

University of Groningen

## De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen

Suzanne van Calker, [No Value]

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2011

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Suzanne van Calker, . N. V. (2011). De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Groningen: s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Wetenschapswinkels



rijksuniversiteit  
 groningen

# **De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen**

*The quality of life of visually impaired elderly*

**Masterthese Klinische en Ontwikkelingspsychologie  
Onderzoeksverslag**

Suzanne van Calker

1683047  
Juni 2011  
Afdeling Psychologie  
Rijksuniversiteit Groningen  
Examinator: Prof. Dr. R. Sanderman  
Dagelijkse begeleider: Dr. G.J. Dijkstra

**Colofon:**

*Vraagnummer:* GV 38/2010/C

*Titel:* De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.  
*Masterthese Klinische en Ontwikkelingspsychologie. Onderzoeksverslag.*

*Auteur:* Suzanne van Calker

*Begeleiding:* Prof. Dr. R. Sanderman, Klinische- en Ontwikkelingspsychologie RuG  
Health Psychology Research SHARE UMCG  
Dr. G. J. Dijkstra, Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid  
UMCG

*Vraagindiener:* Drs. M.A. Alma en drs. S.F. van der Mei, onderzoekers  
Gezondheidswetenschappen UMCG

*Uitgave:* Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid UMCG

*Bezoekadres:* Hanzeplein 1, De Brug, 9713 GZ Groningen

*Telefoon:* 050 – 363 9080

*Email:* j.tuinstra@med.umcg.nl

*Datum:* Juni 2011

## **Voorwoord**

Het in dit verslag beschreven onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Masterthese van de opleiding Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Deze Masterthese gaat over de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Er is onderzocht hoe hoog de kwaliteit van leven is van visueel beperkte ouderen. Daarnaast is onderzocht wat de invloed en bijdrage is van de gezondheid en het psychosociale welbevinden op de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.

Langs deze weg wil ik Geke bedanken voor de goede begeleiding bij deze Masterthese. Ik heb met veel plezier onder haar begeleiding aan dit onderzoek gewerkt.

## **Inhoudsopgave**

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Summary</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2 Methode</b>	<b>9</b>
2.1 Achtergrond	9
2.2 Onderzoeksdeelnemers	9
2.3 Materiaal	9
2.4 Procedure en statistische analyse	13
<b>3 Resultaten</b>	<b>15</b>
3.1 Onderzoeksgroep	15
3.2 Kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen	15
3.3 Samenhang gezondheidsvariabelen, psychosociale variabelen en kwaliteit van leven	16
3.4 Relatie aantal interacties en tevredenheid met de ontvangen sociale steun	18
3.5 Onafhankelijke bijdragen van de gezondheid en het psychosociaal welbevinden aan de kwaliteit van leven	18
<b>4 Discussie</b>	<b>21</b>
<b>5 Referenties</b>	<b>25</b>

## **Samenvatting**

Visuele beperkingen komen veel voor onder ouderen en als gevolg van de vergrijzing zal het aantal visueel beperkte ouderen in Nederland de komende decennia nog verder toenemen. Uit onderzoek is gebleken dat ouderen met een visuele beperking over het algemeen een lagere kwaliteit van leven ervaren. Verschillende onderzoeken beschrijven de determinanten van de kwaliteit van leven van deze groep ouderen, maar gaan daarbij niet in op de unieke bijdragen van de verschillende determinanten.

Dit onderzoek was er op gericht om daar meer inzicht in te krijgen. Ten eerste is onderzocht hoe hoog de kwaliteit van leven is van visueel beperkte ouderen. Daarnaast is onderzocht wat de invloed en bijdrage is van de gezondheid en het psychosociale welbevinden op de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Hierbij is steeds onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

Voor dit onderzoek is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens die verkregen zijn tijdens het in 2007 uitgevoerde onderzoek naar de maatschappelijke participatie van visueel beperkte ouderen. Tijdens dat onderzoek zijn er veel data verkregen over de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen die tot nu toe ongebruikt waren gebleven.

Uit de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat visueel beperkte ouderen hun kwaliteit van leven als ruim voldoende beoordelen, maar dat ze wel een negatieve impact ervaren van hun visuele beperking. Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen in de beoordeling van de kwaliteit van leven. De factoren die de kwaliteit van leven konden voorspellen verschilden echter wel tussen mannen en vrouwen. Bij de totale populatie kon de kwaliteit van leven voorspeld worden uit de algemene gezondheid, de mentale gezondheid, problemen met zelfredzaamheid en de acceptatie van de visuele beperking. Bij mannen kon deze voorspeld worden uit de problemen met zelfredzaamheid, sociale steun, de mate van tevredenheid met de ontvangen sociale steun en het gevoel van eigenwaarde en bij vrouwen bleek alleen de omvang van het sociale netwerk een goede voorspeller te zijn van de kwaliteit van leven.

## **Summary**

Visual impairments are very common in the elderly. Due to the aging of the population the number of visually impaired elderly will strongly increase over the decades to come. Several studies showed that visually impaired elderly have a lower quality of life. Different studies reported the determinants of the quality of life of visually impaired elderly, but do not explain the unique contributions of each determinant.

The present study aims to gain more insight with respect to the unique contribution of each determinant. First, the quality of life of the visually impaired elderly was examined. Further, the influence and contribution of health and psychosocial well-being to the quality of life of the visually impaired elderly was examined. In addition, gender differences were taken into account.

For this study the data of a study that was executed in the year 2007 were used for a secondary analysis. The data were gathered to assess the degree of participation of the visually impaired elderly. Quality of life of the visually impaired elderly was one of the parameters included in this study. Until now, these quality of life data were unused.

We can conclude that visually impaired elderly experience a good quality of life, although they do experience a negative impact of their visual impairment. There was no gender difference in quality of life. However, the factors that predicted quality of life did differ to males and females. The quality of life of the total group was predicted by their general health, mental health, problems with independence and acceptance of the visual impairment. For men the quality of life was predicted by problems with independence, social support, the degree of satisfaction with the received social support and self-esteem. For women, only the size of the social network was a good predictor of the quality of life.

## 1 Inleiding

Visuele beperkingen komen veel voor onder ouderen en door de vergrijzing zal het aantal visueel beperkte ouderen in Nederland de komende decennia steeds verder toenemen (Limburg, 2007). Ouderen met een visuele beperking worden eigenlijk dubbel belast; naast de normale gevolgen van het ouder worden ervaren ze ook de gevolgen van hun visuele beperking, die een mogelijke dreiging voor hun onafhankelijkheid in het dagelijks leven kunnen zijn (Heyl & Wahl, 2001).

Een visuele beperking is een chronische conditie waaronder zowel blindheid als slechtiendheid worden gerekend (Limburg, 2007). De meeste definities voor blindheid en slechtiendheid zijn gebaseerd op metingen van de visus en het gezichtsveld (Limburg, 2007). Men spreekt van een normale visus als deze 1.0 is en een normaal gezichtsveld is 160-170 graden horizontaal (Limburg, 2007). Er is sprake van een visuele beperking als de visus minder is dan 0.3 of als het gezichtsveld 30 graden of minder is in het beste oog met beschikbare correctie (Limburg, 2007). Een visus van 0.3 is het vermogen om objecten op 3 meter afstand te zien die een normaal oog op 10 meter afstand kan zien (Limburg, 2007). De belangrijkste oorzaken van visuele beperkingen zijn leeftijdsgebonden maculadegeneratie (ouderdomsziekte van het centrale netvlies), cataract (staar), refractieafwijkingen, glaucoom en diabetische retinopathie (netvliesafwijkingen ten gevolge van suikerziekte) (Limburg, Keunen en van Rens, 2009).

Het begrip kwaliteit van leven is een multidimensioneel concept dat gedefinieerd wordt vanuit het subjectieve perspectief (Van Heck, 2008). Kwaliteit van leven wordt door de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) gedefinieerd als de waarneming van individuen van hun positie in het leven, in de context van de cultuur en de waardesystemen in hun leven, en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, normen en de zaken die zij belangrijk vinden (Van Heck, 2008). Uit onderzoek is gebleken dat ouderen met een visuele beperking over het algemeen een lagere kwaliteit van leven ervaren, maar dit is niet voor iedereen met een visuele beperking in dezelfde mate het geval (Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010). Voor een deel heeft dit te maken met de mate van de beperking en de gezondheid van de persoon, maar de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen kan ook beïnvloed worden door psychosociale factoren, zoals de omvang van het sociale netwerk, sociale steun, acceptatie van de visuele beperking, valangst en het gevoel van eigenwaarde (Wang & Boerner, 2007; Langelaan, De Boer, Nispen, Wouters, Moll & Van Rens, 2007; Davidson & Marrinan, 2007;



Bowen, 2010).

Uit het onderzoek van Crews & Campbell (2001) blijkt dat met het toenemen van de leeftijd de gezondheid van zowel ouderen met als zonder visuele beperking afneemt. Het valt echter op dat ouderen met een visuele beperking meer gezondheidsproblemen hebben dan ouderen zonder visuele beperking; zo hebben ze vaker te maken met een hoge bloeddruk, hartproblemen en reuma en krijgen ze vaker beroertes (Crews & Campbell, 2001). Visueel beperkte ouderen die naast hun visuele beperking andere chronische condities hebben, ervaren meer pijn en hebben meer problemen met dagelijkse activiteiten dan ouderen die geen comorbide condities hebben (Langelaan et al., 2007). Tevens is gebleken dat visuele beperkingen gerelateerd zijn aan problemen met de mentale gezondheid; een vermindering van het zicht zorgt bij visueel beperkte ouderen voor frustraties, zorgen over het achteruitgaan van het zicht en zorgen over het omgaan met de activiteiten van het dagelijkse leven (Hasell, Lamoureux & Keefe, 2011).

Uit het onderzoek van Langelaan et al. (2007) blijkt dat een visuele beperking bij volwassenen niet vaak leidt tot grote problemen met de directe zelfzorg (zichzelf wassen/aankleden) en mobiliteit, zelfs niet bij de meest ernstig visueel beperkten. Zij beschrijven dat dit overeenkomt met de bevindingen van Massof, Hsu, Baker, Barnett, Park, Deremeik, Rainey & Epstein (2005) waaruit blijkt dat voor jezelf zorgen geen grote visuele eisen stelt. Ouderen die een visuele beperking hebben, zijn echter wel steeds minder actief omdat het uitvoeren van activiteiten meer moeite en energie kost (Hayman, Kerse, La Grow, Wouldes, Robertson & Campbell, 2007). Daarnaast hebben visueel beperkte ouderen moeilijkheden met het uitvoeren van instrumentele dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen en maaltijden bereiden (Williams, Brody, Thomas, Kaplan, Stuart & Brown, 1998). Ouderen lijken de pijn en moeilijkheden die gepaard gaan met hun visuele beperking daarbij wel sneller te accepteren dan jongere mensen en zien het vaak als één van de onvermijdelijke aspecten van het ouder worden (Langelaan et al., 2007).

Wang & Boerner (2007) beschrijven in hun artikel dat het ontwikkelen van een visuele beperking zorgt voor veranderingen in sociale relaties. Er is bewijs voor dat een visuele beperking bij ouderen leidt tot een afname van de omvang van het sociale netwerk en tot een afname van de ontvangen sociale steun (Wang & Boerner, 2007). Sommige ouderen hebben een klein sociaal netwerk waardoor het soms moeilijk is om de steun te ontvangen die nodig is om goed om te gaan met de visuele beperking (Renaud, Levasseur, Gresset, Overbury, Wanet-Defalque, Dubois, Témisjian, Vincent, Carignan & Desrosiers, 2010). Barron, Foxall, von Dollen & Shull (1992) beschrijven dat verschillende onderzoeken hebben laten zien dat een afname van de ontvangen sociale steun kan leiden tot eenzaamheid. Uit de resultaten van

andere onderzoeken blijkt dat het daarbij niet zozeer gaat om de hoeveelheid steun die iemand ontvangt, maar meer om de interpretatie en waarde die er aan de geboden hulp gegeven wordt (Barron et al., 1992; Levasseur, Desrosiers & Noreau, 2004). De resultaten van het onderzoek van Barron et al. (1992) hebben laten zien dat tevredenheid over de ontvangen sociale steun en niet de omvang van het sociale netwerk een goede voorspeller is van de mate van eenzaamheid.

Uit meerdere onderzoeken is daarnaast gebleken dat de ernst van de visuele beperking een bepalende factor is voor de hoogte van iemands gevoel van eigenwaarde (Bowen, 2010; Heyl & Werner, 2001; Beach, Robinet, & Hakim-Larson, 1995). Het blijkt dat visueel beperkte ouderen die een hoog gevoel van eigenwaarde hebben minder afhankelijk zijn van anderen; ze zijn zelfredzamer dan ouderen die een laag gevoel van eigenwaarde hebben (Beach et al., 1995). Volgens Levasseur et al. (2004) hebben visueel beperkte ouderen die een positieve houding hebben en die in staat zijn om zich goed aan te passen aan de beperking een hogere kwaliteit van leven.

Verder blijkt dat het hebben van een visuele beperking het risico op vallen verdubbelt en dat alleen de angst om te vallen er al voor kan zorgen dat iemand zich steeds minder met activiteiten bezig gaat houden (Crews & Campbell, 2001; Davidson & Marrinan, 2007). Een visuele beperking verhoogt bijgevolg het risico op valletsel (Källstrand-Ericson & Hildingh, 2008) en dit kan leiden tot een lagere kwaliteit van leven en een grotere druk op de gezondheidszorg en de directe omgeving (Limburg, 2009).

In de huidige literatuur wordt wel besproken welke de determinanten van de kwaliteit van leven zijn, er wordt echter niet ingegaan op welke unieke bijdragen deze determinanten leveren aan de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Dit onderzoek is er op gericht om daar meer inzicht in te krijgen. Ten eerste zal onderzocht worden hoe hoog de kwaliteit van leven is van visueel beperkte ouderen. Daarna zal onderzocht worden wat de invloed en bijdrage is van de gezondheid en het psychosociale welbevinden op de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Hierbij wordt steeds onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

## **2 Methode**

### **2.1 Achtergrond**

In de zomer van 2007 is er een onderzoek uitgevoerd naar de mate van maatschappelijke participatie van visueel beperkte ouderen, waarbij tevens de determinanten van participatie in kaart zijn gebracht (Alma, Van der Mei, Melis-Dankers, Van Tilburg, Groothoff & Suurmeijer, 2011). Voor dat onderzoek is er tussen 1 juli 2006 en 30 juni 2007 een steekproef getrokken van 350 visueel beperkte oudere cliënten van Visio Noord Nederland. Uiteindelijk hebben daarvan 173 ouderen deelgenomen aan een telefonisch interview waarin vragenlijsten werden afgenomen. De telefonische interviews duurden gemiddeld een uur en zijn afgenomen door Gamma data & consult, nadat door de deelnemers informed consent was gegeven. Tijdens het onderzoek zijn er veel data verkregen over de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen die tot nu toe ongebruikt waren gebleven. Op deze data is voor dit onderzoek een secundaire analyse uitgevoerd.

### **2.2 Onderzoeksdeelnemers**

De belangrijkste inclusiecriteria voor het onderzoek waren dat de cliënten 55 jaar of ouder moesten zijn en een verwijzing moesten hebben naar een revalidatiecentrum volgens de geldende richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Ouderen werden uitgesloten van deelname wanneer zij een auditieve beperking hadden of wanneer zij dementerend of depressief waren.

Van de steekproef van 350 visueel beperkte ouderen voldeden uiteindelijk 264 personen aan deze criteria en daarvan stemden 173 ouderen er mee in om aan het telefonisch interview deel te nemen (respons: 66%). In de analyse van dit onderzoek zijn 24 deelnemers niet meegenomen omdat er van hen te veel gegevens ontbraken. Voor de analyse bleven er dus 149 deelnemers over, waarvan 83 vrouwen en 66 mannen.

### **2.3 Materiaal**

Tijdens de telefonische interviews zijn er verschillende vragenlijsten afgenomen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de beschikbare gezondheids,- en psychosociale variabelen van het onderzoek uit 2007 en de vragenlijsten die in dat onderzoek gebruikt zijn voor het meten van deze variabelen. Voor het meten van de kwaliteit van leven, de gezondheid en het psychosociaal welbevinden is destijds gekozen voor de Visueel Analoge Schaal (VAS), de

Rand-36, de Groninger Activiteiten Restrictie Schaal (GARS), de Social Support Questionnaire for Transactions en Social Support Questionnaire for Satisfaction (SSQT/SSQS), de Ziekte Cognitie Lijst (ZCL), de Falls Efficacy Scale (FES-I) en de Rosenberg Self-esteem Scale (RSE). Hieronder zullen deze vragenlijsten beschreven worden.

### 2.3.1 Visueel Analoge Schaal (VAS)

Er is een VAS-schaal gebruikt om de kwaliteit van leven te bepalen. De deelnemers werd gevraagd om op een schaal van 0 (slechtst mogelijke kwaliteit van leven) tot 10 (best mogelijke kwaliteit van leven) aan te geven hoe ze in het algemeen hun kwaliteit van leven beoordelen. Hogere scores geven een hogere kwaliteit van leven aan.

Tevens is er een VAS-schaal gebruikt om te bepalen hoe hoog de kwaliteit van leven zou zijn als de deelnemers geen visuele beperking zouden hebben. De deelnemers werd gevraagd om op een schaal van 0 (slechtst mogelijke kwaliteit van leven) tot 10 (best mogelijke kwaliteit van leven) aan te geven hoe ze in het algemeen hun kwaliteit van leven zouden beoordelen als ze geen visuele beperking hadden.

De volgende betekenis wordt aan de scores toegekend: 1: zeer slecht, 2: slecht, 3: zeer zwaar onvoldoende, 4: zwaar onvoldoende, 5: onvoldoende, 6: voldoende, 7: ruim voldoende, 8: goed, 9: zeer goed en 10: uitmuntend.

### 2.3.2 Mate van de beperking

De mate van de beperking is bepaald op basis van gegevens uit de dossiers van Visio. Van de visus is het logaritme genomen zodat een lineaire schaal verkregen werd waarop regressie-analyses uitgevoerd kunnen worden (Precision Vision, 2011). Een logMar waarde van 0 geeft weer dat er geen verlies is van het gezichtsvermogen. Negatieve logMar waarden geven het normale gezichtsvermogen weer en positieve logMar waarden geven verlies van het gezichtsvermogen weer (zie figuur 1).

RANGES (ICD-9-CM)		MAgnification Requirement		Visual Acuity Score (letter count)
		MAR (1/V)	Log MAR	
(Near-) Normal Vision	Range of Normal Vision	0.63	-0.2	110
		0.8	-0.1	105
		<b>1.0</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
		1.25	+0.1	95
Mild Vision Loss		1.6	0.2	90
		2.0	0.3	85
		2.5	0.4	80
		3.2	0.5	75
Moderate Vision Loss		4	0.6	70
		5	0.7	65
		6.3	0.8	60
		8	0.9	55
Severe Vision Loss		<b>10</b>	<b>+1.0</b>	<b>50</b>
		12.5	1.1	45
		16	1.2	40
		20	1.3	35
Profound Vision Loss		25	1.4	30
		32	1.5	25
		40	1.6	20
		50	1.7	15
(Near-) Blindness	Near-Blindness	63	1.8	10
		80	1.9	5
		<b>100</b>	<b>+2.0</b>	<b>0</b>
		---	---	---
Blindness		No Light Perception (NLP)		

Figuur 2.1: Ranges gezichtsvermogen (bron: Precision Vision, 2011)

### 2.3.3 Rand-36

De Rand-36 bestaat uit de volgende schalen: fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysiek probleem, rolbeperkingen door emotioneel probleem, mentale gezondheid, algemene gezondheidsbeleving en gezondheidsverandering. Hiervan zijn in dit onderzoek de subschalen algemene gezondheidsbeleving en mentale gezondheid gebruikt.

De schaal voor algemene gezondheidsbeleving meet de subjectieve evaluatie van de algemene gezondheidstoestand. Deze schaal bestaat uit vijf vragen. De deelnemers werd gevraagd om op de vraag “Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?” op een schaal van 1 (slecht) tot 5 (uitstekend) aan te geven hoe ze hun algemene gezondheid beoordelen. Op de andere vier vragen over de algemene gezondheidsbeleving konden de deelnemers op een schaal van 1 (volkomen juist) tot 5 (volkomen onjuist) aangeven hoe juist of onjuist de uitspraken voor hen waren. Een lage score op deze schaal geeft aan dat iemand zijn of haar persoonlijke gezondheid als slecht beoordeelt en verwacht dat deze waarschijnlijk nog achteruit zal gaan. Een hoge score geeft aan dat iemand zijn of haar gezondheid als uitstekend beoordeelt.

De schaal mentale gezondheid bevat vijf vragen over gevoelens van depressie en nervositeit (bijvoorbeeld: Hoe vaak gedurende de afgelopen vier weken voelde u zich erg zenuwachtig?). De deelnemers werd gevraagd om op een schaal van 1 (voortdurend) tot 6 (nooit) aan te geven hoe vaak gedurende de afgelopen vier weken ze zich zo gevoeld hebben. Een lage score geeft aan dat iemand de hele tijd last heeft gehad van zenuwachtigheid en depressie. Een hoge score geeft aan dat iemand zich vredig, kalm en gelukkig voelde gedurende de afgelopen weken.

De Rand-36 scores zijn zodanig getransformeerd dat een hogere score een betere gezondheidstoestand weergeeft.

### 2.3.4 Groninger Activiteiten Restrictie Schaal (GARS)

De GARS bestaat uit de schaal Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL). Om de problemen met zelfredzaamheid van de deelnemers te meten is de schaal Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL) gebruikt. Deze schaal heeft betrekking op het onafhankelijk van anderen kunnen functioneren in de directe omgeving (bijvoorbeeld het kunnen doen van boodschappen of huishoudelijke werkzaamheden). De schaal bestaat uit zeven items, waarbij de deelnemers gevraagd werd of zij deze activiteiten zelfstandig en zonder moeite kunnen uitvoeren (score 1), zelfstandig maar met enige moeite (score 2), zelfstandig maar met veel

moeite (score 3) of dat zij de activiteit niet zelfstandig kunnen uitvoeren, maar alleen met behulp van anderen (score 4). Een hogere score weerspiegelt meer problemen met zelfredzaamheid.

### *2.3.5 Comorbiditeit*

Om na te gaan of er ook sprake is van comorbide condities bij de deelnemers is er gevraagd of de deelnemers naast hun visuele beperking ook last hebben van andere langdurige aandoeningen of handicaps. Hierop kon geantwoord worden met 'ja, namelijk...' of 'nee'. De totaalscore is het aantal comorbide condities. Een hogere score geeft aan dat er sprake is van meer comorbide condities.

### *2.3.6 Vragenlijst sociaal netwerk*

Voor het bepalen van de omvang van het sociale netwerk van de deelnemers zijn er vier open vragen opgesteld. Er werd gevraagd met hoeveel (schoon)kinderen, met hoeveel familieleden, met hoeveel vrienden/kennissen en met hoeveel burenbuurtgenoten de deelnemers regelmatig contact hadden. De totaalscore is verkregen door het aantal contacten op te tellen. Een hogere score geeft aan dat er sprake is van een groter sociaal netwerk.

### *2.3.7 Social Support Questionnaire for Transactions en Social Support Questionnaire for Satisfaction (SSQT/SSQS)*

De Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT) en Social Support Questionnaire for Satisfaction (SSQS) bestaat uit de volgende schalen: Social Companionship (SC), Daily Emotional Support (DES), Problem-oriented Emotional Support (PES), Daily Instrumental Support en Problem-oriented Instrumental Support (PIS). Van deze vragenlijst zijn de schalen Social Companionship (SC) en Daily Emotional Support (DES) afgenomen om de sociale steun te meten.

Beide schalen bestaan uit vijf a-vragen en vijf b-vragen. Met de a-vragen (SSQT) is de ontvangen steun gemeten (bijvoorbeeld: Gebeurt het wel eens dat men met u meevoelt?). Hierop konden deelnemers antwoorden op een schaal van 1 (zelden of nooit) tot 4 (vaak) aangeven hoeveel steun ze ontvangen. Met de b-vragen (SSQS) is gemeten of de ontvangen sociale steun voldoende is (Komt dit overeen met wat u prettig vindt?). Hierop konden deelnemers op een schaal van 1 (veel minder dan ik prettig vind) tot 4 (meer dan ik prettig vind) aangeven hoe tevreden ze zijn met de ontvangen steun.

Een hoge score op de a-vragen geeft aan dat iemand veel steun van anderen krijgt. Uit

het onderzoek van Doeglas, Suurmeijer, Briançon, Moum, Krol, Bjelle, Sanderman & Van den Heuvel (1996) is gebleken dat bij de b-vragen de antwoordcategorieën 3 en 4 samen genomen mogen worden zodat een ordinale schaal verkregen wordt. Hierdoor geeft een hoge score op de b-vragen aan dat iemand tevreden is met de hoeveelheid steun die hij of zij krijgt.

Om de relatie tussen het aantal interacties en de tevredenheid te kunnen onderzoeken zijn de SSQT en SSQS gedichotomiseerd (1 + 2 en 3 + 4) en is de crosstabs procedure uitgevoerd.

### *2.3.8 Ziekte Cognitie Lijst (ZCL)*

Van de Ziekte Cognitie Lijst is de schaal acceptatie afgenomen om de acceptatie van de visuele beperking te meten. Deze schaal bestaat uit zes uitspraken (bijvoorbeeld: Ik heb met mijn beperking leren leven), waarover deelnemers op een schaal van 1 (niet mee eens) tot 4 (helemaal mee eens) aan konden geven in hoeverre ze het met de uitspraak eens zijn. De totaalscore is verkregen door de scores op de vier items op te tellen. Een hogere score op deze schaal geeft een betere acceptatie van de visuele beperking aan.

### *2.3.9 Falls Efficacy Scale (FES-I)*

De FES-I is afgenomen om de mate van valangst te meten. De FES-I bepaalt hoeveel vertrouwen iemand heeft om bepaalde activiteiten te kunnen uitvoeren zonder daarbij te vallen. De schaal bestaat uit 16 activiteiten waarvan de deelnemers op een schaal van 1 (helemaal niet bezorgd) tot 4 (erg bezorgd) aan konden geven tot in hoeverre zij bezorgd zijn om te vallen bij deze activiteiten. De totaalscore is verkregen door de scores op de 16 items op te tellen. Een hogere score geeft een hogere valangst aan.

### *2.3.10 Rosenberg Self-esteem Scale (RSE)*

De RSE is afgenomen om het gevoel van eigenwaarde te meten. De vragenlijst bestaat uit tien beweringen met betrekking tot gedachten over jezelf (bijvoorbeeld: Ik sta positief tegenover mezelf) waarbij de deelnemers gevraagd is om op een schaal van 1 (helemaal mee eens) tot 4 (helemaal mee oneens) aan te geven tot in hoeverre ze het met de beweringen eens zijn. De totaalscore is verkregen door de scores op de tien items op te tellen. Een hogere score op deze schaal geeft een hogere eigenwaarde aan.

## **2.4 Procedure en statistische analyse**

Voor dit onderzoek zijn de ruwe data verkregen van de onderzoekster die in 2007 het onderzoek naar de maatschappelijke participatie van visueel beperkte ouderen heeft uitgevoerd.

Uit de verkregen dataset is een selectie gemaakt van variabelen die nodig waren voor dit onderzoek. In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van de algemene beoordeling van de kwaliteit van leven en de beoordeling van de kwaliteit van leven, indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperking. Als gezondheidsvariabelen zijn de mate van de beperking, de algemene gezondheid, mentale gezondheid, problemen met zelfredzaamheid en comorbiditeit gebruikt. Als psychosociale variabelen zijn sociaal netwerk, hoeveelheid sociale steun, tevredenheid sociale steun, acceptatie, valangst en gevoel van eigenwaarde gebruikt.

Waar nodig zijn items van de vragenlijsten gehercodeerd, zijn items samengenomen en/ of getransformeerd naar een 100-puntsschaal, om tot een eindscore voor de variabelen te komen. Bij missende waarden zijn, zoals vermeld in de handleidingen van de vragenlijsten, persoonlijke schaalgemiddelden ingevuld indien minimaal de helft van de items ingevuld waren. Bij 24 deelnemers is er voor gekozen om de gegevens niet mee te nemen in de analyse omdat er te veel missende waarden waren. Hieruit is een definitief bestand gemaakt dat voor de analyses gebruikt is.

De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen ten opzichte van de beoordeelde kwaliteit van leven indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperking is onderzocht door gemiddelden te vergelijken. Dit werd gedaan voor de totale populatie en voor mannen en vrouwen apart. Met de gepaarde t-toetst is vastgesteld of er significante verschillen zijn tussen beide beoordelingen van de kwaliteit van leven.

De samenhang tussen de gezondheidsvariabelen, de psychosociale variabelen en de afhankelijke variabele kwaliteit van leven is onderzocht door Pearson's correlaties te berekenen. Vervolgens zijn regressie-analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de unieke bijdragen van de gezondheid en het psychosociale welbevinden aan de kwaliteit van leven. Voor het onderling vergelijken van de bijdragen van de gezondheidsvariabelen en psychosociale variabelen aan de regressie is gekeken naar de bètagewichten niet naar de b-gewichten. Dat is niet goed mogelijk met de b-gewichten, omdat er voor de onafhankelijke variabelen verschillende meetschalen zijn gebruikt (Siero, 2009). Dit werd steeds gedaan voor de totale populatie en voor mannen en vrouwen apart. Daarnaast is de crosstabs procedure uitgevoerd om de relatie tussen het aantal interacties en de tevredenheid met de ontvangen sociale steun te bepalen.

Voor alle toetsen is een significantieniveau van 5% aangehouden.



### 3 Resultaten

#### 3.1 Onderzoeksgroep

Tabel 3.1 laat een overzicht zien van de demografische en visusgerelateerde kenmerken van de onderzoeksgroep. Voor de analyse zijn 149 deelnemers geïncludeerd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 72 jaar, met een spreiding van 9.8 jaar. Aan het onderzoek deden 83 vrouwen en 66 mannen mee. Van de deelnemers woonde 53% samen met anderen (met partner en/of kinderen) en was 47% alleenstaand. De deelnemers hadden gemiddeld een matige visuele beperking (gemiddelde LogMar waarde = 0.71, zie tabel 3.1 en figuur 1). Leeftijdsgelateerde maculopathie was de meest voorkomende primaire oorzaak van de visuele beperking van de deelnemers (71%).

Tabel 3.1 Demografische en visusgerelateerde kenmerken van de onderzoeksgroep (n=149).

Kenmerken	Waarde	Percentage
Leeftijd (jaren); gemiddelde $\pm$ SD	72 ( $\pm$ 9.8)	
Geslacht		
Mannen	66	44%
Vrouwen	83	56%
Woonsituatie		
Alleenstaand	70	47%
Samen met anderen	79	53%
Mate van de beperking; gemiddelde $\pm$ SD	0.71 ( $\pm$ 0.57)	
Primaire oorzaak van de visuele beperkingen		
Leeftijdsgelateerde maculopathie	71	48%
Diabetische retinopathie	12	8%
Optische zenuwaandoeningen	10	7%
Aangeboren/erfelijke aandoeningen	6	4%
Hoornvliesandoeningen	4	3%
Glaucoom	3	2%
Cataract	2	1%
Andere primaire oorzaken	9	6%
Combinatie van oorzaken	21	14%
Oorzaak onbekend	11	7%

#### 3.2 Kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen

In tabel 3.2 zijn de gegevens over de kwaliteit van leven weergegeven. In de tabel is te zien dat de deelnemers hun huidige kwaliteit van leven lager beoordeelden dan de kwaliteit van leven, indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperking. Tabel 3.3 laat zien dat dit verschil significant is ( $t = -13.74$ ,  $p < 0.01$ ).

Daarnaast blijkt uit tabel 3.2 dat er geen significante verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in hoe ze hun kwaliteit van leven beoordelen. Ze beoordelen de kwaliteit van leven gemiddeld als ruim voldoende. Ook de beoordeling van de kwaliteit van leven, indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperking verschilt niet tussen mannen en vrouwen. Deze wordt gemiddeld als goed beoordeeld.

Tabel 3.2: Beschrijving van de gegevens over de kwaliteit van leven aan de hand van minimum- en maximumwaarde, gemiddelde en standaarddeviatie (n=149).

Variabele	Minimum	Maximum	M	SD
Algemeen beoordeelde kwaliteit van leven bij:				
Mannen en vrouwen	0	10	7.07	1.45
Mannen	0	10	7.15	1.47
Vrouwen	2	10	7.01	1.44
Beoordeelde kwaliteit van leven, indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperkingen bij:				
Mannen en vrouwen	4	10	8.48	1.30
Mannen	5	10	8.68	1.03
Vrouwen	4	10	8.31	1.47

Tabel 3.3: Verschil tussen algemeen beoordeelde kwaliteit van leven (K1) en beoordeelde kwaliteit van leven, indien er geen sprake zou zijn van een visuele beperking (K2).

	t-waarde	df	p-waarde
K1 vs. K2	-13.74	148	<0.01

### 3.3 Samenhang gezondheidsvariabelen, psychosociale variabelen en kwaliteit van leven

In tabel 3.4, 3.5 en 3.6 is de samenhang tussen de gezondheidsvariabelen, psychosociale variabelen en de kwaliteit van leven weergegeven.

In de tabellen is te zien dat de kwaliteit van leven positief significant samenhangt met de algemene gezondheid, de mentale gezondheid, de omvang van het sociale netwerk, de hoeveelheid sociale steun, de acceptatie van de visuele beperking en het gevoel van eigenwaarde. Het blijkt dus dat de visueel beperkte ouderen bij een betere algemene gezondheid, een betere mentale gezondheid, een groter sociaal netwerk, meer sociale steun, een betere acceptatie van de beperking en/ of een hoger gevoel van eigenwaarde, een hogere kwaliteit van leven ervaren. Tevens is er een positief verband gevonden tussen de kwaliteit van leven en de mate van tevredenheid met de ontvangen sociale steun. Deze is significant voor de totale populatie en voor vrouwen, maar niet voor mannen. Daarnaast blijkt uit de correlaties dat de kwaliteit van leven negatief significant samenhangt met de problemen met zelfredzaamheid en valangst. Naarmate visueel beperkte ouderen meer problemen hebben met zelfredzaamheid en/ of meer valangst hebben, ervaren ze een lagere kwaliteit van leven. Zoals is weergegeven in tabel 3.4, 3.5 en 3.6 is er geen significant verband tussen de mate van de beperking en de kwaliteit van leven. Ook is er geen significant verband tussen het aantal comorbide condities en de kwaliteit van leven.

Wat opvalt aan de correlaties is dat de gezondheidsvariabelen en psychosociale variabelen onderling substantieel samenhangen en dat er samenhang is tussen de gezondheids-, en psychosociale variabelen. Dit zou kunnen betekenen dat er sprake is van multicollineariteit. Om dit te onderzoeken is de variance inflation factor (VIF) uitgerekend. Alle variabelen hadden een VIF van lager dan 4, dat wil zeggen dat er geen sprake is van te grote multicollineariteit (Siero, 2009).

Tabel 3.4: Onderlinge correlaties tussen de gezondheidsvariabelen, de psychosociale variabelen en de afhankelijke variabele Kwaliteit van Leven (KvL) bij de totale populatie (\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ).

	MB	AG	MG	ZR	CO	SN	SS	TS	AC	VA	GE
KvL	0.06	0.44**	0.49**	-0.44**	-0.14	0.32**	0.43**	0.22**	0.38**	-0.33**	0.38**
MB	-	0.14	0.08	0.06	-0.11	-0.11	-0.05	-0.01	0.02	-0.16	0.16*
AG		-	0.39**	-0.38**	-0.40**	0.15	0.25	0.09	0.20	-0.24**	0.27**
MG			-	-0.28**	-0.19*	0.24**	0.30**	0.24**	0.43**	-0.39**	0.31**
PZ				-	0.19*	-0.15	-0.31	-0.17*	-0.18*	0.43**	-0.23**
CO					-	0.07	-0.09	-0.17*	-0.17*	0.08	-0.11
SN						-	0.48**	0.20*	0.09	0.02	0.16
SS							-	0.49**	0.22**	-0.22**	0.33**
TS								-	0.23**	-0.24**	0.15
AC									-	-0.15	0.27**
VA										-	-0.14
GE											-

Tabel 3.5: Onderlinge correlaties tussen de gezondheidsvariabelen, de psychosociale variabelen en de afhankelijke variabele Kwaliteit van Leven (KvL) bij mannen (\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ).

	MB	AG	MG	ZR	CO	SN	SS	TS	AC	VA	GE
KvL	-0.01	0.38**	0.52**	-0.40**	-0.16	0.24*	0.47**	0.04	0.35**	-0.31*	0.42**
MB	-	0.18	-0.03	0.15	-0.17	-0.27*	-0.15	-0.02	0.23**	-0.17	0.05
AG		-	0.36**	-0.20	-0.43**	0.05	0.14	0.05	0.23	-0.29*	0.08
MG			-	-0.20	-0.01	0.24*	0.32**	0.17	0.39**	-0.48**	0.26*
PZ				-	0.17	-0.22	-0.39**	-0.26*	-0.04	0.36**	-0.19
CO					-	0.18	-0.04	0.10	-0.11	0.19	-0.13
SN						-	0.47**	0.31*	-0.04	-0.15	-0.10
SS							-	0.53**	0.07	-0.36**	0.25*
TS								-	0.13	-0.28*	0.14
AC									-	-0.17	0.35**
VA										-	-0.22
GE											-

Tabel 3.6: Onderlinge correlaties tussen de gezondheidsvariabelen, de psychosociale variabelen en de afhankelijke variabele Kwaliteit van Leven (KvL) bij vrouwen (\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ).

	MB	AG	MG	ZR	CO	SN	SS	TS	AC	VA	GE
KvL	0.11	0.49**	0.46**	-0.47**	-0.14	0.39**	0.39**	0.33**	0.39**	-0.34**	0.35**
MB	-	0.11	0.16	0.00	-0.08	-0.02	0.02	-0.01	-0.13	-0.15	0.25*
AG		-	0.46**	-0.52*	-0.38**	-0.28**	0.34**	0.13	0.23*	-0.26*	0.44**
MG			-	-0.36**	-0.32**	0.26*	0.30**	0.27*	0.43**	-0.30**	0.34**
PZ				-	0.21	-0.10	-0.25*	-0.11	-0.27*	0.49**	-0.25*
CO					-	0.00	-0.13	-0.32**	-0.21	0.03	-0.09
SN						-	0.49**	0.14	0.18	0.12	0.36**
SS							-	0.47**	0.34**	-0.13	0.41**
TS								-	0.28*	-0.21	0.15
AC									-	-0.09	0.22
VA										-	-0.07
GE											-

KvL = Kwaliteit van leven

Gezondheidsvariabelen:

MB = Mate van de beperking

AG = Algemene gezondheid

MG = Mentale gezondheid

PZ = Problemen met zelfredzaamheid

CO = Comorbiditeit

Psychosociale variabelen:

SN = Sociaal netwerk

SS = Sociale steun

TS = Tevredenheid sociale steun

AC = Acceptatie

VA = Valangst

GE = Gevoel van eigenwaarde

### 3.4 Relatie aantal interacties en tevredenheid met de ontvangen sociale steun

Om de relatie tussen het aantal interacties en de tevredenheid met de ontvangen sociale steun nader te bepalen is de crosstabs procedure uitgevoerd. Zoals is weergegeven in tabel 3.7 werd er in 82% van de gevallen gerapporteerd dat de deelnemers tevreden waren met de hoeveelheid ontvangen sociale steun en werd er in 18% van de gevallen gerapporteerd dat ze ontevreden waren met de hoeveelheid ontvangen sociale steun.

Tabel 3.10 laat zien dat er in 14% van de gevallen werd gerapporteerd dat de deelnemers weinig interacties hadden en dat ze daar niet tevreden mee waren, terwijl er in 30% van de gevallen gerapporteerd werd dat ze weinig interacties hadden, maar daar wel tevreden mee waren. Daarnaast werd er in 52% van de gevallen gerapporteerd dat de deelnemers veel interacties hadden en daar tevreden mee waren en werd er in 4% van de gevallen aangegeven dat ze veel interacties hadden, maar daar ontevreden mee waren.

*Tabel 3.7: Relatie tussen aantal interacties en tevredenheid met de ontvangen sociale steun (aantal keren dat de relatie voor is gekomen, %)*

	Wel tevreden	Niet tevredenheid
Weinig interacties	446 (30 %)	209 (14 %)
Veel interacties	772 (52%)	63 (4%)
Totaal	1218 (82%)	272 (18%)

### 3.5 Onafhankelijke bijdragen van de gezondheid en het psychosociaal welbevinden aan de kwaliteit van leven

Om meer inzicht te krijgen in de onafhankelijke bijdragen van de gezondheidsvariabelen en psychosociale variabelen aan de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen zijn regressieanalyses uitgevoerd. De uitkomsten hiervan staan in tabel 3.7, 3.8 en 3.9.

#### 3.5.1 De totale populatie

In tabel 3.8 zijn de uitkomsten van de regressieanalyse voor de totale populatie weergegeven. De tabel laat zien dat bij de totale populatie de kwaliteit van leven voorspeld kan worden uit de algemene gezondheid ( $t = 0.17$ ,  $p = 0.03$ ), mentale gezondheid ( $t = 0.17$ ,  $p = 0.03$ ), problemen met zelfredzaamheid ( $t = 0.16$ ,  $p = 0.02$ ), en de acceptatie van de visuele beperking ( $t = 0.16$ ,  $p = 0.03$ ).

Daarnaast is te zien dat bij de totale populatie de mate van de beperking ( $t = 0.02$ ,  $p = 0.75$ ), comorbiditeit ( $t = 0.04$ ,  $p = 0.57$ ), de omvang van het sociale netwerk ( $t = 0.14$ ,  $p = 0.07$ ) sociale steun ( $t = 0.14$ ,  $p = 0.11$ ), mate van tevredenheid met sociale steun ( $t = -0.04$ ,  $p = 0.64$ ), valangst ( $t = -0.08$ ,  $p = 0.30$ ) en het gevoel van eigenwaarde ( $t = 0.12$ ,  $p = 0.08$ ) geen significante bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven.

De gezondheids,- en psychosociale variabelen verklaren gezamenlijk 47% van de totale variantie van kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.

Tabel 3.8: Regressieanalyse bij de totale populatie (n =149)

<i>Onafhankelijke variabele</i>	<i>béta</i>	<i>t-toets</i>	<i>p-waarde</i>
Constante		2.19	0.03
Mate van de beperking	0.02	0.32	0.75
Algemene gezondheid	0.17	2.23	<b>0.03</b>
Mentale gezondheid	0.17	2.15	<b>0.03</b>
Problemen met zelfredzaamheid	-0.19	-2.47	<b>0.02</b>
Comorbiditeit	0.04	0.57	0.57
Sociaal netwerk	0.14	1.83	0.07
Sociale steun	0.14	1.61	0.11
Tevredenheid sociale steun	-0.04	-0.46	0.64
Acceptatie	0.16	2.25	<b>0.03</b>
Valangst	-0.08	-1.04	0.30
Gevoel van eigenwaarde	0.12	1.76	0.08

$R = 0.68$ ;  $R^2=0.47$  en  $F(11,137)=$ ,  $p<0.01$

### 3.5.2 Mannen

In tabel 3.9 zijn de uitkomsten van de regressieanalyse voor mannen weergegeven. De tabel laat zien dat bij visueel beperkte oudere mannen de kwaliteit van leven voorspeld kan worden uit de problemen met zelfredzaamheid ( $t = -0.22$ ,  $p = 0.04$ ), sociale steun ( $t = 0.36$ ,  $p = 0.01$ ), mate van tevredenheid met sociale steun ( $t = -0.33$ ,  $p = 0.01$ ) en het gevoel van eigenwaarde ( $t = 0.24$ ,  $p = 0.02$ ).

Daarnaast is te zien dat bij mannen de mate van de beperking ( $t = 0.04$ ,  $p = 0.73$ ), de algemene gezondheid ( $t = 0.21$ ,  $p = 0.06$ ), mentale gezondheid ( $t = 0.23$ ,  $p = 0.06$ ), comorbiditeit ( $t = 0.04$ ,  $p = 0.73$ ), sociaal netwerk ( $t = 0.13$ ,  $p = 0.25$ ), acceptatie ( $t = 0.15$ ,  $p = 0.17$ ) en valangst ( $t = 0.24$ ,  $p = 0.52$ ) geen significante bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven.

Samen verklaren de gezondheids,- en psychosociale variabelen 60% van de totale variantie van de kwaliteit van leven van visueel beperkte oudere mannen.

Tabel 3.9: Regressieanalyse mannen (n=66)

<i>Onafhankelijke variabele</i>	<i>béta</i>	<i>t-toets</i>	<i>p-waarde</i>
Constante		1.42	0.16
Mate van de beperking	0.04	0.34	0.73
Algemene gezondheid	0.21	1.93	0.06
Mentale gezondheid	0.23	1.95	0.06
Problemen met zelfredzaamheid	-0.22	-2.15	<b>0.04</b>
Comorbiditeit	0.04	0.35	0.73
Sociaal netwerk	0.13	1.17	0.25
Sociale steun	0.36	2.95	<b>0.01</b>
Tevredenheid sociale steun	-0.33	-3.10	<b>0.01</b>
Acceptatie	0.15	1.39	0.17
Valangst	0.07	0.66	0.52
Gevoel van eigenwaarde	0.24	2.36	<b>0.02</b>

$R = 0.77$ ;  $R^2=0.60$  en  $F(11,54)=$ ,  $p<0.01$

### 3.5.3 Vrouwen

In tabel 3.10 zijn de uitkomsten van de regressieanalyse voor vrouwen weergegeven. In de tabel is te zien dat bij visueel beperkte oudere vrouwen de kwaliteit van leven met name voorspeld kan worden uit de omvang van het sociale netwerk ( $t = 0.26$ ,  $p = 0.02$ ).

Daarnaast levert geen van de andere variabelen een significante bijdrage aan de kwaliteit van leven; de mate van de beperking ( $t = 0.09$ ,  $p = 0.34$ ), algemene gezondheid ( $t = 0.22$ ,  $p = 0.06$ ), mentale gezondheid ( $t = 0.09$ ,  $p = 0.42$ ), problemen met zelfredzaamheid ( $t = -0.21$ ,  $p = 0.07$ ), comorbiditeit ( $t = 0.13$ ,  $p = 0.21$ ), sociale steun ( $t = -0.05$ ,  $p = 0.67$ ), mate van tevredenheid met sociale steun ( $t = 0.21$ ,  $p = 0.05$ ), acceptatie ( $t = 0.19$ ,  $p = 0.06$ ), valangst ( $t = -0.12$ ,  $p = 0.26$ ) en het gevoel van eigenwaarde ( $t = 0.01$ ,  $p = 0.95$ ).

De gezondheids,- en psychosociale variabelen verklaren gezamenlijk 51% van de totale variantie van kwaliteit van leven van visueel beperkte oudere vrouwen.

Tabel 3.10: Regressieanalyse vrouwen ( $n=83$ )

<i>Onafhankelijke variabele</i>	<i>béta</i>	<i>t-toets</i>	<i>p-waarde</i>
Constante		1.60	0.11
Mate van de beperking	0.09	0.95	0.34
Algemene gezondheid	0.22	1.89	0.06
Mentale gezondheid	0.09	0.82	0.42
Problemen met zelfredzaamheid	-0.21	-1.85	0.07
Comorbiditeit	0.13	1.28	0.21
Sociaal netwerk	0.26	2.48	<b>0.02</b>
Sociale steun	-0.05	-0.42	0.67
Tevredenheid sociale steun	0.21	1.97	0.05
Acceptatie	0.19	1.89	0.06
Valangst	-0.12	-1.14	0.26
Gevoel van eigenwaarde	0.01	0.06	0.95

$R = 0.71$ ;  $R^2=0.51$  en  $F(11,71)$ ,  $p < 0.01$

## 4 Discussie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Daartoe is onderzocht wat de invloed en bijdrage is van de gezondheid en het psychosociale welbevinden op de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.

Het blijkt dat visueel beperkte ouderen hun huidige kwaliteit van leven gemiddeld als ruim voldoende beoordeelden, maar dat ze denken dat hun kwaliteit van leven hoger zou zijn als ze geen visuele beperking hadden. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Dat betekent dat de ouderen een negatieve impact ervaren van de visuele beperking op hun kwaliteit van leven. Het fenomeen 'response shift' speelt hierbij wellicht een rol. Ouderen die een visuele beperking ontwikkelen worden geconfronteerd met de noodzaak om zich aan te passen aan hun beperking (Sprangers & Schwartz, 1999). Binnen dit adaptatieproces kan er sprake zijn van een 'response shift'; een verandering van interne standaarden, waarden en het begrip kwaliteit van leven als gevolg van de visuele beperking (Sprangers & Schwartz, 1999). Mogelijk zijn de interne standaarden, waarden en het begrip kwaliteit van leven van de ouderen veranderd sinds ze een visuele beperking hebben. Visueel beperkte ouderen denken dat hun kwaliteit van leven hoger zou zijn als ze geen visuele beperking hadden, maar beseffen misschien niet dat ze de kwaliteit van leven mogelijk ook anders zouden definiëren en beoordelen als ze geen visuele beperking hadden (Sprangers & Schwartz, 1999).

Daarnaast blijkt dat visueel beperkte ouderen een hogere kwaliteit van leven ervaren bij een betere algemene gezondheid, een betere mentale gezondheid en/ of bij minder problemen met zelfredzaamheid. Dit sluit aan bij de onderzoeksbevindingen van Hasell et al. (2011), waaruit naar voren komt dat een vermindering van het zicht zorgt voor frustraties, zorgen over het achteruitgaan van het zicht en zorgen over het omgaan met de activiteiten van het dagelijkse leven. Ook sluit het goed aan bij de bevinding dat visueel beperkte ouderen moeilijkheden hebben met het uitvoeren van instrumentele dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen en maaltijden bereiden (Williams et al., 1998). Opvallend is dat er geen verband is gevonden tussen de mate van de beperking of het aantal comorbide condities en de kwaliteit van leven. Dit terwijl Langelaan et al. (2007) beschrijven dat ouderen die naast hun visuele beperking andere chronische condities hebben meer pijn ervaren en meer problemen hebben met dagelijkse activiteiten.

Tevens is gebleken dat visueel beperkte ouderen een hogere kwaliteit van leven ervaren bij een betere acceptatie van de visuele beperking, bij een hoger gevoel van eigenwaarde en/ of een lagere valangst. Dit laatste sluit aan bij de bevinding dat een hogere valangst kan

leiden tot een lagere kwaliteit van leven (Källstrand-Ericson et al., 2008; Limburg, 2009). Visueel beperkte ouderen met een kleiner sociaal netwerk blijken een lagere kwaliteit van leven te ervaren. Dit komt overeen met de bevinding van Renaud et al. (2010) dat het voor ouderen met een klein sociaal netwerk soms moeilijk is om de sociale steun te ontvangen die nodig is om goed met de visuele beperking om te gaan. Ook blijkt dat er een lagere kwaliteit van leven wordt ervaren bij minder sociale steun. Zowel bij de totale populatie als bij vrouwen, maar niet bij mannen, wordt er een lagere kwaliteit van leven ervaren bij een lagere tevredenheid met de ontvangen sociale steun. Dit sluit aan bij de bevinding van Barron et al. (1992) dat verschillende onderzoeken hebben laten zien dat een afname van de ontvangen sociale steun kan leiden tot eenzaamheid. Hierbij kan eenzaamheid gezien worden als sociale indicator van de kwaliteit van leven. Het is opvallend dat de meeste visueel beperkte ouderen tevreden zijn met de hoeveelheid ontvangen sociale steun (82%), ook al heeft ruim een derde hiervan weinig interacties.

Gekeken naar de unieke bijdragen van de variabelen, blijkt dat voornamelijk gezondheidsvariabelen belangrijk zijn in het voorspellen van de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven kan bij de totale populatie namelijk voorspeld worden uit de algemene gezondheid, de mentale gezondheid, de problemen met zelfredzaamheid en de acceptatie van de visuele beperking. Opvallend is dat bij visueel beperkte oudere mannen de kwaliteit van leven niet uit gezondheidsvariabelen voorspeld kan worden, maar voornamelijk uit psychosociale variabelen, zoals problemen met zelfredzaamheid, sociale steun, de mate van tevredenheid met sociale steun en gevoel van eigenwaarde. Bij visueel beperkte oudere vrouwen kan de kwaliteit van leven alleen voorspeld worden uit de omvang van het sociale netwerk. Dit is tegenstrijdig met de bevinding van Barron et al. (1992) dat de tevredenheid met de ontvangen sociale steun en niet de omvang van het sociale netwerk een goede voorspeller is van eenzaamheid. Uit dit onderzoek kwam juist naar voren dat de tevredenheid met de ontvangen sociale steun geen goede voorspeller is van de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen die nader toegelicht dienen te worden. Eén van de beperkingen is dat er in dit onderzoek gebruik gemaakt is van de data die beschikbaar waren over de kwaliteit van leven van het in 2007 uitgevoerde onderzoek naar de mate van maatschappelijke participatie van visueel beperkte ouderen (Manna et al., 2011). Dit onderzoek was niet gericht op het onderzoeken van de kwaliteit van leven. Hierdoor is vooraf niet doelbewust bepaald welke variabelen het meest geschikt waren om mee te nemen als mogelijke voorspellers van de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Als dit wel



het geval was geweest, zou er wellicht voor gekozen zijn om eveneens de invloed van copingstrategieën en persoonlijkheidskenmerken op de kwaliteit van leven te onderzoeken. Zowel copingstrategieën als persoonlijkheidskenmerken worden beschouwd als belangrijke determinanten van de kwaliteit van leven (Imayama, Plotnikoff, Courneya & Johnson, 2010; Diener, Oishi & Lucas, 2003). Als meetinstrumenten waren dan de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en de NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) geschikt geweest.

Als de meetinstrumenten voor dit onderzoek niet vast hadden gestaan zou er bovendien voor gekozen zijn om een meetinstrument voor de kwaliteit van leven te gebruiken, waarvan ook referentiewaarden beschikbaar zijn. Beoordelingen van de kwaliteit van leven van de visueel beperkte ouderen hadden dan vergeleken kunnen worden met de kwaliteit van leven van een referentiegroep (bijvoorbeeld ouderen zonder visuele beperking). De kwaliteit van leven was in dit onderzoek gemeten met een VAS-schaal, waarvan geen goede referentiewaarden beschikbaar zijn.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat de data verkregen zijn door middel van telefonische interviews, waardoor deelnemers mogelijk meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Bij vragen over bijvoorbeeld de kwaliteit van leven, eigenwaarde of sociale steun zouden deelnemers mogelijk eerlijker antwoorden als er geen persoonlijk contact was tussen interviewer en deelnemer. Een schriftelijke vragenlijst, waarbij de kans op sociaal wenselijke antwoorden kleiner is (Brink, Van den Viet, Boshuizen, Van Ameijden & Droomers, 2005), was vanwege de visuele beperking echter geen goed alternatief geweest.

Daarnaast is een beperking van dit onderzoek dat de gegevens van een aantal deelnemers niet meegenomen konden worden omdat van hun te veel gegevens ontbraken; onder andere essentiële gegevens over de kwaliteit van leven. Ook hierdoor is mogelijk een vertekend beeld gekregen van de kwaliteit van leven en de invloed en bijdrage van de gezondheid en het psychosociaal welbevinden aan de kwaliteit van leven. Het kan namelijk zo zijn dat juist deelnemers die geen goede kwaliteit van leven ervaren de vragen over kwaliteit van leven niet hebben beantwoord omdat deze te gevoelig lagen. Dit heeft mogelijk geresulteerd in een te hoge beoordeling van de gemiddelde kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen.

Voor een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om de unieke bijdragen van de gezondheid en het psychosociaal welbevinden nader te onderzoeken. Er is in de literatuur al veel bekend over de determinanten van de kwaliteit van leven, maar daarbij wordt vaak niet ingegaan op de unieke bijdragen van deze determinanten aan de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen. Dit onderzoek was daar wel op gericht. De onderzoeksresultaten onderschrijven dat het van belang is dat er bij het geven van advies, hulp en revalidatie niet

alleen aandacht is voor gezondheidsaspecten, maar ook voor de psychosociale problemen die met de visuele beperking gepaard kunnen gaan. Zo is het van belang dat er nagegaan wordt of er acceptatieproblemen zijn ten aanzien van de visuele beperking. Als er bij acceptatieproblemen adequate hulp geboden wordt door het revalidatiecentrum zou dit de kwaliteit van leven van de cliënt kunnen verbeteren. Meer onderzoek is echter nodig om de voorspellers van de kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen beter vast te kunnen stellen. Bij de toenemende vraag van visueel beperkte ouderen om advies, hulp en revalidatie kan hier dan goed op ingespeeld worden.

## 5 Referenties

- Alma, M. A., van der Mei, S. F., Melis-Dankers, B. J., van Tilburg, T. G., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2011). Participation of the elderly after vision loss. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(1), 63-72.
- Beach, J. D., Robinet, J. M., & Hakim-Larson, J. (1995). Self-esteem and independent living skills of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89(6), 531-540.
- Barron, C. R., Foxall, M. J., von Dollen, K., & Shull, K. A. (1992). Loneliness in low-vision older women. *Issues in Mental Health Nursing*, 13(4), 387-401
- Beach, J. D., Robinet, J. M., & Hakim-Larson, J. (1995). Self-esteem and independent living skills of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89(6), 531-540.
- Bowen, J. (2010). Visual impairment and its impact on self-esteem. *British Journal of Visual Impairment*, 28(1), 47-56.
- Brink, C. L. van den, Viet, A. L., Boshuizen, H. C., Ameijden, E. J. C. van & Droomers, M. (2005). Methodologie lokale en nationale monitor volksgezondheid; gevolgen voor vergelijkbaarheid van gegevens. Verkregen op 24 juni, 2011, van <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260854009.html>.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2001). Health conditions, activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(8), 453-467.
- Davison, J., & Marrinan, S. (2007). Falls. *Reviews in Clinical Gerontology*, 17(2), 93-107.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briançon, S., & Moum, T., Krol., B., Bjelle, A., Sanderman, R. & van den Heuvel, W. (1996). An international study on measuring social support: Interactions and satisfaction. *Social Science & Medicine*, 43(9), 1389-1397.

- Heck, G. L. van (2008). Verwarring rondom Kwaliteit van Leven: beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald. *Psychologie en Gezondheid*, 36 (2), 72-78.
- Hassell, J. B., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *British Journal of Ophthalmology*, 90(5), 593-596.
- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, M. C., & Campbell, A.J. (2007). Depression in older people: Visual impairment and subjective ratings of health. *Optometry and Vision Science*, 84(11), 1024-1030.
- Heyl, V., & Wahl, H. (2001). Psychosocial adaptation to age-related vision loss: A six-year perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(12), 739-748.
- Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Gezondheid en determinanten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Imayama, I., Plotnikoff, C., Courneya, K. S. & Johnson, J. A. (2010). Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality. *Quality of life research*, 20 (4), 551-558.
- Källstrand-Ericson, J., & Hildingh, C. (2009). Visual impairment and falls: A register study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 366-372.
- Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, Ruth M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, Ger H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 119-126.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 26(20), 1206-1213.
- Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning* Stichting InZicht.
- Limburg, J. J., Keunen, J. E. E., & van Rens, G. H. M. B. (2009). Visuele beperkingen bij ouderen in Nederland—risicogroepen en mogelijkheden tot interventie. *Tijdschrift Voor*

*Gerontologie En Geriatrie*, 40(4), 149-155.

Precision Vision (2011). *Visual acuity*. Verkregen op 22 april, 2011, van <http://www.precision-vision.com/index.cfm/feature/9/a—visual-acuity.cfm>.

Renaud, J., Levasseur, M., Gresset, J., Overbury, O., Wanet-Defalque, M.C., Dubois, M.F., Témisjian, K., Vincent, C., Carignan, M. & Desrosiers, J. (2010). Health-related and subjective quality of life of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 32(11), 899-907.

Siero, F.W., Huisman, M. & Kiers, A.L. (2009). *Voortgezette regressie- en variantieanalyse*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wang, S., & Boerner, K. (2008). Staying connected: Re-establishing social relationships following vision loss. *Clinical Rehabilitation*, 22(9), 816-824.

Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology*, 116(4), 514-520.