd aan een goede gezondheid en het wordt gezien als een essentieel aspect van het individueel welbevinden, en deze aspecten kunnen leiden tot een betere kwaliteit van leven (Schmid, 2004; Clark et al., 1997; Iwarsson et al., 1998; Werngren-Elgström et al., 2009).

Er is echter tot op heden weinig onderzoek verricht naar het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Ondanks het summiere aanbod in de literatuur met betrekking tot dit verband zijn er inconsistente resultaten gevonden. Het onderzoek van Nygren, Iwarsson en Dehlin (2000) vond geen significant verband tussen fysieke afhankelijkheid, met betrekking tot de ADL, en zelfvertrouwen. In tegenstelling tot het vorige onderzoek vonden Iwarsson en Isacson (1997) een significant negatief verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Zoals eerder besproken blijkt uit onderzoek dat het zelfvertrouwen afneemt op oudere leeftijd en kunnen de fysieke beperkingen, die veel voorkomend zijn bij het

ouderdomsproces, resulteren in minder fysiek en psychisch welbevinden en een verminderde kwaliteit van leven (Robins & Trzesniewski, 2005; Orth & Robins, 2014; Rejeski et al., 2002; McAuley et al., 2006). De fysieke beperkingen, die kunnen leiden tot fysieke afhankelijkheid, worden dus negatief geassocieerd met de psychologische gezondheid. Zelfvertrouwen blijkt juist, ook zoals eerder beschreven, een belangrijk aspect te zijn van het psychisch welbevinden en het wordt gezien als een essentieel component van welzijn (Bandura, 1997). Daarom wordt op basis van deze bevindingen in het huidige onderzoek een negatief verband verwacht tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen.

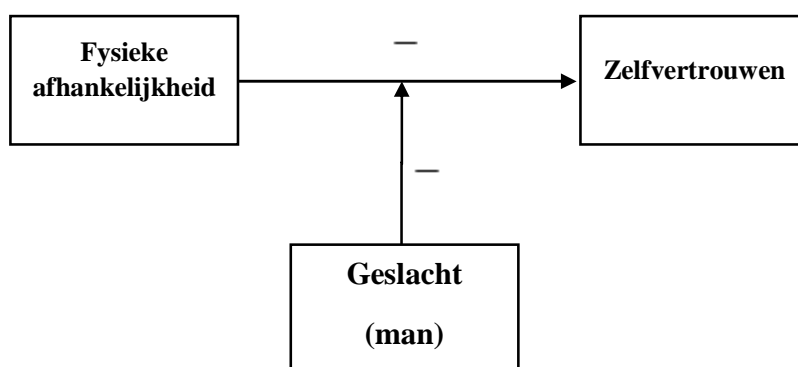
Ook is er weinig bekend of dit verband anders is voor mannen dan voor vrouwen. Er wordt in de literatuur wel gesteld dat mannen gemiddeld genomen groter en fysiek sterker zijn dan vrouwen (Bribiescas, 2009). Evolutionair gezien krijgen vrouwen ten opzichte van mannen vaker 'automatisch' te maken met zorgafhankelijke periodes in het leven. Dit wordt veroorzaakt door de reproductieve vruchtbare jaren en de hormonale veranderingen tijdens de overgang (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996). Vrouwen krijgen hierdoor te maken met diverse fysieke problemen en kunnen daardoor noodgedwongen afhankelijk zijn van zorg. Een voorbeeld van fysieke afhankelijkheid is de afhankelijkheid die kan ontstaan tijdens en na de zwangerschap. Hierdoor worden vrouwen zorgafhankelijk, bijvoorbeeld tijdens de bevalling, van de omgeving en zorgverleners. Door dit proces hebben vrouwen de bereidwilligheid om de 'zieke rol' aan te nemen (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996). Ook werd in onderzoek gesteld dat chronische ziekten bij mannen een mogelijke bedreiging kunnen vormen voor de masculiniteit (Charmaz, 1994). Mannen worden over het algemeen gezien als fysiek sterker dan de vrouw en als zij opeens geconfronteerd worden met de 'zieke rol' waardoor ze zorgafhankelijk kunnen worden, kan dat eventueel de gevoelens van mannelijkheid aantasten en mogelijk zorgen voor minder zelfvertrouwen. Op basis van deze bevindingen wordt er verwacht dat het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen sterker is voor mannen dan voor vrouwen.

Concluderend uit de voorgaande bevindingen neemt op oudere leeftijd het zelfvertrouwen af en neemt de fysieke afhankelijkheid toe door de beperkingen die kunnen optreden tijdens het ouderdomsproces. In dit huidige onderzoek zijn wij daarom geïnteresseerd in de vraag of er bij ouderen een verband bestaat tussen de fysieke afhankelijkheid van anderen en het zelfvertrouwen. De onderzoeksvraag luidt als volgt: is er een verband tussen fysieke afhankelijkheid en

zelfvertrouwen, en is dit verband anders voor mannen dan voor vrouwen? De bijbehorende hypothesen zijn: er bestaat een negatief verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, en het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen is sterker voor mannen dan voor vrouwen. Voor het conceptuele model van de onderzoeksvraag en de bijbehorende hypothesen kan figuur 1 geraadpleegd worden.

Deze onderzoeksvraag met de bijbehorende hypothesen hebben een belangrijke maatschappelijke relevantie. Het is zeer relevant omdat het aantal ouderen aanzienlijk toeneemt en zij worden door het ouderdomsproces veelvuldig geconfronteerd met fysieke afhankelijkheid. Als we door dit onderzoek te weten komen of er een eventueel verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen en of er hierbij ook geslachtsverschillen bestaan, dan kan dit waardevol zijn voor de behandeling van ouderen. Ouderen zullen zich mogelijk beter begrepen voelen door anderen als zij fysiek afhankelijk zijn of worden en hierdoor kunnen zij wellicht meer sociale steun verkrijgen van de omgeving. Sociale steun is namelijk erg belangrijk omdat het gevoelens van zelfvertrouwen, eigen identiteit en controle over de omgeving kan verhogen, en dit zijn gevoelens die kunnen leiden tot een betere gezondheid en een hogere zelfwaardering (Cassel, 1976; Hammer, 1981; Thoits, 1983; Wills, 1985; Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995).

Figuur 1. Het conceptuele model van het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen met geslacht als moderator.



Methode

Om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, en of dit verband anders is voor mannen dan voor vrouwen, is er in dit

onderzoek gebruik gemaakt van een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Bij dit onderzoeksdesign is echter de causaliteit niet vast te stellen omdat alle gegevens op één moment in de tijd gemeten zijn.

Participanten

Middels het programma G*Power werd een a priori poweranalyse uitgevoerd (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007; Cohen, 1988). Hieruit bleek dat er aan het huidige onderzoek minimaal 85 respondenten moesten deelnemen voor een medium effect size (Cohen, 1988). Om de onderzoeksvraag en de bijbehorende hypothesen te toetsen is er een schriftelijke vragenlijst afgenomen bij 98 respondenten met een leeftijd variërend van 65 tot 98 jaar. Er werd door de onderzoekers bij drie respondenten tijdens het afnemen van de vragenlijsten geconstateerd dat zij door cognitieve problemen, vermoedelijk dementie, niet in staat bleken te zijn de vragen daadwerkelijk te beantwoorden. Deze vragenlijsten waren daardoor ook niet volledig ingevuld en zij werden na afloop van het onderzoek vernietigd. Hierdoor bevatte de dataset geen missende waarden. Uiteindelijk bestond de onderzoekspopulatie uit 95 respondenten waarvan 38 mannen (40%) en 57 vrouwen (60%). De gemiddelde leeftijd was $M_{leeftijd} = 83,46$ met een standaarddeviatie van $SD = 7,59$. De onderzoekspopulatie bestond uit ouderen die woonachtig waren in een verzorgingstehuis. De respondenten waren afkomstig uit de regio Noord-Brabant en zij beheersten allemaal de Nederlandse taal.

Procedure

Het onderzoek heeft op drie verschillende locaties in Noord-Brabant plaatsgevonden. De eerste locatie was verzorgingshuis 'Catharinahof (BrabantZorg)' te Grave, de tweede locatie was Woonzorgcentrum 'Den Herdgang (De Wever)' te Tilburg en de derde locatie was Woonzorgcentrum 'De Heikant (De Wever)' te Tilburg. De respondenten zijn benaderd in de periode van 18 maart 2015 tot 15 april 2015. De vragenlijsten werden bij de respondenten op deze locaties onder begeleiding van een onderzoeker afgenomen. Omdat de onderzoekspopulatie in deze studie uit ouderen bestond, had dit als doel om eventuele misvattingen over vragen te voorkomen. Als er namelijk bepaalde onduidelijkheden ontstonden over de vragen, dan konden de onderzoekers deze verduidelijken of herhalen. Er was een papieren versie van de vragenlijst beschikbaar die de respondenten onder begeleiding in konden vullen. Voorafgaand aan elke afname werden duidelijke instructies gegeven. De respondenten wisten op voorhand niet wat de

onderzoeksvraag of doelstelling van het onderzoek was. Als introductie werd aan de respondenten duidelijk gemaakt dat het onderzoek volledig anoniem was en er werd gevraagd of zij geheel vrijwillig met het onderzoek akkoord gingen. Ook werd benadrukt dat zij desgewenst zonder opgaf van reden op elk willekeurig moment mochten stoppen. Er werd door de onderzoekers ook verteld dat het om een afstudeeropdracht ging voor de Universiteit van Tilburg, en dat het niet werd gebruikt voor andere (commerciële) doeleinden. Ook werd met hen besproken dat er geen goede of slechte antwoorden bestonden, en dat ook de antwoorden volledig anoniem verwerkt werden. Na afloop van het onderzoek werd nogmaals benadrukt dat zij nog steeds zonder opgaf van reden mochten afzien van hun deelname. De respondenten ontvingen geen vergoeding in euro's voor hun deelname, maar zij konden achteraf als dank meedoen met een loting. Bij deze loting werden er verschillende prijzen verloot, waaronder verrassingspakketten met diverse producten, zakjes met chocolade paaseitjes en dozen bonbons. De respondenten hadden na afloop van het onderzoek de mogelijkheid om zijn of haar naam op een papiertje te schrijven en deze konden zij in een afgesloten doos deponeren. Er waren twee aparte dozen beschikbaar, namelijk één voor mannen en één voor vrouwen. Toen het onderzoek ten einde was, werden er willekeurig door verschillende personeelsleden uit elke doos een evenredig aantal winnaars gekozen. De vragenlijsten waren vooraf ingevoerd in het softwareprogramma 'Qualtrics'. Nadat de dataverzameling bij de drie genoemde locaties was afgerond, werden de ingevulde vragenlijsten door de onderzoekers ingevoerd in het softwareprogramma 'Qualtrics'.

Meetinstrumenten

Om de fysieke afhankelijkheid en het zelfvertrouwen te meten, zijn er in dit onderzoek twee vragenlijsten aan de respondenten voorgelegd. Allereerst zijn er algemene gegevens van de respondenten verzameld zoals leeftijd en geslacht. Daarna volgde er een vragenlijst om de zelfredzaamheid op verzorgend gebied vast te kunnen stellen om de fysieke afhankelijkheid te meten. Tenslotte volgde er een vragenlijst om het zelfvertrouwen van de respondenten te meten.

De Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS)

Om de zelfredzaamheid van de respondenten op verzorgend gebied te meten werd er gebruik gemaakt van de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS; Kempen, Doeglas & Suurmeijer, 1993). Dit is een meetinstrument waarmee problemen met zelfredzaamheid op

verzorgend en huishoudelijk gebied kunnen worden vastgesteld. Zoals eerder genoemd waren we in dit huidige onderzoek vooral geïnteresseerd in de eerste elf vragen van de GARS, betreffende de items over de ‘Activiteiten van het Dagelijks Leven’ (ADL). Hiervoor werd gekozen omdat de fysieke afhankelijkheid op verzorgend gebied van de respondenten in kaart moest worden gebracht. Dit had als doel om te onderzoeken of de respondenten bijvoorbeeld al dan niet hulp nodig hadden bij naar het toilet gaan of bij het wassen en aankleden. Er werd gebruik gemaakt van een sub-schaal van de GARS, die de problemen met zelfredzaamheid op verzorgend gebied in kaart bracht. De vragenlijst kan zowel mondeling als schriftelijk worden afgenomen. Bij de beantwoording van de vragenlijst gaat het om het vaststellen wat de respondent feitelijk nog zelfstanding doet, al dan niet met moeite. Met de GARS kan onder andere de ernst van een beperking in kaart worden gebracht en het kan eveneens een rol spelen bij het bepalen van de behoefte aan professionele zorg. De GARS bestaat uit twee dimensies, namelijk: ‘Activiteiten van het Dagelijks Leven’ (ADL) en beperkingen in ‘Instrumentele of Huishoudelijke Activiteiten van Dagelijks Leven’ (HDL). De vragenlijst bevat in totaal achttien items waarbij de bovenstaande twee subschalen worden onderscheiden. De eerste elf items meten de ADL en daarop volgende zeven items meten de HDL. Alle achttien items worden op een 4-puntsschaal gescoord (1 = “Ja, dat kan ik geheel zelfstandig zonder enige moeite”, 2 = “Ja, dat kan ik geheel zelfstandig, maar wel met enige moeite”, 3 = “Ja, dat kan ik geheel zelfstandig, maar met veel moeite”, 4 = “Nee, dat kan ik niet zelfstandig, maar alleen met hulp van anderen”). Bij deze vragenlijst wordt er gekeken naar de somscore van de items. Hogere scores zijn indicatief voor meer beperkingen bij het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Er kunnen ook verschillende varianten van de GARS worden gehanteerd, namelijk de GARS-4, GARS-3 of GARS-2. Het nummer achter de GARS staat voor het aantal antwoordcategorieën (4, 3 of 2).

Er is in dit onderzoek gekozen voor een variant gebaseerd op de gedichotomiseerde GARS-2. De antwoordcategorieën waren teruggebracht naar twee antwoordmogelijkheden (0 = “Ja, dat kan ik geheel zelfstandig, zonder hulp van anderen”, 1 = “Nee, dat kan ik niet geheel zelfstandig, maar alleen met hulp van anderen”). Enkele voorbeelditems waren: “Kunt u zich, geheel zelfstandig aan- en uitkleden?” en “Kunt u, geheel zelfstandig, eten en drinken?”. Om de fysieke afhankelijkheid van ouderen te meten ging specifiek om de vraag of zij wel of geen hulp van anderen nodig hadden om de ADL activiteiten uit te kunnen voeren, en niet zozeer om de

vraag of zij zelf enige of veel moeite hadden met het uitvoeren van de desbetreffende activiteiten. De totaalscore werd berekend door de scores van de elf items te sommeren. De somscores konden variëren van nul tot elf. Een hogere score was indicatief voor minder zelfredzaamheid op verzorgend gebied en waren dus meer hulpbehoevend bij het uitvoeren van de ADL activiteiten. De vragenlijst had een goede betrouwbaarheid met een Cronbach's alfa van $\alpha = 0,82$.

De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, is ook het zelfvertrouwen bij de respondenten gemeten. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van de Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). Dit is een veelgebruikt instrument om het zelfvertrouwen (ofwel een positieve globale zelfwaardering) van individuen te meten. Het is van origine een Engelstalige vragenlijst, maar deze is op een zorgvuldige manier vertaald naar het Nederlands (RSES; Franck et al., 2008). De RSES bevat een schaal die bestaat uit tien stellingen, en het meet zowel positieve als negatieve gevoelens van respondenten. De stellingen gaan over de algemene gevoelens ten opzichte van respondenten zelf. Alle tien items worden op een 4-punt Likert-schaal gescoord (1 = "Helemaal Niet Akkoord", 2 = "Niet Akkoord", 3 = "Akkoord" en 4 = "Helemaal Akkoord"). Voorbeelden van enkele de stellingen zijn "Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede kwaliteiten heb" en "Ik neem een positieve houding aan ten opzichte van mezelf". Bij deze vragenlijst wordt er gekeken naar de somscore van de stellingen, die hierbij kan variëren van nul tot dertig. Een hogere totaalscore is indicatief voor meer zelfvertrouwen ofwel een meer positieve globale zelfwaardering. De vragenlijst had een goede betrouwbaarheid met een Cronbach's alfa van $\alpha = 0,78$.

Statistische analyse

Voor de descriptieve statistieken werd een onafhankelijke t-toets uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verschil was tussen mannen en vrouwen op fysieke afhankelijkheid. Hierbij was geslacht de onafhankelijke variabele en fysieke afhankelijkheid de afhankelijke variabele. Vervolgens werd door middel van een Pearson r correlatie gekeken of er sprake was van een significant verband tussen leeftijd en fysieke afhankelijkheid. Om te onderzoeken of er een significant verschil was tussen mannen en vrouwen op zelfvertrouwen, werd een onafhankelijke t-toets uitgevoerd waarbij geslacht de onafhankelijke variabele was en

zelfvertrouwen de afhankelijke variabele. Tot slot, werd door middel van een Pearson r correlatie gekeken of er sprake was van een significant verband tussen leeftijd en zelfvertrouwen.

Om te onderzoeken of er een verband bestond tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, werd een multiële hiërarchische regressie analyse uitgevoerd met zelfvertrouwen als de afhankelijke variabele, fysieke afhankelijkheid als onafhankelijke variabele en geslacht en leeftijd als controle variabelen. In de hiërarchische multiële regressie analyse werden de variabelen geslacht, leeftijd en fysieke afhankelijkheid toegevoegd en werd door middel van de 'R Square' gekeken naar de totaal verklaarde variantie in zelfvertrouwen. Tot slot, werd door middel van de 'R Square Change' gekeken of elke variabele een significante bijdrage had aan de proportie verklaarde variantie in zelfvertrouwen.

Om te onderzoeken of het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen anders was voor mannen dan voor vrouwen, werd een multiële hiërarchische regressie analyse uitgevoerd. Hierbij was zelfvertrouwen de afhankelijke variabele, fysieke afhankelijkheid, geslacht en interactie de onafhankelijke variabelen en leeftijd de controle variabele. In de hiërarchische multiële regressie analyse werden de variabelen leeftijd, fysieke afhankelijkheid, geslacht en de interactie tussen fysieke afhankelijkheid en geslacht toegevoegd. Na het uitvoeren van de analyse werd door middel van de 'R Square' gekeken naar de totaal verklaarde variantie in zelfvertrouwen. Tot slot, werd er door middel van de 'R Square Change' gekeken of de interactie tussen fysieke afhankelijkheid en geslacht een significante bijdrage had aan de proportie verklaarde variantie in zelfvertrouwen.

Resultaten

Descriptieve statistieken

De algemene descriptieve statistieken kunnen geraadpleegd worden in Tabel 1. Gezien de Skewness waarden zich tussen de -1 en 1 bevonden kan geconcludeerd worden dat de variabelen normaal verdeeld waren.

Om te onderzoeken of er een significant verschil was tussen mannen en vrouwen op fysieke afhankelijkheid werd een onafhankelijke t-toets uitgevoerd, waarbij geslacht de onafhankelijke variabele was en fysieke afhankelijkheid de afhankelijke variabele. Hoewel mannen ($M = 0,40$, $SD = 0,26$) een wat hogere score hadden op fysieke afhankelijkheid dan

vrouwen ($M = 0,38$, $SD = 0,24$), lieten de resultaten zien dat dit verschil statistisch niet significant was ($t(93) = 0,46$, $p = 0,65$, 95% CI [-0,08, 0,13]).

Tabel 1

Descriptieve statistieken (N = 95)

	Minimum	Maximum	Mean	St. dev.	Skew	Kurtosis
Geslacht (vrouw)	0	1	0,60		-0,42	-1,87
Leeftijd	65	98	83,46	7,59	-0,19	-0,59
Fysieke afhankelijkheid	0,00	0,91	0,39	0,25	0,07	-0,96
Zelfvertrouwen	2,00	4,00	2,92	0,42	0,19	-0,16

Vervolgens werd door middel van een Pearson r correlatie gekeken of er sprake was van een significant verband tussen leeftijd en fysieke afhankelijkheid. De resultaten lieten zien dat dit verband positief en significant was, wat wilde zeggen dat hoe ouder men werd, hoe fysiek afhankelijker men werd ($r = 0,38$, $p < 0,001$).

Om te onderzoeken of er een significant verschil was tussen mannen en vrouwen op zelfvertrouwen werd een onafhankelijke t-toets uitgevoerd, waarbij geslacht de onafhankelijke variabele was en zelfvertrouwen de afhankelijke variabele. Hoewel vrouwen ($M = 2,95$, $SD = 0,43$) een iets hogere score hadden op zelfvertrouwen dan mannen ($M = 2,89$, $SD = 0,42$), lieten de resultaten zien dat dit verschil statistisch niet significant was ($t(93) = -0,60$, $p = 0,55$, 95% CI [-0,23, 0,12]).

Tot slot, werd door middel van een Pearson r correlatie gekeken of er sprake was van een significant verband tussen leeftijd en zelfvertrouwen. Hoewel dit verband negatief was, was het statistisch niet significant ($r = -0,14$, $p = 0,19$).

Verklarende statistieken

Het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Om te onderzoeken of er een verband bestond tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, werd een multiële hiërarchische regressie analyse uitgevoerd met zelfvertrouwen als de afhankelijke variabele, fysieke afhankelijkheid als onafhankelijke variabele en geslacht en leeftijd als controle variabelen. Uit de resultaten bleek dat het verband tussen geslacht als controle variabele en zelfvertrouwen als afhankelijke variabele statistisch niet significant was, gecontroleerd voor

leeftijd en fysieke afhankelijkheid ($\beta = 0,04$; zie Tabel 2). Wel liet de richting van het verband zien dat vrouwen gemiddeld genomen een hogere score hadden op zelfvertrouwen dan mannen. Hoewel de resultaten lieten zien dat de richting van het verband tussen leeftijd als controle variabele en zelfvertrouwen als afhankelijke variabele positief was, gecontroleerd voor geslacht en fysieke afhankelijkheid, was dit verband statistisch niet significant ($\beta = 0,09$; zie Tabel 2). Er is dus onvoldoende bewijs om de resultaten te mogen generaliseren naar de populatie. In tegenstelling tot de voorgaande resultaten bleek het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen significant te zijn, gecontroleerd voor geslacht en leeftijd ($\beta = -0,58$; zie Tabel 2). Uit deze resultaten kwam naar voren dat het om een negatief verband ging, namelijk dat fysieke afhankelijkheid negatief gerelateerd was aan zelfvertrouwen. Dit wilde zeggen dat hoe hoger men de mate van fysieke afhankelijkheid rapporteerde, hoe lager men mate van zelfvertrouwen men rapporteerde, wat in overeenstemming was met de eerste hypothese. Deze studie heeft dus voldoende bewijs gevonden om deze resultaten te mogen generaliseren naar de populatie.

Tot slot liet de hiërarchische multiële regressie analyse zien dat de variabelen geslacht, leeftijd en fysieke afhankelijkheid samen 30,8% van de totale variantie in zelfvertrouwen verklaarden, $R^2 = ,31$, $F(3, 91) = 13,50$, $p < ,001$. Dit is een medium effect size (Cohen, 1988). Het toevoegen van de variabele geslacht leidde tot een toename van 0,4% verklaarde variantie in zelfvertrouwen, $\Delta R^2 < ,01$, $F(1, 93) = 0,37$, $p = ,55$. Het toevoegen van de variabele leeftijd leidde tot een toename van 1,8% verklaarde variantie in zelfvertrouwen, $\Delta R^2 = ,02$, $F(1, 92) = 1,70$, $p = ,20$. Het toevoegen van de variabele fysieke afhankelijkheid leidde tot een toename van 28,6% verklaarde variantie in zelfvertrouwen, $\Delta R^2 = ,29$, $F(1, 91) = 37,62$, $p < ,001$ (zie Tabel 2).

Moderatie van geslacht op het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Een hiërarchische multiële regressie analyse werd uitgevoerd om te onderzoeken of het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen sterker was voor mannen dan voor vrouwen, gecontroleerd voor leeftijd. Hoewel de resultaten lieten zien dat het verschil in sterkte van dit verband statistisch niet significant was, kwam de richting van het verband wel overeen met de tweede hypothese ($\beta = 0,03$; zie Tabel 2). Uit de resultaten bleek dat het negatieve verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen sterker was voor mannen ($B = -1,02$) dan voor vrouwen ($B = -0,96$). Ondanks dit gevonden resultaat, is er geen overtuigend bewijs gevonden om de resultaten te mogen generaliseren naar de populatie.

Vervolgens liet de multiële regressie analyse zien dat de variabelen leeftijd, geslacht, fysieke afhankelijkheid en de interactie samen 30,8% van de totale variantie in zelfvertrouwen verklaarden, $R^2 = ,31$, $F(4, 90) = 10,03$, $p < ,001$. Dit is een medium effect size (Cohen, 1988). Het toevoegen van de interactie aan het model waarin de predictoren geslacht, leeftijd en fysieke afhankelijkheid waren opgenomen, leidde tot een toename van 0% verklaarde variantie in zelfvertrouwen, $\Delta R^2 = ,00$, $F(1, 90) = 0,03$, $p = ,86$ (zie Tabel 2). De interactie die aan het model toegevoegd was, had geen verklarende waarde in de afhankelijke variabele zelfvertrouwen.

Tabel 2

Samenvatting van Hiërarchische Multiële Regressie Analyse voor Variabelen die het Zelfvertrouwen Voorspellen (N = 95)

Predictor	ΔR^2	B	SE	β
Stap 1				
Geslacht	<0,01	0,05	0,09	0,06
Stap 2				
Geslacht		0,05	0,09	0,06
Leeftijd	0,02	-0,01	0,01	-0,13
Stap 3				
Geslacht		0,03	0,08	0,04
Leeftijd		0,01	0,01	0,09
Fysieke afhankelijkheid	0,29**	-0,98**	0,16	-0,58
Stap 4				
Geslacht		0,01	0,14	0,01
Leeftijd		0,01	0,01	0,09
Fysieke afhankelijkheid		-1,02**	0,23	-0,60
Geslacht x fysieke afh.	0,00	0,06	0,30	0,03
Totaal R^2	0,31**			
n	95			

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussie

In het huidige onderzoek stonden de onderwerpen zelfvertrouwen en fysieke afhankelijkheid (bij de algemene activiteiten van het dagelijks leven, 'ADL') bij ouderen vanaf 65 jaar en ouder centraal. Er werd onderzocht of er een verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, en of dit verband anders is voor mannen dan voor vrouwen.

Allereerst lieten de resultaten bij de descriptieve statistieken zien dat er een significant positief verband was tussen leeftijd en fysieke afhankelijkheid, wat suggereerde dat hoe ouder men werd, hoe fysiek afhankelijker men werd. Verder lieten de resultaten zien dat hoewel er een negatief verband was tussen leeftijd en zelfvertrouwen, dit verband niet significant was. Ook werd geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen en fysieke afhankelijkheid. Echter, liet de richting van het verband zien dat mannen een hogere score hadden op fysieke afhankelijkheid dan vrouwen. Tot slot scoorden vrouwen iets hoger op zelfvertrouwen dan mannen, maar ook dit verschil was niet significant.

In onze eerste hypothese werd verwacht dat er een negatief verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen bij ouderen. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat er inderdaad een negatief verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen. Dit gevonden resultaat was dan ook in overeenstemming met de eerste hypothese, en het betrof een significant resultaat. Dit gevonden resultaat is niet in overeenstemming met het onderzoek van Nygren, Iwarsson en Dehlin (2000), maar komt daarentegen wel overeen met het onderzoek van Iwarsson en Isacson (1997).

In onze tweede hypothese werd verwacht dat het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen sterker is voor mannen dan voor vrouwen. Hoewel de resultaten lieten zien dat de richting van het verband in overeenstemming was met de tweede hypothese, was dit verband niet significant, waardoor deze hypothese niet bevestigd werd. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat steekproefgrootte niet voldoende was om een klein modererend verband te vinden. Uit een post hoc poweranalyse bleek dat er wel voldoende participanten hadden deelgenomen aan het huidige onderzoek om een medium effect size te vinden voor een statistische power van 0,80 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007; Cohen, 1988). Echter, bevatte de steekproef onvoldoende participanten om een kleine effect size te vinden voor een statistische power van 0,80, omdat uit de post hoc poweranalyse bleek dat er met het huidige

aantal participanten een power werd bereikt van 0,28 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007; Cohen, 1988). Het is mogelijk dat er een klein modererend verband bestond, wat door het huidige onderzoek niet gevonden werd vanwege een te kleine steekproefgrootte en dit kon zorgen voor onvoldoende statistische power. Een suggestie voor vervolgonderzoek zou daarom zijn om het modererend verband van geslacht op fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen wederom te onderzoeken met een grotere steekproef om voldoende statistische power te hebben om een kleine effect size te kunnen vinden waardoor er eventueel wel een modererend verband gevonden kan worden.

Een andere mogelijke verklaring voor het niet vinden van een modererend verband zou eventueel kunnen zijn dat de eerder verwachte geslachtsverschillen op het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen, toch in de ouderenpopulatie minder sterk zijn dan eerder verondersteld in dit onderzoek. Zoals eerder besproken krijgen vrouwen ten opzichte van mannen evolutionair gezien vaker ‘automatisch’ te maken met zorgafhankelijke periodes in het leven door de reproductieve vruchtbare jaren en de hormonale veranderingen tijdens de overgang (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996). Vrouwen zouden door dit proces meer de bereidwilligheid hebben om de ‘zieke rol’ aan te nemen (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996). Het zou echter zo kunnen zijn dat mannen ook meer bereidwillig zijn deze ‘zieke rol’ te accepteren tijdens het ouderdomsproces, omdat dit nu eenmaal hoort bij het ouder worden door de veelvoorkomende fysieke beperkingen en chronische aandoeningen, waardoor de geslachtsverschillen met betrekking tot dit verband kleiner kunnen zijn. Ook kan hierdoor wellicht minder sprake zijn van de eerder genoemde mogelijke bedreiging van de masculiniteit door chronische ziekten bij mannen (Charmaz, 1994), omdat dit vanuit een evolutionair perspectief op oudere leeftijd mogelijk een minder grote rol speelt ten opzichte van bijvoorbeeld jonge mannen die nog volop in de reproductieve fase zitten. Tijdens de reproductieve fase moeten mannen namelijk onderling meer concurreren met elkaar, omdat zij als het ware moeten ‘vechten’ voor de aandacht van vrouwen (Buss, 1999; Fetchenhauer & Buunk, 2005). Vrouwen hebben in vergelijking met mannen minder vruchtbare jaren en daarom zijn vrouwen, met het oog op reproductie, selectiever in de partnerkeuze dan mannen. Om er als man voor te zorgen dat zijn ‘genetisch materiaal’ wordt doorgegeven, is het uiterst belangrijk dat de vrouw hem ‘selecteert’ voor de reproductie van het nageslacht. Daarom moeten mannen tijdens de reproductieve fase

concurreren met elkaar om deze ‘evolutionaire strijd’ te winnen (Fetchenhauer & Buunk, 2005; Buss & Shackelford, 1997). Als bepaalde mannen in de reproductieve fase fysiek afhankelijk worden door fysieke beperkingen, dan worden zij misschien als minder aantrekkelijk beschouwd door het andere geslacht. Hierdoor worden deze mannen misschien minder snel of niet ‘geselecteerd’ voor het creëren van nageslacht. Dit kan voor mannen eventueel als zeer problematisch worden ervaren en het zou mogelijk een aanslag kunnen zijn op hun zelfvertrouwen en masculiniteit. Een suggestie voor vervolgonderzoek zou daarom zijn om te onderzoeken of er een verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen bestaat bij (jong)volwassenen, en of dit verband dan sterker is voor mannen dan voor vrouwen.

De huidige resultaten kunnen geïnterpreteerd worden als hoe afhankelijker men wordt met betrekking tot het fysieke domein, hoe minder zelfvertrouwen men heeft. Uit dit onderzoek is gebleken dat dit verband niet verschilt tussen mannen en vrouwen. Een modererend verband van geslacht op fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen is dus bij dit onderzoek niet gevonden.

Het huidige onderzoek bevat tevens nog enkele beperkingen. Het onderzoek betrof een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek. Alle vragen waren op één moment in de tijd gemeten. Bij dit onderzoeksdesign is de causaliteit niet vast te stellen. Een suggestie voor vervolgonderzoek zou daarom zijn om voor een longitudinale opzet te kiezen. De onderzoekers zijn dan minder afhankelijk van één specifiek meetmoment.

Ook het aantal respondenten kan een beperking zijn, evenals de onderzoekspopulatie in dit onderzoek. Het aantal respondenten bleek middels de uitgevoerde poweranalyse in principe voldoende te zijn, maar voor de betrouwbaarheid zou het beter zijn als er meer respondenten deelnemen omdat het om de betrouwbaarheid van de schatting van de sterkte van het verband in de populatie gaat. Tevens is het onderzoek verricht bij drie verschillende verzorgingstehuizen en alle drie waren zij gelegen in de provincie Noord-Brabant. Als er meer diversiteit was geweest met betrekking tot de locatie, dan zou dit meer representatief zijn voor de ouderenpopulatie in Nederland. Ook zou een suggestie voor vervolgonderzoek zijn om meer diversiteit te genereren wat betreft nationaliteit. In dit onderzoek hebben alleen respondenten van Nederlandse afkomst deelgenomen. Aangezien er in Nederland sprake is van een multiculturele samenleving is het misschien erg belangrijk om bij vervolgonderzoek verschillende nationaliteiten te mee te nemen in de onderzoekspopulatie. Dit ook met als doel om de representativiteit te verhogen en

eventueel te onderzoeken of het verband tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen met als moderatie geslacht misschien een ander verloop heeft dat dit onderzoek.

Wat voornamelijk opviel als beperking, is dat tijdens het onderzoek werd geconstateerd dat de respondenten soms sociaalwenselijke antwoorden gaven. De vragenlijsten werden bij de respondenten onder begeleiding van een onderzoeker afgenomen omdat de onderzoekspopulatie in dit onderzoek uit ouderen bestond. Het onder begeleiding afnemen van vragenlijsten had als doel om eventuele misvattingen over vragen te voorkomen. Als er bepaalde onduidelijkheden ontstonden over de vragen, dan konden de onderzoekers deze verduidelijken of herhalen. Doordat er een onderzoeker bij het invulmoment aanwezig was, voelden de respondenten zich misschien niet vrij om de desbetreffende vragen naar waarheid in te vullen. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de vragen soms zeer persoonlijk van aard waren, zoals de vraag of ze nog wel zelfstandig en zonder hulp naar het toilet konden gaan. Een suggestie voor vervolgonderzoek zou zijn om een respondent apart te nemen in een ruimte waarin zij misschien meer het gevoel van anonimiteit ervaren. In dit onderzoek werden de vragenlijsten voornamelijk in algemene ruimtes afgenomen (zoals de gezamenlijke eetzaal), waardoor andere medebewoners soms ook mee konden luisteren. Dit zorgde bij sommige respondenten voor zichtbare spanning en dit kon weer eventuele sociaalwenselijke antwoorden in de hand werken. Nochtans deze beperking had dit onderzoek wel een kwalitatief karakter waardoor de onderzoekers direct op konden merken welke vragen er onduidelijk waren en deze waar nodig meteen verduidelijken. Hier was bewust voor gekozen om ook te voorkomen dat de respondenten anders zomaar iets in zouden kunnen vullen, terwijl zij misschien bepaalde vragen niet goed begrepen en dat zou de betrouwbaarheid van het onderzoek zeker niet ten goede komen. Ook konden de onderzoekers opmerken of bepaalde ouderen niet geschikt waren om deel te nemen aan het onderzoek door bijvoorbeeld cognitieve problematiek. Hierdoor bevatte de data geen missende waarden.

Conclusie

Het huidige onderzoek is maatschappelijk zeer relevant. Dit omdat zoals eerder genoemd de positieve ontwikkelingen in medische behandelingen en de verbeteringen in gezondheidsgedrag heeft geresulteerd in een grote toename van de ouderenpopulatie in de maatschappij. De hogere levensverwachting gaat vaak gepaard met een sterk verminderd fysiek functioneren waardoor ouderen fysiek afhankelijk kunnen worden van de omgeving (Unger et al,

1999). Uit dit onderzoek en de resultaten kwam naar voren dat er inderdaad een negatief verband bestaat tussen fysieke afhankelijkheid en zelfvertrouwen en dit resultaat was significant. Dit kan waardevolle informatie zijn voor de behandeling van ouderen. Als de zorgverleners en de omgeving van ouderen hiervan op de hoogte zijn kunnen zij misschien meer rekening houden met de gevoelens van ouderen. Zoals eerder besproken kunnen ouderen zich misschien beter begrepen voelen door anderen wanneer zij fysiek afhankelijk zijn of worden, en kunnen zij misschien meer sociale steun krijgen. Sociale steun is namelijk erg belangrijk want het verhoogt juist gevoelens van zelfvertrouwen, eigen identiteit, controle over de omgeving, en dit zijn gevoelens die leiden tot een betere gezondheid en hogere zelfwaardering (Cassel, 1976; Hammer, 1981; Thoits, 1983; Wills, 1985; Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995). Ook kan er misschien hulp geboden worden aan ouderen met als doel de fysieke onafhankelijkheid te stimuleren. Uit onderzoek blijken er namelijk bepaalde psychosociale factoren te zijn, die geassocieerd worden met het in stand houden van de fysieke onafhankelijkheid. De psychosociale factoren betreffen ook hier onder andere sociale steun en het hebben van een sociaal netwerk. Deze beschermende factoren worden bij ouderen geassocieerd met een lager sterfterisico, een daling van cardiovasculaire ziektes en een vermindering van functieverlies (Berkman, 1995; Seeman et al, 1996). Het aanmoedigen van gezond gedrag en het verbeteren van het gevoel van zelfvertrouwen blijken ook beschermende factoren zijn (Krause & Borawski-Clark, 1994). Al deze zaken kunnen resulteren in meer fysiek en psychisch welbevinden en een betere kwaliteit van leven.

Er zijn diverse beschermende factoren waardoor ouderen misschien minder fysiek afhankelijk kunnen worden, of zich in ieder geval beter begrepen voelen door hun omgeving. Dit onderzoek zorgt voor meer kennis over fysieke afhankelijkheid gerelateerd aan zelfvertrouwen bij ouderen. Ieder mens zal het hoogstwaarschijnlijk zeer onprettig vinden om fysiek afhankelijk te worden en ouderen worden er helaas vaak automatisch mee geconfronteerd door het ouderdomsproces. Dit geeft stof tot denken over hoe om te gaan met ouderen die dus veelal te maken hebben met deze afhankelijkheid. Sociale steun is essentieel gebleken om iets van verlichting te kunnen bieden aan het soms emotioneel en fysiek zware ouderdomsproces.

Referenties

- Amery, A., Brixko, P., Clement, D., De Schaepdryver, A., Fagard, R., Forte, J., & Williams, B. (1985). Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly trial. *The Lancet*, *325*, 1349-1354.
- Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. WH Freeman and Co., 1997.
- Bailis, D. S., & Chipperfield, J. G. (2002). Compensating for Losses in Perceived Personal Control Over Health A Role for Collective Self-Esteem in Healthy Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*, 531-539.
- Berkman, L. F., Berkman, C. S., Kasl, S., Freeman, D. H., Leo, L., Ostfeld, A. M., & Brody, J. A. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, *124*, 372-388.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 245-254.
- Bribiescas, R. G. (2009). *Men: Evolutionary and life history*. Harvard University Press.
- Buss, D. (1999). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Boston: Allyn and Bacon.
- Buss, D., & Shackelford, T. (1997). Human aggression in evolutionary psychological perspective. *Clinical Psychological Review*, *17*, 605-619.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, *104*, 107-123.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *The Sociological Quarterly*, *35*, 269-288.
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Jama*, *278*, 1321-1326.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *American Journal of Public Health*, *94*, 823-829.

- Evans, J. G. (1984). Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *Journal of chronic diseases, 37*, 353-363.
- Fagerström, C., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 44*, 181-201.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Fetchenhauer, D., & Buunk, B. P. (2005). How to explain gender differences in fear of crime: Towards an evolutionary approach. *Sexualities, Evolution & Gender, 7*, 95-113.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica, 48*, 25-35.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological medicine, 30*, 369-380.
- Haken, L. M., Steverink, N., Van Den Heuvel, W. J., & Lindenberg, S. M. (2002). Orientation towards living in an old age home: an instrument to predict use of an old age home. *Scandinavian journal of caring sciences, 16*, 353-359.
- Hammer, M. (1981). 'Core' and 'extended' social networks in relation to health and illness. *Social Science and Medicine, 17*, 405-411.
- Holmes, F. F., & Hearne 3rd, E. (1981). Cancer stage-to-age relationship: implications for cancer screening in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 29*, 55-57.
- Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person–environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *The Gerontologist, 45*, 327-336.
- Iwarsson, S., & Isacsson, Å. (1997). Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 26*, 71-83.

- Iwarsson, S., Isacson, Å., & Lanke, J. (1998). ADL dependence in the elderly population living in the community: the influence of functional limitations and physical environmental demand. *Occupational therapy international*, 5, 173-193.
- Kamel, H. K., Hussain, M. S., Tariq, S., Perry III, H. M., & Morley, J. E. (2000). Failure to diagnose and treat osteoporosis in elderly patients hospitalized with hip fracture. *The American journal of medicine*, 109, 326-328.
- Kempen, G. I. J. M., Doeglas, D. M., Suurmeijer, T. H. P. B. M. (1993). Het meten van problemen met zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied met de GARS: een handleiding. Groningen: *Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen*.
- Kempen, G. I. J. M., & Suurmeijer, T. P. (1990). The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The Gerontologist*, 30, 497-502.
- Keysor, J. J. (2003). Does late-life physical activity or exercise prevent or minimize disablement?: a critical review of the scientific evidence. *American journal of preventive medicine*, 25, 129-136.
- Krause, N., & Borawski-Clark, E. (1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research on Aging*, 16, 251-279.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in experimental social psychology*, 32, 1-62.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 68, 518.
- Le Pen, C., Reygrobelle, C., & Gérentes, I. (2005). Financial cost of osteoarthritis in France: The "COART" 11Study on the "COûts de l'ARThrose", or the costs engendered by Arthritis, in France, on the initiative of Laboratoires NEGMA-LERADS. France study. *Joint Bone Spine*, 72, 567-570.
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science & medicine*, 42, 617-624.

- McAuley, E., Konopack, J. F., Motl, R. W., Morris, K. S., Doerksen, S. E., & Rosengren, K. R. (2006). Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. *Annals of behavioral Medicine, 31*, 99-103.
- Meneilly, G. S., & Tessier, D. (2001). Diabetes in elderly adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*, M5-M13.
- Molander, U., Milsom, I., Ekelund, P., & Mellström, D. (1990). An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas, 12*, 51-60.
- Nichol, K. L., Baken, L., Wuorenma, J., & Nelson, A. (1999). The health and economic benefits associated with pneumococcal vaccination of elderly persons with chronic lung disease. *Archives of Internal Medicine, 159*, 2437-2442.
- Nygren, C., Iwarsson, S., & Dehlin, O. (2000). Exploration of subjective well-being and dependence in daily activities at the beginning of the geriatric rehabilitation process: a challenge to traditional goal-setting and evaluation procedures?. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 30*(3), 173-184.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 1271-1288.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*, 645-658.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry, 18*, 189-193.
- Rejeski, W. J., Focht, B. C., Messier, S. P., Morgan, T., Pahor, M., & Penninx, B. (2002). Obese, older adults with knee osteoarthritis: weight loss, exercise, and quality of life. *Health Psychology, 21*, 419.
- Robine, J. M., & Michel, J. P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59*, M590-M597.

- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Princeton, NJ: Florence Slade, Princeton University Press.
- Schmid, T. (2004). Meanings of creativity within occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 80-88.
- Seekins, T., White, G., Ravesloot, C., Norris, K., Szalda-Petree, A., Lopez, J. C., Golden, K., & Young, Q. (1999). Developing and evaluating community-based health promotion programs for people with disabilities. In R. J. Simeonsson, & L. N. McDevitt (Eds), *Issues in disability and health: The role of secondary conditions and quality of life* (221–238). Chapel Hill, NC: University of North Carolina, FPG Child Development Center.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Charpentier, P., Blazer, D., Albert, M., & Tinetti, M. (1995). Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 50A, 177-183.
- Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and race differences in the trajectory of self-esteem. *Psychology and Aging*, 25, 84-94.
- Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American journal of epidemiology*, 150, 978-986.
- Svensson, T. (1991). Intellectual exercise and quality of life in the frail elderly. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 256-275.
- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., & Van Der Bij, A. K. (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of sports sciences*, 22, 703-725.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L., & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, S245-S251.

- Wagner, J., Gerstorf, D., Hoppmann, C., & Luszcz, M. A. (2013). The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. *Journal of Personality and Social Psychology, 105*, 139-153.
- Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: The role of resources. *European Journal of Ageing, 11*, 109-119.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama, 262*, 914-919.
- Werngren-Elgström, M., Carlsson, G., & Iwarsson, S. (2009). A 10-year follow-up study on subjective well-being and relationships to person–environment (P–E) fit and activity of daily living (ADL) dependence of older Swedish adults. *Archives of gerontology and geriatrics, 49*, e16-e22.
- Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Levy, D., Belanger, A. M., Silbershatz, H., & Kannel, W. B. (1998). Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation, 97*, 1837-1847.