

SCRIPTIE



RISICOFACTOREN VOOR EEN LAAG WELBEVINDEN

EEN ONDERZOEK NAAR DE RELATIE VAN EENZAAMHEID,
GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN EEN LAGE
SOCIAALECONOMISCHE STATUS MET HET WELBEVINDEN

K. Veenvliet

GEDRAGSWETENSCHAPPEN, PSYCHOLOGY
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING

EXAMENCOMMISSIE

Laura Weiss, MSc

Dr. Gerben Westerhof

Samenvatting

Achtergrond Er wordt al een aantal jaren gepleit voor meer aandacht voor geestelijke gezondheid vanuit een positief perspectief. Positieve geestelijke gezondheid bestaat uit drie componenten: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Onderzoek laat zien dat een laag welbevinden nadelige gevolgen kan hebben. Het is dan ook van belang om onderzoek te doen naar risicofactoren die zorgen voor een laag welbevinden.

Doel Dit onderzoek zal kijken of eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status in de Nederlandse populatie leidt tot een lager welbevinden. Er zal bovendien gekeken worden of de accumulatie van deze drie risicofactoren leidt tot een lager welbevinden.

Methode In dit onderzoek is data gebruikt uit het LISS-panel, een internetpanel die huishoudens random selecteert uit de gemeenteregisters in Nederland waardoor het internetpanel representatief is voor de Nederlandse bevolking. Het welbevinden is gemeten met de Dutch Mental Health Continuum – Short Form, eenzaamheid met de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Van Tilburg en gezondheidsproblemen met diverse vragen die betrekking hebben op de gezondheid. Sociaaleconomische status is bepaald aan de hand van inkomen en opleiding.

Resultaten De resultaten laten zien dat 41.5% van de respondenten lijdt aan eenzaamheid, 62.2% gezondheidsproblemen heeft en 53.2% een lage sociaaleconomische status heeft. Bovendien kan er gesteld worden dat hoe eenzamer mensen zijn, des te lager hun welbevinden is. Hetzelfde geldt voor gezondheidsproblemen en sociaaleconomische status. Hoe meer gezondheidsproblemen mensen hebben, des te lager is hun welbevinden en hoe lager de sociaaleconomische status van mensen, des te lager is hun welbevinden. De accumulatie van de drie risicofactoren laat geen relatie zien met het welbevinden.

Discussie Er wordt gepleit om meer onderzoek te doen naar de prevalentie van de risicofactoren en de relatie van (de accumulatie van) de drie risicofactoren met het welbevinden. Ten slotte moeten er specifieke psychosociale interventies ontwikkeld worden voor mensen die eenzaam zijn, of gezondheidsproblemen hebben of een lage sociaaleconomische status hebben. Deze interventies dienen ontwikkeld te worden omdat de prevalentie van de drie afzonderlijke risicofactoren hoog is en de risicofactoren veel negatieve gevolgen met zich mee kunnen brengen.

Summary

Background More attention should be paid to mental health from a positive perspective. Positive mental health consists of three components: emotional well-being, psychological well-being and social well-being. A low well-being has a lot of disadvantages, therefore it is important to explore potential risk factors that can cause a low well-being.

Objective This research examines if loneliness, health and a low socioeconomic status will lead to a lower well-being in a Dutch population. It also examines whether the accumulation of these three risk factors leads to a lower well-being.

Methods This research uses data from the LISS-panel. The LISS-panel is an internet panel which randomly selects households from the Netherlands. The LISS-panel is therefore representative for the Dutch population. Well-being is measured with the Dutch Mental Health Continuum – Short Form. Loneliness is measured with the shortened Loneliness-scale from De Jong Gierveld and Van Tilburg. Health problems were measured with multiple questions about health and socioeconomic status was determined with income and education.

Results Results show that 41.5% of the respondents are lonely, 62.2% have health problems and 53.2% have a low socioeconomic status. The more lonely people are, the lower their well-being. The more health problems, the lower the well-being and the lower their socioeconomic status, the lower their well-being. The results show no relation between the accumulation of the three risk factors and well-being.

Discussion There needs to be more research into the prevalence of the risk factors and the influence of the (accumulation of the) three risk factors on well-being. Finally, specific psychosocial interventions should be developed for people who are lonely, or have health problems or have a low socioeconomic status. These interventions should be developed because of the high prevalence of the risk factors and the negative consequences of the risk factors.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	6
De weg naar welbevinden.....	6
Hedonisme en eudaimonia.....	7
Het belang van welbevinden.....	8
Risicofactoren voor een laag welbevinden	10
Eenzaamheid	10
Sociaaleconomische status.....	12
Gezondheidsproblemen	13
Relatie tussen de drie risicofactoren	14
Accumulatie van de drie risicofactoren	16
Hypotheses.....	17
Methode.....	19
LISS-panel	19
Procedure	19
Deelnemers	20
Vragenlijsten.....	20
Welbevinden	20
Eenzaamheid.....	20
Sociaaleconomische status.....	21
Gezondheidsproblemen	21
Analyse	22
Resultaten.....	24
Frequenties.....	24

Correlaties.....	25
Regressieanalyse.....	27
Variantieanalyse	28
Discussie	30
Eenzaamheid.....	30
Gezondheidsproblemen	31
Lage sociaaleconomische status	32
Accumulatie van de drie risicofactoren	33
Samenvatting sterke en zwakke punten.....	33
De toekomst: vervolgonderzoek en relevantie voor de praktijk.....	34
Referenties.....	36
Bijlagen.....	49
Vragen over de gezondheid	49

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de relatie van drie risicofactoren met het welbevinden: eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status. Eerder onderzoek laat zien dat deze risicofactoren samenhangen met een laag welbevinden en dat elk risicofactor veel negatieve gevolgen kan hebben voor het individu. Hiernaast heeft een laag welbevinden ook negatieve gevolgen, daarom is het van belang om te onderzoeken wat er gebeurt wanneer de drie risicofactoren samenkomen. Dit is het eerste volledige onderzoek dat in een Nederlandse populatie onderzoekt wat de prevalentie van elk risicofactor is, wat de relatie van elk risicofactor met (de drie schalen van) het welbevinden is en wat de relatie van de accumulatie van de risicofactoren met het welbevinden is.

De weg naar welbevinden

De geestelijke gezondheidszorg richt zich vanuit traditioneel oogpunt op het ontstaan, de behandeling en de preventie van geestelijke stoornissen. Geestelijke stoornissen kunnen gedefinieerd worden als substantiële en persistente afwijkingen van het normale functioneren die emotioneel lijden en beperkingen in het functioneren met zich mee brengen (Spitzer & Wilson, 1975). Deze definitie heeft geleid tot een medisch model van geestelijke gezondheid dat de aandacht niet alleen reduceert tot de klachten en symptomen van de ziekte, maar deze ook verzelfstandigt (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Er is sprake van twee soorten verzelfstandiging: (1) verzelfstandiging van het ziektebegrip, doordat klachten worden toegeschreven aan een bepaalde psychologische stoornis en er in de diagnostische praktijk doorgaans gewerkt wordt met een alles of niets diagnose en (2) verzelfstandiging van het begrip stoornis doordat de klinische psychologie tot een zelfstandig vakgebied is uitgegroeid en weinig raakvlakken heeft met andere vakgebieden in de psychologie.

Het medisch model zorgt ervoor dat op twee manieren een bredere visie op de persoon verloren gaat (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Ten eerste is er weinig aandacht voor het positieve functioneren, daarom is er recent gepleit om het positieve functioneren van mensen meer aandacht te geven (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ten tweede, zo stellen Westerhof en Bohlmeijer (2010), ontstaat door de exclusieve aandacht voor klachten en stoornissen het gevaar de persoon te reduceren tot zijn of haar problemen. Hierdoor kan er gemakkelijk stereotypering, vooroordelen en discriminatie ontstaan.

Ook de WHO pleit sinds een aantal jaren de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekte. Er moet meer aandacht zijn voor geestelijke gezondheid vanuit een positief perspectief (WHO, 2005). Het begrip geestelijke gezondheid wordt door de WHO omschreven als:

‘A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’ (WHO, 2005, p. 2).

Wanneer deze definitie van geestelijke gezondheid verder geëxploreerd wordt, bestaat totale positieve geestelijke gezondheid uit drie componenten: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden (Keyes, 2002). Emotioneel welbevinden gaat om levenstevredenheid en positieve gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Het psychologisch welbevinden concentreert zich op optimaal persoonlijk functioneren en bevat aspecten zoals autonomie en zelfacceptatie (Ryff, 1989b). Het sociaal welbevinden richt zich op optimaal functioneren in de maatschappij, zoals sociale contributie en integratie (Keyes, 1998).

Hedonisme en eudaimonia

Het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden hebben hun wortels in twee lang bestaande tradities van welbevinden (Ryan & Deci, 2001): de hedonistische traditie en de eudaimonische traditie. Het hedonisme stelt dat welbevinden bestaat uit plezier of geluk (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999). Eudaimonia stelt dat welbevinden uit meer bestaat dan alleen geluk: welbevinden ligt in de actualisatie van menselijke potentialen (Waterman, 1993).

Het emotioneel welbevinden, ook wel bekend als subjectief welbevinden (Diener, 1984), behoort tot de hedonistische traditie. De hedonistische traditie van plezier en geluk heeft een lange geschiedenis en gaat terug naar de vierde eeuw voor Christus, naar de Griekse filosoof Aristippus. De dominante kijk bij het hedonisme is dat welbevinden bestaat uit subjectief geluk en dat het te maken heeft met de ervaring van plezier (Ryan & Deci, 2001). Het subjectief welbevinden bestaat uit drie componenten die geluk samenvatten: levenstevredenheid, de aanwezigheid van een positieve stemming en de afwezigheid van een negatieve stemming (Diener & Lucas, 1999).

De eudaimonische traditie hierentegen richt zich op optimaal functioneren en betekenis in zowel het individuele leven (het psychologisch welbevinden) en het sociale leven (sociaal welbevinden) (Lamers, 2012). De eudaimonische traditie heeft ook een lange geschiedenis, waarvan de wortels ook in de vierde eeuw voor Christus liggen, bij Aristoteles. Het vervullen van verlangens leidt volgens de eudaimonische theorieën niet tot welbevinden. Deze theorieën stellen dat welbevinden wordt bereikt door zelfrealisatie en door de vervulling van de eigen mogelijkheden en potentialen (Ryan & Deci, 2001).

Volgens het model van psychologisch welbevinden, dat goed aansluit bij de net genoemde zelfrealisatie horend bij eudaimonia, ontwikkeld door Carol Ryff (1989a, 1989b; Ryff & Singer, 2008) zijn er zes dimensies van psychologisch welbevinden: zelfacceptatie, regie over de omgeving, positieve relaties met anderen, persoonlijke groei, autonomie, en doelen in het leven.

Welbevinden is echter niet enkel een privéfenomeen, aangezien elke individu ingebed is in sociale structuren en gemeenschappen (Keyes, 1998). Het sociaal welbevinden binnen de eudaimonische traditie richt zich op het verbinden met een groter geheel, de verbondenheid. Er zijn verschillende dimensies van het sociaal welbevinden geïdentificeerd: sociale contributie, sociale integratie, sociale actualisatie, sociale acceptatie en sociale coherentie (Keyes, 1998).

Er is een theorie die binnen eudaimonia past: de zelfdeterminatietheorie (SDT). Deze theorie stelt dat het vervullen van drie basis psychologische behoeften – autonomie, competentie en verbondenheid – essentieel is voor persoonlijke groei, integriteit en welbevinden (Ryan & Deci, 2000). Autonomie past voornamelijk bij het psychologisch welbevinden, waar autonomie ook een dimensie van is. Competentie past bij het psychologisch welbevinden (om zelf optimaal te functioneren), maar ook bij het sociaal welbevinden (competentie vindt plaats in combinatie met andere individuen). Verbondenheid past bij het sociaal welbevinden – het verbinden met een groter geheel –, maar ook bij het psychologisch welbevinden (de dimensie positieve relaties met anderen).

Het belang van welbevinden

Dat welbevinden, en hiermee onderzoek naar welbevinden, belangrijk is wordt duidelijk door verschillende studies. Zo laten Lyubomirsky, King en Diener (2005) door middel van een meta-analyse zien dat mensen met een hoog emotioneel welbevinden succesvol zijn op meerdere leefdomeinen, waaronder: het huwelijk, vriendschappen, inkomen, werkprestatie en

gezondheid. In de studie van Diener en Chan (2011) werd er geconcludeerd dat een hoog subjectief welbevinden zorgt voor een betere gezondheid en langer leven. In hun meta-analyse concludeerden Lamers, Bolier, Westerhof en Bohlmeijer (2011) dat hogere niveaus van emotioneel welbevinden voordelig zijn voor herstel en zelfs voor overleving bij fysiek zieke patiënten: emotioneel welbevinden kan de lange termijn prognose voorspellen van fysieke ziekte.

Nu de voordelen van een hoger welbevinden duidelijk zijn geworden, is het de vraag wat welbevinden veroorzaakt. Diener et al. (1999) stellen dat er geen simpel antwoord is op de vraag wat subjectief welbevinden veroorzaakt. Er moet rekening gehouden worden met verschillende omgevingen en verschillende mensen: er is geen enkele oorzaak. Er is sprake van een complexe interactie van cultuur, persoonlijkheid, cognities, doelen en bronnen, en de objectieve omgeving. Diener et al. (1999) concludeerden bovendien dat demografische factoren ook een rol kunnen spelen bij het subjectief welbevinden: getrouwde, religieuze, extraverte en optimistische personen zijn gelukkiger. Men moet echter wel bedacht zijn op het feit dat er ook omstandigheden zijn waarin deze conclusie niet geldt.

Er zijn verschillende onderzoeken die risicofactoren voor een laag welbevinden hebben geïdentificeerd. In de volgende paragraaf zullen achtereenvolgens drie punten besproken worden die belangrijke risicofactoren voor een laag welbevinden blijken te zijn: eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen. Onderzoek, voornamelijk uit het buitenland, laat zien dat de drie factoren apart zorgen voor een significant lager welbevinden. Dit onderzoek zal gaan kijken of de risicofactoren afzonderlijk, maar ook of de accumulatie van deze drie risicofactoren in een Nederlandse populatie een relatie heeft met het welbevinden. Aangezien een hoog welbevinden voordelen heeft, is het van belang om meer onderzoek te doen naar factoren die een invloed (kunnen) hebben op het welbevinden.

Als er in de praktijk gekeken wordt, kan er gesteld worden dat er de laatste jaren verschillende soorten interventies ontwikkeld zijn om het welbevinden te verhogen (Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit, & Bohlmeijer, 2013). De meeste interventies hebben een zelfhulpformat. Voorbeelden zijn: het tellen van je zegeningen, het oefenen van vriendelijkheid, het stellen van persoonlijke doelen, het uiten van dankbaarheid en het gebruiken van persoonlijke sterktes. Bolier et al. (2013) laten zien dat interventies gebaseerd op de positieve psychologie significant het subjectief welbevinden verhogen en depressieve symptomen verminderen. Het onderzoek laat hiernaast zien dat zelfhulpinterventies vaak een 'one size fits all'-aanpak hebben. Deze aanpak past wellicht niet bij iedereen, vooral als het

gaat om kwetsbare groepen met specifieke (psychosociale) problemen. Het is hiervoor van belang om specifieke psychosociale problemen die samengaan met een laag welbevinden in kaart te brengen. Bolier et al. (2013) laten zien dat studies vooral gericht zijn op de gezonde populatie, er moet ook naar de ongezonde populatie gekeken worden. Deze studie zal zich gaan richten op de hele Nederlandse populatie, waaronder kwetsbare mensen die specifieke psychosociale problemen hebben: eenzame individuen, individuen met gezondheidsproblemen en/of individuen met een lage sociaaleconomische status.

Risicofactoren voor een laag welbevinden

Eenzaamheid

Eenzaamheid is een invaliderende, psychologische aandoening, gekenmerkt door een diep gevoel van leegte, waardeloosheid, gebrek aan controle en persoonlijke dreiging (Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010). Er bestaan echter verschillende definities van eenzaamheid, waardoor Huang, Wang en Chen (2010) een conceptanalyse van de verschillende definities van eenzaamheid hebben opgesteld. Er wordt door de onderzoekers gesteld dat definiërende kenmerken van eenzaamheid zijn: de subjectieve stemming van een individu, beschrijvingen van alleen zijn, depressie, troosteloosheid of lege gevoelens, en de perceptie dat de geest geïsoleerd is van anderen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er bij eenzaamheid verbondenheid gemist wordt met anderen, één van de drie basis psychologische behoeften van de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) die essentieel zijn voor het welbevinden.

De Jong Gierveld en Van Tilburg (2008) stellen dat eenzaamheid algemeen beschouwd wordt als een belangrijke indicator van de mate van sociaal welbevinden. De onderzoekers maken onderscheid tussen emotionele eenzaamheid: een gevoel verbonden aan het missen van een intieme relatie, en sociale eenzaamheid: een tekort en gemis betreffende het bredere sociale netwerk.

Het belang om eenzaamheid te onderzoeken wordt duidelijk wanneer er gekeken wordt naar een meta-analyse die de gevolgen van eenzaamheid benadrukt (Hawkley & Cacioppo, 2010): eenzaamheid zorgt voor hogere morbiditeit en mortaliteit, is geassocieerd met persoonlijkheidsstoornissen en psychoses, suïcide, verslechterde cognitieve prestatie en cognitieve afname over de tijd heen, verhoogd risico op Alzheimer, verminderde executieve controle en verhogingen van depressieve symptomen.

Er zijn verschillende onderzoeken die laten zien dat eenzaamheid samenhangt met een laag welbevinden. Zo laten Vanderweele, Hawkley en Cacioppo (2012) zien dat eenzaamheid

longitudinaal het subjectief welbevinden voorspelt. Ook een andere studie, van Doman en Le Roux (2012) laat zien dat twee subschalen van het psychologisch welbevinden (depressie en een gevoel van positief welbevinden) een significante relatie hebben met eenzaamheid. Onderzoek laat bovendien zien dat eenzaamheid een risicofactor is voor geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen (Losada, Márquez-González, García-Ortiz, Gómez-Marcos, Fernández-Fernández, & Rodríguez-Sánchez, 2012).

Eenzaamheid is een veelvoorkomend probleem bij het ouder worden. Gevoelens van eenzaamheid waren niet geassocieerd met de frequentie van contacten met kinderen en vrienden, maar met verwachtingen en tevredenheid van deze contacten. De meest sterke voorspellers van eenzaamheid waren: alleen leven, depressie, een ervaren slecht begrip door naasten, en niet vervulde verwachtingen van contacten met vrienden (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2006). In dit onderzoek komt naar voren dat meer dan één derde van de respondenten – ouderen – aan eenzaamheid leed. Dit komt overeen met de Nederlandse populatie: hier lijdt ook ongeveer 30% van de populatie aan eenzaamheid, waarvan 20% matig eenzaam is en 10% sterk eenzaam (Savelkoul & Van Tilburg, 2010).

Eenzaamheid wordt vaak verward met sociale isolatie, ook een veelvoorkomend probleem bij ouderen, daarom is het belangrijk het verschil tussen eenzaamheid en sociale isolatie te bespreken. Hoewel eenzaamheid en sociale isolatie twee onderling verbonden begrippen zijn, betekenen ze niet hetzelfde en moeten ze gezien worden als twee aparte concepten (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2006). Eenzaamheid en sociale isolatie kunnen wel samen voorkomen. Zo stelt Machielse (2006) dat sociaal geïsoleerde ouderen zich vaak ook eenzaam voelen. Er is veel onderzoek te vinden over de relatie tussen ouderdom en sociale isolatie. Zo worden sociale rollen en activiteit gezien als essentieel om succesvol ouder te worden (Atchley, 1989; Baltes & Baltes, 1990; Moen, Dempster-McClain, & Williams, 1992; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1968; Thoits, 1992). De reden waarom sociale netwerken essentieel zijn om succesvol ouder te worden, is omdat ze zorgen voor de inbedding in systemen van normen, controle en vertrouwen (Coleman, 1988), toegang tot informatie en andere bronnen geven, en sociale ondersteuning bieden (Antonucci & Akiyama, 1995). Deze bronnen zijn weer cruciaal voor welbevinden (House, Landis, & Umberson, 1988). Relaties van hoge kwaliteit zijn onder andere geassocieerd met een groter gevoel van eigenwaarde en welbevinden (Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Wellman, & Wortley, 1990).

Sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status staat voor de positie van mensen op een sociale ladder met daaraan verbonden aanzien en prestige. Deze sociale ladder ontstaat doordat hulpbronnen zoals kennis, arbeid en bezit ongelijk verdeeld zijn over deze mensen. De hoeveelheid van dit soort hulpbronnen die een mens bezit, bepaalt de positie op de sociale ladder. Hoe meer hulpbronnen, des te hoger is de positie op de sociale ladder (Verweij, 2010).

Om de sociaaleconomische status te meten bestaat niet één maatstaf, er worden vaak indicatoren gebruikt om dit te meten. De belangrijkste indicatoren voor sociaaleconomische status zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen (Winkleby, Jatulis, Frank, & Fortmann, 1992; Van Berkel – Van Schaik & Tax, 1990). Werk kan zorgen voor competentie (Bound & Lin, 2013). Wanneer werk ontbreekt, kan een gevoel van competentie missen. Competentie is één van de drie basis psychologische behoeften van de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) die essentieel zijn voor het welbevinden.

In Nederland wordt vaak het opleidingsniveau gebruikt als indicator voor sociaaleconomische status. In 2011 bestond 27% van de Nederlandse bevolking van 25-64 jaar uit laagopgeleiden (mensen met een opleiding op het niveau van basisonderwijs, LBO of MAVO), dus 27% van de mensen had een lage sociaaleconomische status (Verweij, Sanderse, Van Der Lucht, & Den Hertog, 2013).

Het belang om meer onderzoek te doen naar sociaaleconomische status wordt duidelijk wanneer er gekeken wordt naar de voordelen die het met zich mee brengt. Mensen met hogere inkomens hebben: een betere gezondheid en geestelijke gezondheid, leven langer, een lagere kindersterfte, zijn minder vaak slachtoffer van gewelddadige misdaden en ervaren minder stressvolle levensgebeurtenissen (Mackenbach et al., 2008). Er is bovendien bewijs dat een lagere sociaaleconomische status geassocieerd wordt met grotere niveaus van psychologische distress – angst en depressie – (Kessler, 1982; Kaplan, Roberts, Camacho, & Coyne, 1987).

Er zijn gemengde resultaten met betrekking tot de relatie tussen sociaaleconomische status en welbevinden. Er zijn studies die laten zien dat een lage sociaaleconomische status een negatieve relatie heeft met het welbevinden. Zo laat een onderzoek zien dat specifieke groepen mannen een groter risico lopen op een slechtere gezondheid en welbevinden, waaronder werkloze mannen, mannen met beperkte educatie en mannen die onderaan de sociale ladder staan (Scott, Dowsett, & Minichiello, 2010; Evans, Blye, Oliffe, & Gregory, 2011). Ook een ander onderzoek laat zien dat hoger onderwijs (universiteit) een statistisch significant, positief effect heeft op het subjectief welbevinden (gemeten met de Gallup-

Healthways Well-Being Index, WBI), terwijl enkel de middelbare school als onderwijs dit effect niet heeft. Het onderzoek laat hiernaast ook andere determinanten zien van het subjectief welbevinden, waaronder inkomen (Yakovlev & Leguizamon, 2012). Inkomen, een indicator van sociaaleconomische status, is ook geassocieerd met het psychologisch welbevinden (Kaplan, Shema, & Leite, 2008). Onderzoek laat zien dat van de twee indicatoren van sociaaleconomische status – inkomen en opleiding –, inkomen sterker gecorreleerd is met het welbevinden dan opleidingsniveau (Pinquart & Sörensen, 2000). Een hoger inkomen draagt bij aan de positieve geestelijke gezondheid, maar individuen met het hoogste inkomen hebben niet het hoogste subjectieve welbevinden (Mentzakis & Moro, 2009).

Ander onderzoek stelt echter dat grotere inkomsten op lange termijn geen impact hebben op het subjectief welbevinden (Easterlin, 1974; 2005). De reden hiervoor zou zijn dat individuen met hogere inkomsten hun ambities verhogen en hierdoor niet meer tevreden zijn dan eerder: het verschil tussen hun ambities en hun huidige prestatie blijft hierdoor ongeveer hetzelfde. Naast Easterlin, stellen ook Diener en Seligman (2004) dat er meer prioriteit gegeven moet worden aan niet-economische domeinen wanneer het gaat om het subjectief welbevinden.

Gezondheidsproblemen

De gezondheid van individuen kan onderverdeeld worden in mentale en fysieke gezondheid. Mentale gezondheid heeft betrekking op de afwezigheid van mentale stoornissen, of symptomen van psychopathologie. Onder fysieke gezondheid wordt het voorkomen van een (chronische) ziekte verstaan (Lamers, 2012). In dit onderzoek wordt zowel de mentale als de fysieke gezondheid meegenomen, om een goed beeld te krijgen van de algehele gezondheid. Er is een relatie tussen de mentale en fysieke gezondheid, zo zijn depressieve symptomen gerelateerd aan de fysieke gezondheid, vooral aan fysieke handicap (Kivela & Pahkala, 2001).

Cijfers van het CBS (2011) laten zien dat 23.7% van de algemene Nederlandse populatie één langdurige aandoening heeft, 11.4% twee langdurige aandoeningen en 13.1% drie langdurige aandoeningen. Gezondheidsaandoeningen en beperkingen komen in de leeftijd van 12 tot 55 jaar voor bij 13.0% en in de leeftijd van 55+ bij 12.0% (CBS, 2012).

Het is duidelijk dat een lichamelijke ziekte veel uiteenlopende effecten kan hebben. Zo wordt de kwaliteit van leven onder andere bepaald door de aandoening zelf (Morrison & Bennett, 2010). Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en

sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan. De objectieve aspecten gaan over het feit of iemand als gevolg van zijn gezondheid bepaalde beperkingen heeft. Voor sommige personen is het niet meer kunnen uitvoeren van bepaalde geliefde activiteiten als gevolg van beperkingen of invaliditeit erger dan doodgaan (Ditto, Druley, Moore, Danks, & Smucker, 1996). Gedacht wordt dat mensen die met een ziekte geconfronteerd worden, te maken krijgen met verschillende aspecten: onzekerheid, verstoring – een periode van intense stress en sterke afhankelijkheid van anderen –, streven naar herstel en herstel van het welzijn (Morrison & Bennett, 2010). Maar hiernaast stellen Morrison en Bennett (2010) ook dat ziektes kunnen leiden tot angst en depressie, dit wordt in het begin gezien als een ‘normale’ biologische reactie op een levensbedreigende aandoening, maar dit is niet meer normaal wanneer het langdurig is. Een ziekte speelt zich hiernaast af in de onmiddellijke persoonlijke omgeving, binnen een sociaal netwerk en een cultuur. Het gezin van een persoon die ziek is, moet zich eveneens aanpassen, bijvoorbeeld door ondersteuning of verzorging te moeten geven (Morrison & Bennett, 2010).

Er zijn verschillende onderzoeken die een relatie laten zien tussen gezondheidsproblemen en het welbevinden. Het onderzoek van Yakovlev en Leguizamon (2012) laat zien dat onder andere de gezondheid een associatie heeft met het subjectief welbevinden. Het welbevinden is positief geassocieerd is met een betere gezondheid, een verminderd risico op ziekte of letsel en lagere sterftcijfers. Het lijden aan een fysieke ziekte correleert bovendien negatief met alle drie de soorten welbevinden (Lamers, 2012).

Er kan dus gesteld worden dat individuen met gezondheidsproblemen vaak ook een laag welbevinden hebben. Gezondheidsproblemen kunnen ervoor zorgen dat mensen hun autonomie verliezen, dat ze niet meer het gevoel hebben de regie in hun eigen leven te hebben of hun leven niet meer kunnen leiden zoals ze dat willen. Het beschermen van de autonomie en het beschermen van de gezondheid is een ethisch dilemma waar veel verzorgers mee worstelen (Badger, Ladd, & Adler, 2009). Autonomie is één van de drie basis psychologische behoeften van de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) die essentieel zijn voor het welbevinden.

Relatie tussen de risicofactoren

Nu de drie risicofactoren voor een laag welbevinden beschreven zijn, kan er afgevraagd worden wat de relatie is tussen de risicofactoren onderling. Er zijn verschillende onderzoeken die stellen dat er een relatie is tussen eenzaamheid en gezondheidsproblemen. Zo stelt

Machielse (2006) dat sociaal geïsoleerde ouderen zich vaak eenzaam voelen, en dat gevoelens van eenzaamheid en schaamte in veel gevallen tot uitdrukking komen in lichamelijke en psychische gezondheidsklachten. Rokach, Lehcier-Kimel en Safarov (2006) stellen dat een fysieke handicap een effect heeft op de kwaliteit van leven, sociale interacties en het emotioneel welbevinden en laten ook zien dat eenzaamheid van mensen met een fysieke handicap significant verschilt van mensen van de algemene populatie: mensen met een fysieke handicap scoorden significant hoger op eenzaamheid.

Het is hiernaast ook bekend dat sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen een relatie hebben. Er is een associatie tussen sociaaleconomische status en gezondheid (Mackenbach et al., 2008). De financiële gevolgen van een ziekte kunnen ernstig zijn. Door het uit eigen zak moeten betalen van de gezondheidszorg kunnen mensen financieel in de problemen komen. Hoewel dit niet zozeer een kenmerk is voor Nederland, is het wel kenmerkend voor lage- en middeninkomenslanden (Xu, Evans, Carrin, Aguilar-Rivera, Musgrove, & Evans, 2007). Maar het kan ook voorkomen dat de families van de patiënt meer zorg moeten geven, waardoor hun inkomen afneemt doordat ze bijvoorbeeld minder uren kunnen werken of helemaal moeten stoppen met werk (Glendinning, Tjadens, Arksey, Morée, Moran, & Nies, 2009). Sommige mensen die problemen ondervinden met het betalen voor de zorg zien zelfs helemaal af van noodzakelijke behandeling (May & Cunningham, 2004). Een recente meta-analyse van verschillende landen (Amerika, Canada, Australië, Engeland, Italië, Ierland, Japan, Nederland, Nieuw-Zeeland en Zuid-Korea) laat zien dat mensen met hogere inkomens meer kosten zelf moeten betalen bij de zorg voor hun ziekte, maar dat het voor hen een mindere financiële last is vergeleken met mensen van lagere sociaaleconomische achtergronden (Valtorta & Hanratty, 2013). Een ander onderzoek stelt ook: chronisch zieke mensen hebben lagere inkomens en hogere ziekte-gerelateerde kosten dan de algemene populatie, waardoor hun financiële situatie en hun gezondheid kwetsbaar is (Rijken & Groenewegen, 2008). Diener en Biswas-Diener (2002) laten zien dat patiënten met een chronische, fysieke ziekte onder andere relatief vaker lager opgeleide personen en personen met lagere inkomens zijn.

Ten slotte is het ook bekend dat sociaaleconomische status en eenzaamheid een relatie hebben. Een lage sociaaleconomische status geeft namelijk een grotere kans op eenzaamheid (Pinquart & Sörensen, 2003). De relatie geldt ook andersom: een lager inkomen hangt bij ouderen sterk samen met de ervaring van meer eenzaamheid.

Accumulatie van de drie risicofactoren

Zoals eerder beschreven, zijn eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen risicofactoren voor een laag welbevinden. Maar wat gebeurt er als deze drie factoren samen optreden? Aangezien het hebben van één van de drie risicofactoren al genoeg negatieve gevolgen heeft, worden de negatieve gevolgen groter zodra er twee of zelfs drie risicofactoren in het spel zijn. Het is daarom belangrijk te onderzoeken in hoeverre de accumulatie van de drie risicofactoren leidt tot een lager welbevinden aangezien een laag welbevinden ook weer veel nadelen met zich meebrengt.

Er zijn slechts twee onderzoeken die ons bekend zijn die ingaan op de relatie tussen de concepten eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen. Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, en Pitkala (2005) laten zien dat eenzaamheid geassocieerd is met een laag niveau van onderwijs en een slecht inkomen. Een slechte gezondheidsstatus, een slechte functionele status en slecht zicht of verlies van gehoor verhoogde het voorkomen van eenzaamheid. De meeste oorzaken voor eenzaamheid waren ziektes, dood van een echtgenoot of een gebrek aan vrienden. Deze studie van Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, en Pitkala (2005) laat dus zien dat er een relatie is tussen eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen.

In het onderzoek van Rijken en Groenewegen (2008), welke in Nederland plaatsvond, is onderzocht wat de relatie is tussen een fysieke handicap en inkomen aan de ene kant en sociale participatie en subjectief welbevinden aan de andere kant. Rijken en Groenewegen (2008) laten zien dat participanten met een chronische ziekte een gemiddeld inkomen hadden van €1.062,- netto per maand, per persoon. Dit is substantieel lager dan het gemiddelde inkomen van de algemene populatie: €1.350,- netto per maand, per persoon. Hiernaast laten ze ook zien dat er een significante relatie is tussen de financiële situatie van de chronisch zieken en hun levenstevredenheid (onderdeel van het welbevinden). Bovendien wordt deze relatie gemedieerd door sociaal verlies en eenzaamheid, wat op zijn beurt resulteert in een gebrek aan contacten. Dit wil zeggen dat financiële bronnen kunnen bijdragen aan levenstevredenheid, grotendeels omdat ze sociale participatie bevorderen. Dus zowel sociaal verlies als eenzaamheid zijn negatief geassocieerd met het beschikbare inkomen van chronisch zieken (Rijken & Groenewegen, 2008).

Hypotheses

De drie factoren die besproken zijn – eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen – laten een relatie zien met het welbevinden en zijn dus te benoemen als risicofactoren voor een laag welbevinden. Er zijn onderzoeken benoemd die relaties tussen de drie factoren onderling aangeven, en onderzoeken die de relatie tussen de accumulatie van de drie factoren en het welbevinden aangeven. Net genoemde onderzoeken over de relatie van de accumulatie van de risicofactoren met het welbevinden, zijn de enige gevonden onderzoeken.

Dit onderzoek zal gaan kijken naar de relatie van de risicofactoren met het totale welbevinden, maar ook naar de relatie met de drie subschalen van het welbevinden. Hoewel eerder onderzoek zich voornamelijk richtte op de relatie met het subjectief (emotioneel) of psychologisch welbevinden, zal dit onderzoek zich dus gaan richten op alle drie de schalen van het welbevinden. Dit onderzoek zal bovendien kijken of de accumulatie van deze drie factoren inderdaad samenhangt met een lager welbevinden. Het is, zoals eerder genoemd, belangrijk om de relatie van de accumulatie van de risicofactoren met het welbevinden te onderzoeken vanwege de negatieve gevolgen die de risicofactoren afzonderlijk hebben. Wanneer de risicofactoren, twee of zelfs drie, samenkomen worden de negatieve gevolgen groter. Bovendien heeft een laag welbevinden ook negatieve gevolgen en is het daarom belangrijk te onderzoeken in welke mate de accumulatie van de risicofactoren een relatie heeft met het welbevinden. Dit onderzoek verschilt van het onderzoek van Rijken en Groenewegen (2008) in het feit dat hier niet alleen naar chronisch zieken gekeken wordt, maar dat alle soorten gezondheidsproblemen meegenomen zullen worden. Er is tot dusver geen onderzoek gevonden die vaststelt of de combinatie van eenzaamheid, een lage sociaaleconomische status en gezondheidsproblemen leidt tot een lager welbevinden in de algemene, Nederlandse populatie. Dit onderzoek zal hier verder op in gaan. Er zal dus gekeken worden of eerder genoemde onderzoeken bevestigd kunnen worden in de Nederlandse populatie. Er zal ten slotte ook voor elke factor apart – en de combinaties van factoren – gekeken worden wat de prevalentie is.

De volgende hypothesen, opgesteld aan de hand van eerdere onderzoeken, vormen leidraad voor deze studie:

- 1. Eenzaamheid heeft een negatieve samenhang met het welbevinden. Op basis van eerder onderzoek wordt er verondersteld dat hoe eenzamer mensen zijn, des te lager hun welbevinden is.

- 2. Gezondheidsproblemen hebben een negatieve samenhang met het welbevinden. Op basis van eerder onderzoek wordt er verondersteld dat hoe meer gezondheidsproblemen mensen hebben, des te lager hun welbevinden is.
- 3. Sociaaleconomische status heeft een positieve samenhang met het welbevinden. Op basis van eerder onderzoek wordt er verondersteld dat hoe lager de sociaaleconomische status is van mensen, des te lager hun welbevinden is.
- 4. De accumulatie van de drie risicofactoren heeft een negatieve samenhang met het welbevinden. Op basis van eerder onderzoek wordt er verondersteld dat bij mensen bij wie de drie risicofactoren samenkomen, het welbevinden lager zal zijn.

Methode

LISS-panel

In dit artikel wordt data gebruikt uit het LISS-panel, een internetpanel die staat voor ‘Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen’. Het LISS-panel wordt gemanaged door CentERdata in Tilburg, Nederland. Het LISS-panel is een panel die uit ongeveer 5000 huishoudens bestaat (8000 huishoudleden), random geselecteerd uit de gemeenteregisters in Nederland, waardoor in het LISS-panel mensen uit alle lagen van de Nederlandse bevolking zitten. Dit maakt het panel representatief voor de Nederlandse bevolking. Huishoudleden worden uitgenodigd om maandelijks online vragenlijsten in te vullen en worden wanneer het nodig is voorzien van internettoegang en een persoonlijke computer. Het LISS-panel is in volle gang sinds oktober 2007 en alle data en informatie over het panel wordt beschikbaar gesteld op de website (<http://www.lissdata.nl/>).

Het LISS-panel bevat onder andere de LISS Core Studie, een longitudinale studie die elk jaar uitgevoerd wordt in het panel. Dit houdt in dat metingen elk jaar opnieuw uitgevoerd worden voor dezelfde individuen en huishoudens. Hierdoor kan de Core Studie veranderingen meten in het dagelijks leven van mensen, hun reacties op levensgebeurtenissen en de effecten van maatschappelijke veranderingen en politieke maatregelen. De vragenlijsten zijn onderverdeeld in de volgende onderwerpen: gezondheid, politiek en waarden, religie en etniciteit, sociale integratie en vrije tijd, familie en huishouden, werk en scholing, persoonlijkheid, en economische situatie en huishouden.

Procedure

Data uit het LISS panel bestaat uit vragenlijsten die onderverdeeld zijn in verschillende modules. In dit onderzoek is data gebruikt uit de volgende modules:

- Module ‘health’: vragen over de gezondheid zijn hieruit gehaald, om te dienen als indicatie voor eventuele gezondheidsproblemen. Aantal deelnemers: 1672.
- Module ‘mental health’: de MHC-SF is hieruit gehaald, om het welbevinden te meten. Aantal deelnemers: 1932.
- Module ‘social integration and leisure’: de verkorte eenzaamheidsschaal is hieruit gehaald, als indicatie voor eventuele eenzaamheid. Aantal deelnemer: 7339.

- Een bestand met achtergrondvariabelen is gebruikt voor het bepalen van de sociaaleconomische status aan de hand van inkomen en opleiding. Aantal deelnemers: 1932.

Uiteindelijk zijn de losse bestanden in SPSS aan elkaar gemerged, en zijn alle deelnemers van wie geen noodzakelijke informatie op één of meerdere punten bekend was, eruit gehaald. Het uiteindelijke aantal deelnemers kwam hierna op 1514 uit.

Deelnemers

Uiteindelijk zijn er 1514 deelnemers uit het LISS-panel geselecteerd voor deze studie. Deelnemers variëren in de leeftijd van 18 tot en met 87 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 48.63 jaar (SD = 17.81). Hiernaast zijn van de 1514 deelnemers 49.4% mannelijk en 50.6% vrouwelijk. Van de 1514 heeft 11.4% als hoogste opleidingsniveau basisonderwijs, 25.6% VMBO, 12% HAVO/VWO, 21.9% MBO, 20.6% HBO en 8.5% WO. Dit is representatief voor de algemene, Nederlandse bevolking (CBS, 2013).

Vragenlijsten

Welbevinden

Welbevinden is gemeten met de *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF; Lamers et al., 2011). De MHC-SF is multidimensionaal en bevat veertien items die het emotioneel welbevinden (drie items), psychologisch welbevinden (vijf items) en het sociaal welbevinden (zes items) meten. Respondenten beoordelen de frequentie van elk item gedurende de afgelopen maand op een 6-puntsschaal die loopt van ‘nooit’ (0) tot ‘elke dag’ (5). De Nederlandse versie van de MHC-SF laat goede psychometrische eigenschappen zien (Lamers et al., 2011). De betrouwbaarheid van de MHC-SF in dit onderzoek is .895, dus ook als goed te beschrijven.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Van Tilburg. De originele schaal bestaat uit elf uitspraken over emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2008). In 2008 is echter een verkorte schaal van zes items uitgekomen, waarvan gebleken is dat deze schaal eveneens een betrouwbaar en valide meetinstrument is (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2008). De verkorte schaal wordt

in deze studie gehanteerd. De betrouwbaarheid van de verkorte eenzaamheidsschaal in dit onderzoek is .750, dus ook als goed te beschrijven.

De handleiding van de eenzaamheidsschaal stelt dat de totaalscore iemand in één van de volgende twee categorieën kan plaatsen: ‘eenzaam’ of ‘niet eenzaam’ (http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html). Een individu valt in de categorie ‘eenzaam’ wanneer er sprake is van een totaalscore van 2 t/m 6. Een individu valt in de categorie ‘niet eenzaam’ wanneer er sprake is van een totaalscore van 0 t/m 1. Dit onderscheid tussen eenzaam en niet eenzaam is ook in deze studie gehanteerd.

Sociaaleconomische status

De definitie van sociaaleconomische status is gebaseerd op door CBS gehanteerde richtlijnen (CBS, 2011), wat betekent dat er gekeken is naar het hoogst behaalde onderwijs en/of naar de financiële middelen. Onder laag onderwijs wordt verstaan: geen onderwijs afgerond of lagere school/basisonderwijs, lager beroepsonderwijs zoals VMBO-g, huishoudschool, ambachtsschool, LBO of LTS of middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals VMBO-t, ULO, MULO of MAVO). Onder beperkte financiële middelen wordt verstaan: 1000 euro netto per maand voor een enkel huishouden of een enkele ouder met kinderen en 1001-1500 euro netto per maand voor een koppel (CBS, 2011).

Een individu met een laag sociaaleconomische status heeft in dit onderzoek dus of laag onderwijs en/of beperkte financiële middelen. Er is dan ook een driedeling gemaakt van sociaaleconomische status: geen kenmerk lage sociaaleconomische status (0), één kenmerk lage sociaaleconomische status (1) en twee kenmerken lage sociaaleconomische status (2). Er is sprake van één kenmerk van lage sociaaleconomische status wanneer een individu laag onderwijs heeft *genoten of* beperkte financiële middelen heeft. Er is sprake van twee kenmerken van lage sociaaleconomische status wanneer een individu laag onderwijs heeft *genoten en* beperkte financiële middelen heeft.

Gezondheidsproblemen

In dit onderzoek wordt onder gezondheidsproblemen minimaal twee gezondheidsproblemen verstaan, om zeker te zijn dat het om een kwetsbare groep gaat. Er is naar diverse items gekeken die relateren aan de gezondheidstoestand van de individu. De eerste vraag gaat over de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid. Vervolgens volgen er vragen over langdurige ziekte, aandoening, handicap of gevolgen van een ongeluk. Een subjectieve

beoordeling van het voorkomen van klachten en/of ziekten volgen hierna samen met een zelf in te vullen objectieve beoordeling van een arts over het voorkomen van ziekten en/of problemen van het afgelopen jaar. Ten slotte wordt er gevraagd of er minstens één keer per week medicijnen gebruikt worden voor klachten/ziekten. Voor een volledig overzicht van alle vragen, zie bijlage één. Wanneer de individu op twee of meer van deze items positief scoort, wordt dit meegenomen als een gezondheidsprobleem.

Analyse

Er zijn verschillende analyses uitgevoerd met het onderzoeksbestand met behulp van SPSS Statistics (origineel Statistical Package for the Social Sciences; later gewijzigd naar Statistical Product and Service Solutions) versie 20.0. Allereerst zijn er frequenties berekend. Vervolgens zijn er Pearson correlaties berekend tussen de score op de eenzaamheidsschaal en de score op (de drie subschalen van) het welbevinden, het aantal gezondheidsproblemen en de score op (de drie subschalen van) het welbevinden, en de sociaaleconomische status en de score op (de drie schalen van) het welbevinden. Bovendien zijn de correlaties tussen de risicofactoren onderling berekend. Er zal in dit onderzoek tweezijdig getoetst worden. Voor alle risicofactoren wordt er, op basis van eerder onderzoek, verwacht dat de correlatie negatief zal zijn. Dit betekent dat hoe eenzamer een individu is, of hoe meer gezondheidsproblemen een individu heeft, des te lager het welbevinden zal zijn. De variabele voor sociaaleconomische status is gehercodeerd waardoor ook hier verwacht wordt dat het verband tussen sociaaleconomische status en welbevinden negatief zal zijn: hoe hoger de score op de gehercodeerde variabele (ofwel: hoe lager de sociaaleconomische status), des te lager is de score op het welbevinden.

Vervolgens is er een regressieanalyse uitgevoerd om een lineair verband te schatten tussen de afhankelijke variabele – de score op het welbevinden – en de onafhankelijke variabelen – de score op de eenzaamheidsschaal, het aantal gezondheidsproblemen en de sociaaleconomische status. Er is gekeken met hoeveel het net genoemde model correleert met welbevinden, hoeveel het model eventueel het welbevinden verklaart, of het model significant is (met een significantieniveau van 0.05; tweezijdig getoetst) en wat de invloed is per onafhankelijke variabele op het welbevinden en wederom of deze invloed significant is (met een significantieniveau van 0.05).

Ten slotte is er een variantieanalyse uitgevoerd om te kijken of er verschillen zijn tussen de verschillende soorten groepen en het welbevinden. Een variantieanalyse wordt gebruikt om

vast te stellen of de gemiddelden van een aantal groepen aan elkaar gelijk zijn, of niet (Huizingh, 2010). De afhankelijke variabele was het welbevinden en de fixed factors (onafhankelijke variabelen) waren de indicatie wel/geen eenzaamheid, de indicatie wel/geen gezondheidsproblemen, en de indicatie (3) ‘geen lage SES’, ‘lage opleiding *of* laag inkomen’, en ‘lage opleiding *en* laag inkomen’. Met deze variantieanalyse kunnen meerdere onafhankelijke (gerelateerde) variabelen getoetst worden op basis van groepsgemiddelden. Naast de hoofdeffecten kunnen ook interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen getoetst worden tegen een significantieniveau van 0.05 (tweezijdige toetsing).

Resultaten

Frequenties

In tabel 1 zijn frequenties af te lezen van alle respondenten die gezondheidsproblemen hebben, en/of eenzaam zijn en/of een lage sociaaleconomische status hebben. Een individu met een gezondheidsprobleem kan hiernaast ook eenzaam zijn of een lage sociaaleconomische status hebben. Het aantal respondenten met minimaal twee gezondheidsproblemen is 62.2%, het aantal respondenten dat lijdt aan eenzaamheid is 41.5% en het aantal respondenten met een lage sociaaleconomische status is 53.2%.

In tabel 2 zijn de frequenties af te lezen van de acht verschillende groepen. Bij deze groepen geldt dat groep één minimaal twee gezondheidsproblemen heeft en niet lijdt aan eenzaamheid en geen lage sociaaleconomische status heeft. Het aantal respondenten die lijden aan eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status hebben is het grootst, dit betreft 19.4% van de respondenten. Hierna volgt de groep respondenten die gezondheidsproblemen hebben en een lage sociaaleconomische status, dit betreft 18.7% van de respondenten. Het aantal respondenten die lijden aan eenzaamheid en een lage sociaaleconomische status heeft, is het kleinst: 4.4% van de respondenten.

Tabel 1

Frequenties van de drie risicofactoren (n=1514)

Groep	Frequentie	Percentage
Gezondheidsproblemen	941	62.2%
Eenzaamheid	628	41.5%
Lage sociaaleconomische status	806	53.2%

Tabel 2

Frequenties van het samen voorkomen van de risicofactoren (n=1514)

Groep	Frequentie	Percentage
Groep nul: controlegroep	235	15.5%
Groep één: gezondheidsproblemen	205	13.5%
Groep twee: eenzaamheid	108	7.1%
Groep drie: lage sociaaleconomische status	163	10.8%
Groep vier: gezondheidsproblemen en eenzaamheid	160	10.6%
Groep vijf: gezondheidsproblemen en lage sociaaleconomische status	283	18.7%
Groep zes: eenzaamheid en lage sociaaleconomische status	67	4.4%
Groep zeven: gezondheidsproblemen, eenzaamheid en lage sociaaleconomische status	293	19.4%

Correlaties

In tabel 3 zijn de correlaties te vinden van de vier factoren met het welbevinden. De correlatie tussen de score op de eenzaamheidsschaal en het welbevinden is $-.316$. Er is dus sprake van een negatieve correlatie: een hogere score op de eenzaamheidsschaal, laat een lagere score op het welbevinden zien, en omgekeerd. Deze negatieve correlatie is bovendien significant, bij een significantieniveau van 0.01. De tweede correlatie, tussen het aantal gezondheidsproblemen en het welbevinden, is $-.145$. Hier is dus ook sprake van een negatieve correlatie: hoe meer gezondheidsproblemen een individu heeft, des te lager is de score op het welbevinden, en omgekeerd. Deze negatieve correlatie is hiernaast ook significant, bij een significantieniveau van 0.01. De derde correlatie, tussen sociaaleconomische status en het welbevinden, is $-.067$. Hier is ook sprake van een negatieve correlatie¹: hoe lager de sociaaleconomische status, des te lager is de score op het welbevinden, en omgekeerd. Deze negatieve correlatie is hiernaast ook significant, bij een significantieniveau van 0.01.

In tabel 3 zijn eveneens de correlaties te vinden tussen de vier factoren onderling. Uit de tabel valt af te lezen dat eenzaamheid positief correleert met gezondheid en sociaaleconomische status. Dit betekent dat hoe eenzamer een individu is, des te meer gezondheidsproblemen deze individu heeft en des te lager de sociaaleconomische status is.

¹ Let op: sociaaleconomische status is gehercodeerd: 0 'geen lage sociaaleconomische status', 1 'lage opleiding of laag inkomen' en 2 'lage opleiding en laag inkomen'

Deze correlaties zijn significant bij een significantieniveau van 0.01. Gezondheid en sociaaleconomische status correleren ook positief met elkaar bij een significantieniveau van 0.01: hoe meer gezondheidsproblemen een individu heeft, des te lager is de sociaaleconomische status.

In tabel 4 zijn de correlaties te vinden van de vier factoren met de drie aparte schalen van de MHC-SF die respectievelijk het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden meten. Uit de tabel valt op te maken dat zowel eenzaamheid als gezondheid negatief correleert met het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden met een significantie van 0.01. Sociaaleconomische status correleert ook negatief met emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, echter zijn alleen de correlaties met het psychologisch en sociaal welbevinden significant (bij een significantieniveau van 0.01).

Tabel 3

Correlaties tussen de drie risicofactoren en van de risicofactoren met het welbevinden

	Welbevinden	Eenzaamheid	Gezondheid	Sociaaleconomische status
Eenzaamheid	-.316**	-	.187**	.083**
Gezondheid	-.145**	.187**	-	.219**
Sociaaleconomische status	-.067**	.083**	.219**	-

Noot.

** $p \leq .01$

Tabel 4

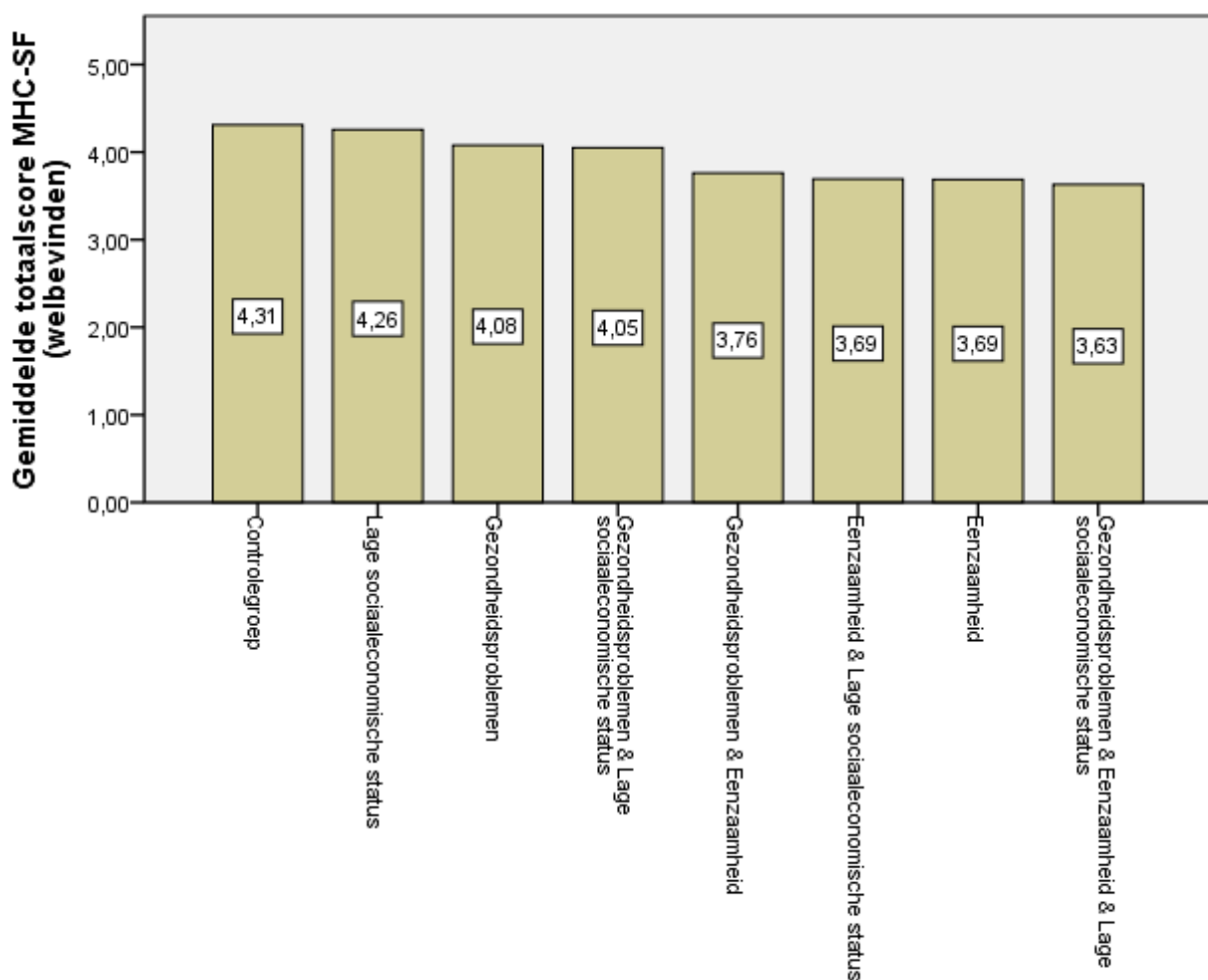
Correlaties van de drie risicofactoren met de verschillende schalen van het welbevinden

	Emotioneel welbevinden	Psychologisch welbevinden	Sociaal welbevinden
Eenzaamheid	-.382**	-.279**	-.206**
Gezondheid	-.142**	-.121**	-.122**
Sociaaleconomische status	-.005	-.067**	-.080**

Noot.

** $p \leq .01$

In figuur 1 zijn de gemiddelde totaalscores van de MHC-SF, die het welbevinden meet, te vinden per groep. De groep met geen enkel risicofactor (controlegroep) heeft het hoogste welbevinden, dit is de groep die geen gezondheidsproblemen en geen lage sociaaleconomische status heeft en tevens niet eenzaam is. Hierna volgt de groep met een lage sociaaleconomische status en vervolgens de groep met gezondheidsproblemen. De groep die het laagste welbevinden heeft, is de groep die gezondheidsproblemen hebben, een lage sociaaleconomische status en die eenzaam zijn. Hierna heeft de groep die lijdt aan eenzaamheid het laagste welbevinden, samen met de groep die lijdt aan eenzaamheid en een een lage sociaaleconomische status.



Figuur 1. Gemiddelde totaalscores van het welbevinden per groep, aflopend.

Regressieanalyse

Tabel 5 geeft de relatie per onafhankelijke variabele weer. Uit de tabel is op te maken dat de relatie van de eerste variabele, namelijk de eenzaamheidsscore, met het welbevinden negatief

is. Bovendien is deze relatie significant (bij een significantieniveau van 0.01). Voor de tweede variabele, aantal gezondheidsproblemen, geldt ook dat de relatie met het welbevinden negatief en significant is (ook bij een significantieniveau van 0.01). Voor de derde variabele, sociaaleconomische status, is geen significante relatie gevonden.

Ten slotte kan er gesteld worden dat het model 15.1% van de score van het welbevinden verklaart. Er kan geconcludeerd worden dat het model significant is bij een significantieniveau van 0.01.

Tabel 5

Regressieanalyse van de drie risicofactoren in relatie tot het welbevinden

Mode		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
1		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.295	.037		116.027	.000
	Eenzaamheid	-.152	.013	-.298	-12.051	.000
	Gezondheidsproblemen	-.022	.006	-.084	-3.318	.001
	Sociaaleconomische status	-.029	.030	-.024	-.981	.327

Noot.

Verklaarde variantie (R^2 adj.) .151

$F(3, 1510) = 90.6; p < .001$

Variantieanalyse

In tabel 6 zijn de frequenties af te lezen van de verschillende groepen. In tabel 7 is onder andere af te lezen dat het effect van eenzaamheid significant is ($F = 56.421; df = 1, 1502; p = .000$). Het effect van gezondheid ($F = 6.555; df = 1, 1502; p = .011$) is eveneens significant en het effect van sociaaleconomische status ($F = .568; df = 1, 1502; p = .567$) is niet significant wanneer er een significantieniveau van 0.05 gehanteerd wordt. Wanneer we kijken naar het interactie-effect tussen eenzaamheid en gezondheid, blijkt deze niet significant te zijn ($F = .967; df = 1, 1502; p = .325$). Het interactie-effect tussen eenzaamheid en sociaaleconomische status ($F = .762; df = 1, 1502; p = .467$) en het interactie-effect tussen gezondheid en sociaaleconomische status ($F = .996; df = 1, 1502; p = .370$) zijn eveneens niet significant.

Ook is het interactie-effect tussen de drie factoren eenzaamheid, gezondheid en sociaaleconomische status niet significant te noemen ($F = 1.241$; $p = 1, 1502$; $p = .289$).

Tabel 7

Variantieanalyse van de verschillende groepen van de risicofactoren met het welbevinden

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	101.513 ^a	11	9.228	13.031	.000
Intercept	12437.791	1	12437.791	17562.451	.000
Eenzaamheid	39.958	1	39.958	56.421	.000
Gezondheidsproblemen	4.642	1	4.642	6.555	.011
Sociaaleconomische status	.804	2	.402	.568	.567
Eenzaamheid *	.685	1	.685	.967	.325
Gezondheidsproblemen *					
Eenzaamheid *	1.079	2	.540	.762	.467
Sociaaleconomische status *					
Gezondheidsproblemen *	1.410	2	.705	.996	.370
Sociaaleconomische status *					
Eenzaamheid *	1.758	2	.879	1.241	.289
Gezondheidsproblemen *					
Sociaaleconomische status *					
Error	1063.722	1502	.708		
Total	24943.306	1514			
Corrected Total	1165.235	1513			

Noot.

a. $R^2 = 0.087$ (Adjusted $R^2 = .080$)

Discussie

De doelstelling van dit onderzoek was erachter komen wat eventuele risicofactoren zijn voor het welbevinden en of het welbevinden lager is wanneer deze risicofactoren samen komen. Hieronder zullen de bevindingen van dit onderzoek besproken worden in relatie met wat eerder onderzoek laat zien. Bovendien zullen de sterke en zwakke punten van dit onderzoek besproken worden, evenals punten voor de toekomst.

Eenzaamheid

Het aantal respondenten dat aan eenzaamheid leed in dit onderzoek was 41.5%. Eerder onderzoek onder ouderen toonde aan dat $1/3^e$ van de ouderen aan eenzaamheid leed (Routasalo et al., 2006). Ook onderzoek met een Nederlandse populatie liet zien dat 30% van de algemene populatie aan eenzaamheid leed (Savelkoul & Van Tilburg, 2010). Dit onderzoek komt dus op een hoger percentage uit dan eerdere onderzoeken laten zien. Er zal meer onderzoek in de Nederlandse populatie gedaan moeten worden om te kijken of het percentage eenzame mensen daadwerkelijk zo hoog ligt. Het kan immers ook zo zijn dat de normering voor eenzaamheid in dit onderzoek te laag is vastgelegd, waardoor er te veel mensen als eenzaam zijn geïnccludeerd. Voor de normering is de handleiding van de verkorte eenzaamheidsschaal gebruikt die een persoon ziet als eenzaam bij een score van 2 t/m 6 (http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html). Aangezien de range van de eenzaamheidsschaal 0 – 6 is, kan men zich afvragen of een normering van 2 of hoger niet te laag ligt. Wellicht moet deze normering dus aangepast worden.

Dit onderzoek laat verder zien dat hoe eenzamer mensen zijn, des te lager hun welbevinden is. Dit bevestigt de eerder opgestelde hypothese in dit onderzoek. Bovendien komt deze bevinding overeen met wat eerder onderzoek laat zien (Doman & Le Roux, 2012; Losada et al., 2012; Vanderweele, Hawkey, & Cacioppo, 2012). Zoals eerder werd gesteld, wordt er bij eenzaamheid verbondenheid gemist met anderen. Verbondenheid is één van de drie basis psychologische behoeften van de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) die essentieel zijn voor het welbevinden. Dit onderzoek bevestigt dat verbondenheid essentieel is voor het welbevinden, gezien de gevonden relatie tussen eenzaamheid en het welbevinden. De relatie die gevonden is in dit onderzoek geldt voor alle drie de componenten van het welbevinden. Hoe eenzamer mensen zijn, des te lager is hun emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Eerder onderzoek richtte zich voornamelijk op het emotioneel of

psychologisch welbevinden, dit onderzoek laat de relatie dus ook zien met het sociaal welbevinden.

Gezondheidsproblemen

Het aantal respondenten dat aan minimaal twee gezondheidsproblemen leed in dit onderzoek was 62.2%. Eerder onderzoek liet zien dat 23.7% van de algemene Nederlandse populatie één langdurige aandoening heeft, 11.4% twee langdurige aandoeningen en 13.1% drie langdurige aandoeningen (CBS, 2011). Bovendien komen gezondheidsaandoeningen en beperkingen in de leeftijd van 12 tot 55 jaar voor bij 13.0% en in de leeftijd van 55+ bij 12.0% (CBS, 2012). Wanneer deze cijfers opgeteld worden, komt hier ongeveer hetzelfde percentage uit als het percentage dat in dit onderzoek is gevonden. Men moet echter bedachtzaam zijn voor het feit dat ook voor gezondheidsproblemen in dit huidige onderzoek sprake kan zijn van een overschatting. Dit kan komen doordat de meeste vragen een subjectieve beoordeling vereisten van de respondent. Door gezondheidsproblemen vast te stellen uit het medisch dossier, waar alle gezondheidsproblemen zijn vastgesteld door een arts, wordt de kans op overschatting kleiner.

Dit onderzoek laat verder zien dat hoe meer gezondheidsproblemen mensen hebben, des te lager hun welbevinden is. Dit bevestigt de eerder opgestelde hypothese in dit onderzoek. Bovendien komt dit overeen met wat eerder onderzoek laat zien (Lamers, 2012; Yakovlev & Leguizamon, 2012). Zoals eerder werd gesteld, wordt er verondersteld dat individuen met gezondheidsproblemen een gevoel van autonomie missen. Autonomie is één van de drie basis psychologische behoeften van de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) die essentieel zijn voor het welbevinden. Dit onderzoek bevestigt dat autonomie essentieel is voor het welbevinden, gezien de gevonden relatie tussen eenzaamheid en het welbevinden. De relatie die gevonden is in dit onderzoek geldt voor alle drie de componenten van het welbevinden. Hoe meer gezondheidsproblemen mensen hebben, des te lager is hun emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Aangezien de relaties vrij laag zijn, zullen in de toekomst de vragen aangescherpt kunnen worden. Momenteel is er in de vraagstellingen alleen gekeken naar de mogelijke ziekten of klachten die een persoon ondervindt. Het kan zo zijn dat een individu wel gezondheidsproblemen heeft, maar hier geen hinder of beperking in het alledaags functioneren van ondervindt en de gezondheidsproblemen daarmee geen invloed hebben op het welbevinden. Wellicht als alleen die gezondheidsproblemen meegenomen

worden die zorgen voor een beperking van het functioneren, dat de relatie met het welbevinden sterker zal zijn.

Lage sociaaleconomische status

Het aantal respondenten met een lage sociaaleconomische status in dit onderzoek was 53.2%. Eerder onderzoek uit Nederland liet zien dat 27% van de Nederlandse bevolking een laag opleidingsniveau had; één van de twee indicatoren van een lage sociaaleconomische status (Verweij, Sanderse, Van Der Lucht, & Den Hertog, 2013). In dit onderzoek omvat de 53.2% niet alleen de indicator laag opleidingsniveau, maar ook de indicator laag inkomen. Onder de 53.2% vallen dus mensen met een laag opleidingsniveau en/of een laag inkomen volgens de CBS-richtlijnen. Wellicht dat het percentage daardoor in dit onderzoek hoger ligt. Een andere mogelijkheid voor dit hoge percentage in dit onderzoek kan zijn dat er teveel in de categorie laag inkomen geïnccludeerd zijn. Er is gekeken naar het netto inkomen van de respondent die de vragenlijst invulde. Het kan zo zijn dat de respondent die de vragenlijst invulde uit een huishouden kwam waar iemand anders de kostwinnaar was en daarmee het gezin zelf niet onder de categorie lage sociaaleconomische status valt, denk bijvoorbeeld aan een academisch geschoolde thuismoeder. Hier zal in de toekomst meer onderzoek naar gedaan moeten worden.

In dit onderzoek komen gemengde resultaten naar voren met betrekking tot de relatie met het welbevinden. Voor het algemene welbevinden geldt dat hoe lager de sociaaleconomische status is, des te lager het welbevinden is. Dit bevestigt de hypothese in dit onderzoek. Eerdere onderzoeken laten ook al gemengde resultaten zien over de relatie van sociaaleconomische status met welbevinden. Er zijn studies die laten zien dat sociaaleconomische status een negatieve relatie heeft met het welbevinden (Yakovlev & Leguizamon, 2012), maar het is ook bekend dat individuen met het hoogste inkomen (onderdeel van sociaaleconomische status) niet het hoogste welbevinden hebben (Mentzakis & Moro, 2009). Het lijkt er dus op dat de invloed van sociaaleconomische status slechts geldt tot een bepaalde hoogte. Zo laat onderzoek zien dat grotere inkomsten op lange termijn geen impact hebben op het welbevinden (Easterlin, 1974; 2005). De relatie die gevonden is in dit onderzoek geldt voor twee van de componenten van het welbevinden: het psychologisch en sociaal welbevinden. Hoe eenzamer mensen zijn, des te lager is hun psychologisch en sociaal welbevinden. Hoewel de relatie tussen sociaaleconomische status en emotioneel welbevinden negatief is, is deze relatie niet significant. Er moet opgemerkt worden dat de relatie tussen sociaaleconomische

status en het algehele welbevinden, net als de relatie met de subschalen, zeer laag is. Hier zal in de toekomst meer onderzoek naar gedaan moeten worden. Wellicht dat men in de toekomst één criteria mee kan nemen als indicator voor een lage sociaaleconomische status. Veel onderzoek in Nederland gebruikt alleen hoogst afgeronde opleiding als indicator en niet het inkomen. Hiernaast kan de criteria, zoals net genoemd voor inkomen, ook aangescherpt worden.

Accumulatie van de drie risicofactoren

Wanneer de risicofactoren accumuleren en er gekeken wordt naar de relatie tussen de accumulatie en het welbevinden, is geen accumulatie significant. Het gaat dan om de accumulaties: eenzaamheid en gezondheidsproblemen, eenzaamheid en lage sociaaleconomische status, gezondheidsproblemen en lage sociaaleconomische status, en eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status. Dit verwerpt de hypothese in dit onderzoek. Bovendien is het in tegenspraak met wat eerder onderzoek laat zien, die stellen dat er wel een relatie is tussen de accumulatie(s) en het welbevinden (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005; Rijken & Groenewegen, 2008). Dat er geen relatie is gevonden, kan verschillende redenen hebben. Zo kan het te maken hebben met de criteria waarmee eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status zijn vastgesteld zoals eerder ook al is benoemd. Het kan echter ook zo zijn dat het voorkomen van één risicofactor erg genoeg is en de invloed van een tweede risicofactor dan nihil is. Bovendien kan het zo zijn dat men in de loop der tijd went aan bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, waardoor de invloed van gezondheidsproblemen als extra risicofactor nihil is.

Samenvatting sterke en zwakke punten

Dit is, naar ons weten, het eerste onderzoek wat (in Nederland) onderzocht heeft of de accumulatie van eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status een relatie heeft met het welbevinden. Eerder onderzoek kwam uit het buitenland (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005) of beperkte de gezondheidsproblemen tot chronisch zieken (Rijken & Groenewegen, 2008). Het onderzoek is bovendien generaliseerbaar, aangezien er gebruik is gemaakt van het LISS-panel, een representatief internetpanel waarbij deelnemers random geselecteerd worden uit Nederlandse gemeenten. De externe validiteit van dit onderzoek valt dus als zeer goed te beschrijven.

Het onderzoek laat bovendien zien dat er bijzonder veel mensen lijden aan eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status. Ten slotte laat het onderzoek zien dat hoe eenzamer mensen zijn, des te lager hun welbevinden is. Hetzelfde geldt voor gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status. Sterk in dit onderzoek is bovendien de relaties die dit onderzoek laat zien tussen de risicofactoren en de drie subschalen van het welbevinden (met uitzondering van sociaaleconomische status en het emotioneel welbevinden, hier is geen relatie gevonden).

Hoewel er eerder ook al zwakke punten zijn benoemd, worden de zwakke punten van dit onderzoek hier nog beknopt weergegeven.

- De normering van de eenzaamheidsschaal. Bij een range van 0-6 is het aanmerken van een individu als eenzaam bij een score van 2 of hoger wellicht te laagdrempelig waardoor teveel mensen als eenzaam zijn geïnccludeerd.
- Vragen over de gezondheidsproblemen vereisten veelal een subjectieve beoordeling, wat geleid kan hebben tot een overschatting van het aantal individuen met gezondheidsproblemen.
- De kwaliteit van leven van individuen met gezondheidsproblemen is niet meegenomen. Hierdoor is het niet bekend in welke mate de individuen hinder of beperking in het alledaags functioneren ondervinden van de gezondheidsproblemen. Wanneer mensen geen hinder ondervinden, zal de invloed op het welbevinden nihil zijn.
- Er zijn twee indicatoren gebruikt voor het bepalen van lage sociaaleconomische status, wellicht was één voldoende geweest.
- Inkomen als indicator voor een lage sociaaleconomische status is alleen bepaald aan de hand van het inkomen van één individu van het huishouden. Hierdoor kan een persoon onterecht geïnccludeerd zijn bij een lage sociaaleconomische status. Een voorbeeld is een thuismoeder die geen inkomen heeft maar bijvoorbeeld wel een academische opleiding gevolgd heeft (en daarmee met één kenmerk, laag inkomen, in de categorie lage sociaaleconomische status valt). De partner kan een zeer hoog inkomen hebben, waardoor het gezin een hoge sociaaleconomische status heeft.

De toekomst: vervolgonderzoek en relevantie voor de praktijk

Allereerst is het belangrijk dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de prevalentie van de risicofactoren. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat een groot deel van de respondenten

leed aan eenzaamheid, gezondheidsproblemen had of een lage sociaaleconomische status had. Hier zal meer onderzoek naar gedaan moeten worden. In vervolgonderzoek zullen de zwakke punten van dit onderzoek meegenomen moeten worden bij het vaststellen van nieuwe criteria voor de risicofactoren.

Er wordt bovendien geadviseerd om meer onderzoek te doen naar de relatie van de accumulatie van de drie risicofactoren met het welbevinden. Ook hier geldt dat in vervolgonderzoek de zwakke punten meegenomen moeten worden bij het vaststellen van nieuwe criteria voor de risicofactoren. Het kan bovendien relevant zijn om longitudinaal onderzoek te verrichten, zodat de causale relatie tussen de drie risicofactoren en het welbevinden onderzocht kan worden.

Dit onderzoek is relevant voor de praktijk, aangezien het heeft laten zien dat de drie risicofactoren afzonderlijk samenhangen met een laag welbevinden. Aangezien een laag welbevinden vele nadelen met zich meebrengt voor de persoon (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Diener & Chan, 2011; Lamers, Bolier, Westerhof & Bohlmeijer, 2011) is het belangrijk hier wat aan te doen in de vorm van interventies. Eerder onderzoek laat zien dat interventies gebaseerd op de positieve psychologie significant het subjectief welbevinden verhogen, maar dat de huidige interventies vaak een 'one size fits all'-aanpak hebben en niet toegespitst zijn op groepen met specifieke psychosociale problemen (Bolier et al., 2013). Er moet dus voor gepleit worden dit soort interventies aan te passen aan mensen die eenzaam zijn, aan mensen die gezondheidsproblemen hebben en aan mensen met een lage sociaaleconomische status, ook omdat de risicofactoren op zich veel negatieve gevolgen kunnen hebben.

Referenties

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1995). *Convoys of social relations: Family and friendships within a life span context*. In: *Handbook of Aging and the Family* (pp. 71-355). Westport, CT: Greenwood.
- Atchley, R. C. (1989). The continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Badger, J. M., Ladd, R. E., & Adler, P. (2009). Respecting patient autonomy versus protecting the patient's health: A dilemma for healthcare providers. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 11 (4), 120-124.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In: *Successful Aging: Perspectives From the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13 (1), 1-20.
- Bound, H., & Lin, M. (in press). Developing competence at work. *Vocations and Learning*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12186-013-9102-8>.
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. K., Hawkley, L. C., Kowalewski, R. B., & Berntson, G. G. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35 (2-3), 143-154.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 453-463.

- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21* (1), 140-151.
- Caspi, A., Harrington, H., Moffitt, T. E., Milne, B. J., & Poulton, R. (2006). Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 160* (8), 805-811.
- CBS (2011). *Armoedesignalement 2011*. Den Haag: CB/SCP.
- CBS (2011). *Langdurige aandoeningen*. Den Haag: CB/SCP.
- CBS (2012). *Gezondheid, aandoeningen, beperkingen*. Den Haag: CB/SCP.
- CBS (2013). *Beroepsbevolking, behaalde onderwijs naar herkomst, geslacht en leeftijd*. Den Haag: CB/SCP.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine, 70*, 741-756.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology, 94*, 95-120.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging, 28*, 582-598.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie, 39*, 4-15.
- DeNiro, D. A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia.

Issues in Mental Health Nursing, 16 (3), 185-200.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95, 542-575.*

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research, 57, 119-169.*

Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being, 3, 1-43.*

Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). *Personality and subjective well-being. In: D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), Well-Being: The foundations of hedonic psychology (pp. 213-229).* New York, NY: Russell Sage Foundation.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest, 5, 1-31.*

Diener, E., Suh., E. M., Lucas, R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125 (2), 276-302.*

Ditto, P. H., Druley, J. A., Moore, K. A., Danks, J. H., & Smucker, W. D. (1996). Fates worse than death: The role of valued life activities in health-state evaluations. *Health Psychology, 15 (5), 332-343.*

Doman, L. C. H., & Le Roux, A. (2012). The relationship between loneliness and psychological well-being among third-year students: A cross-cultural investigation. *International Journal of Culture and Mental Health, 5 (3), 153-168.*

Eaker, E. D., Pinsky, J., & Castelli, W. P. (1992). Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology, 135 (8), 854-864.*

- Easterlin, R. A. (1974). *Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence*. In P. A. David, & M. W. Reder (Eds.), *Nations and households in economic growth* (pp. 89–125). New York: Academic.
- Easterlin, R. A. (2005). *Building a better theory of well-being*. In L. Bruni, & P. Porta (Eds.), *Economics and happiness: framing the analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 377-389.
- Evans, J., Blye, F., Oliffe, J., & Gregory, D. (2011.) Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8 (1), 7–15.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 25–32.
- Glendinning, C., Tjadens, F., Arksey, H., Morée, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). *Care provision within families and its socio-economic impact on care providers*. York, UK: Social Policy Research Unit, University of York.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academy Press.
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28 (3), 103-115.
- Green, L. S., Oades, L. G., & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life

- coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *The Journal of Positive Psychology, 1* (3), 142-149.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40* (2), 218-227.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychology, 28* (3), 354-363.
- Heikkinen, R-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38* (3), 239-250.
- House, J. S., Landis, K., & Umberso, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science, 241*, 45-540.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*, 83-136.
- Huang, Y.-J., Wang, K.-Y., & Chen, C.-M. (2010). Loneliness: A concept analysis. *Journal of Nursing, 57* (5), 96-101.
- Huizingh, E. (2010). *Inleiding SPSS 18.0*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Found.
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the Human Population Laboratory Studies. *American Journal of Epidemiology, 125*, 206-220.

- Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, C. M. A. (2008). Socioeconomic determinants of psychological well-being: The role of income, income change, and income sources during the course of 29 years. *Annals of Epidemiology, 18* (7), 531-537.
- Kessler, R. C. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociological Review, 47*, 752-764.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61* (2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*, 181-192.
- Kivela, S., & Pakkala, K. (2001). Depressive disorder as predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*, 290-296.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2011). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 538-547.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*, 99-110.
- Langner, T. S., & Michael, S. T. (1963). *Life stress and mental health*. New York: Free Press.
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-

- Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146 (3), 277-292.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Machielse, A. (2006). Sociaal isolement bij ouderen. *Geron*, 2, 1-3.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358 (23), 2468-2481.
- May, J. H., & Cunningham, P. J. (2004). Tough trade-offs: medical bills, family finances and access to care. *Issue Brief (Centre for Studying Health System Change)*, 85, 1-4.
- Mayer, S. E. (1997). *Indicators of children's economic well-being and parental employment*. In: R.M. Hauser, B.V. Brown & W.R. Prosser, *Indicators of Children's Well-Being*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mentzakis, E., & Moro, M. (2009). The poor, the rich and the happy: Exploring the link between income and subjective well-being. *Journal of Socio-Economics*, 38 (1), 147-158.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Jr Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*. 97, 1612-638.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2010). *Gezondheidspsychologie (P. van der Helm & L. Juffermans, vert.)*. Amsterdam, the Netherlands: Pearson Education.
- Neeleman, J., & Power, M. J. (1994). Social support and depression in three groups of

- psychiatric patients and a group of medical controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29 (1), 46-51.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1968). *Personality and Patterns of Aging*. In: *Middle Age and Aging* (pp. 66-173). Chicago: University of Chicago Press.
- Olsen, R. B., Olsen, J., Gunner-Svensson, F., & Waldstrøm, B. (1991). Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Social Science and Medicine*, 33 (10), 1189-1195.
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7 (3), 361-375.
- Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J. H., Boeke, A. J. P., & van Eijk, J. T. M. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146 (6), 510-519.
- Pinquart, M., & Sörensen, S., (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta analysis. *Advances in Psychology Research*, 19, 111-143.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Richman, N. E., & Sokolove, R. L. (1992). The experience of aloneness, object representation, and evocative memory in borderline and neurotic patients. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (1), 77-91.

- Rijken, M., & Groenewegen, P. P. (2008). Money does not bring well-being, but it does help! The relationship between financial resources and life satisfaction of the chronically ill mediated by social deprivation and loneliness. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 18* (1), 39-53.
- Rokach, A., Leichcior-Kimel, R., & Safarov, A. (2006). Loneliness and people with physical disabilities. *Social Behaviour and Personality, 34* (6), 681-700.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people: A population-based study. *Behavioural Science Section, 52*(3), 181-187.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychology, 55*, 68–78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12*, 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.
- Savelkoul, M., & Van Tilburg, T. G. (2010). *Eenzaamheid samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors

- and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41 (3), 223-233.
- Scott, J., Dowsett, G. W., & Minichiello, V. (2010). Growing men's health: broadening the conceptual and practical agenda. *Health Sociology Review* 19 (4), 403–408.
- Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14 (6), 362-370.
- Segrin, C. (1999). Social skills, stressful events, and the development of psychosocial problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (1), 14-34.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70 (1), 5-31.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (2), 73-82.
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22 (3), 455-462.
- Smith, J. R., Brooks-Gunn, J., & Jackson, A. (1997). *Parental employment and children*. In: R.M. Hauser, B.V. Brown and W.R. Prosser, *Indicators of Children's Well-being*. New York: Russell Sage Foundation.

- Spitzer, R. L., & Wilson, P. T. (1975). *Nosology and the official psychiatric nomenclature*. In: A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 826-845). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Sugisawa, H., Liang, J., & Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology*, 49 (1), S3-S13.
- Thoits, P. A. (1992). Identity Structures and Psychological Well-Being: Gender and Marital Status Comparisons? *Social Psychology Quarterly*, 55, 56-236.
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71 (8), 836-842.
- Tilvis, R. S., Kahonen-Vare, M. H., Jolkkonen, J., Valvanne, J., Pitkala, K. H., & Strandberg, T. E. (2004). Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *Journals of Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 59 (3), 268-274.
- Van Berkel – Van Schaik, A. B., Tax, B. (1990). *Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek*. Den Haag: Ministerie van WVC.
- Vanderweele, T. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176 (9), 777-784.
- Valtorta, N. K., & Hanratty, B. (2013). Socioeconomic variation in the financial consequences of ill health for older people with chronic diseases: A systematic review. *Maturitas*, 74 (4), 313-333.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.

- Verweij A. (2010). *Wat is sociaaleconomische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Verweij, A., Sanderse, C., Lucht van der, F., Hertog den, F. R. J. (2013). *Scholing en opleiding: Wat is de huidige situatie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 91-678.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self-Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (4), 602-614.
- Wellman, B., & Wortley, S. (1990). Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. *American Journal of Sociology*, 96, 88-558.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Wilson, J. B., Ellwood, D. T., & Brooks-Gunn, J. (1995). *Welfare-to-work through the eyes of children. In: P.L. Chase-Lansdale and J. Brooks-Gunn, Escape from Poverty*. New York: Cambridge University Press.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). *Loneliness and risk of Alzheimer disease. Archives of General Psychiatry*, 64 (2), 234-240.

Winkleby, M., Jatulis, D. E., Frank, E., Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82, 816-820.

World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4), 972-983.

Yakovlev, P., & Leguizamon, S. (2012). Ignorance is not bliss: On the role of education in subjective well-being. *The Journal of Socio-Economics*, 41, 806-815.

Bijlagen

Vragen over de gezondheid

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

1. Slecht
2. Matig
3. Goed
4. Zeer goed
5. Uitstekend

Hebt u last van één of andere langdurige ziekte, aandoening, handicap of lijdt u aan de gevolgen van een ongeluk?

1. Ja
2. Nee

Hebt u regelmatig last van:

(meerdere antwoorden mogelijk)

- rug-, knie-, heuppijn of pijn in een ander gewricht
- hartklachten of angina, pijn in de borst bij inspanning
- ademnood, problemen met ademen
- maag- of darmproblemen
- hoofdpijn
- slaapproblemen
- andere steeds terugkerende klachten

0 Nee

1 Ja

Heeft een arts u het afgelopen jaar verteld dat u één van de volgende ziekten / problemen hebt?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- agina, pijn op de borst
- een hartaanval inclusief hartinfarct of coronairtrombose of een ander hartprobleem inclusief hartfalen.

- hoge bloeddruk of hypertensie
- hoog cholesterol gehalte in het bloed
- een beroerte of herseninfarct of een ziekte aan de bloedvaten in de hersenen
- diabetes of een te hoog bloedsuikergehalte
- chronische longziekte zoals chronische bronchitis of emfyseem
- astma
- artritis, inclusief osteoarthritis, of reuma, botontkalking of osteoporose
- kanker of kwaadaardig gezwel, inclusief leukemia of lymphoma, maar exclusief minder ernstige vormen van huidkanker.
- een maagzweer of zweer aan de twaalfvingerige darm, zweer van het maagdarmkanaal
- de ziekte van Parkinson
- staar
- een gebroken heup of dijbeen
- een andere breuk
- Alzheimer, dementia, organisch hersensyndroom, seniliteit, of een ander ernstig geheugenprobleem
- goedaardige tumor (huidtumor, poliepen, angioma)
- andere kwalen die nog niet genoemd werden

0 Nee

1 Ja

Gebruikt u momenteel minstens eens per week medicijnen voor:

(meerdere antwoorden mogelijk)

- hoge bloeddruk
- hartinfarct of herseninfarct
- andere hartziekten
- astma
- diabetes
- gewrichtspijn of gewrichtsontsteking
- andere pijnen (zoals hoofdpijn, rugpijn, etc.)
- slaapproblemen
- angst of depressie
- osteoporose (hormonaal)

- osteoporose (niet hormonaal)
- chronische bronchitis
- andere klachten of ziekten, die nog niet genoemd zijn

0 Nee

1 Ja