

MASTERTHESE

26 februari 2014

**De Ontwikkeling van het Welbevinden bij
Mensen met Eenzaamheid en/of
Gezondheidsklachten**

Marieke Jannink

S1246895

Faculteit Gedragswetenschappen

Opleiding Psychologie

Master Geestelijke Gezondheidsbevordering

Begeleidingscommissie:

Eerste begeleider Mw. L. A. Weiss, MSc.

Tweede begeleider Dhr. Prof. G. J. Westerhof

UNIVERSITY OF TWENTE.

VOORWOORD

Voor u ligt de masterthese geschreven ter afronding van de master *Geestelijke Gezondheidsbevordering* van de opleiding *Psychologie* aangeboden aan de Universiteit Twente te Enschede. Dit onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van Mevrouw L. A. Weiss en De heer G. J. Westerhof.

Graag wil ik hierbij mijn studiegenoot, Marlie Stegeman, bedanken voor haar steun en hulp tijdens het onderzoek. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Kim Veenvliet voor adviezen met betrekking tot de verwerking van de data vanuit het LISS-panel. Daarbij wil ik mijn eerste begeleider L. A. Weiss bedanken voor haar feedback en steun tijdens het gehele traject. Tot slot wil ik nog mijn tweede begeleider G. J. Westerhof bedanken voor zijn kritische blik op mijn onderzoek. Ik wens u alvast veel leesplezier.

Marieke Jannink

Enschede, 26 februari 2014

SAMENVATTING

Achtergrond Onderzoek naar de geestelijke gezondheid en het welbevinden is de laatste jaren toegenomen. Geestelijke gezondheid kan gezien worden als een combinatie van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Onderzoek naar welbevinden is belangrijk aangezien het welbevinden een grote invloed kan hebben op het functioneren van een individu. Veel onderzoeken zijn gedaan naar de factoren die een negatieve invloed hebben op het welbevinden, waaronder eenzaamheid en gezondheidsklachten. Er is echter nog weinig bekend over de ontwikkeling van het welbevinden bij mensen die eenzaam zijn en/of gezondheidsklachten ervaren.

Doel Dit onderzoek kijkt naar de ontwikkeling van het welbevinden bij eenzame mensen met gezondheidsklachten in vergelijking met de controlegroep zonder deze klachten.

Methode Voor dit onderzoek is data gebruikt vanuit het panel Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen (LISS), welke een Core studie bevat, een longitudinale studie. Bij een deel van de huishoudens welke deelnemen aan de Core studie is de module geestelijke gezondheid vier maal om de drie maanden afgenomen. Deze module bevat het instrument de Mental Health Continuum - Short Form welke het welbevinden meet. De verkorte eenzaamheidsschaal is gebruikt als indicatie voor eenzaamheid en een aantal vragen over gezondheid zijn gebruikt als indicatie voor de gezondheidsklachten. Het onderzoek telde totaal 933 deelnemers.

Resultaten Aangetoond is dat ondanks de fluctuaties de ontwikkeling van het welbevinden over het algemeen redelijk stabiel is over tijd. De ontwikkeling van het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden, verlopen daarentegen fluctuerend. Verder is aangetoond dat de factoren eenzaamheid en gezondheidsklachten een blijvende verandering lijken te bewerkstelligen in het niveau van welbevinden. Beide factoren voorspellen een laag niveau van welbevinden. Van een accumulatie tussen gezondheidsklachten en eenzaamheid was geen sprake.

Conclusie In dit onderzoek is aangetoond dat eenzaamheid en gezondheidsklachten een blijvende verandering kunnen bewerkstelligen in de ontwikkeling van het welbevinden. De ontwikkeling van het welbevinden laat lichte fluctuaties zien maar blijft over tijd stabiel.

ABSTRACT

Background Research into mental health and well-being has increased in the recent years. Mental health can be seen as a combination of emotional, psychological and social well-being. Examination of well-being is important, because well-being has an impact on the functioning of an individual. Many researches are done on the factors they have a negative impact on well-being, including health problems and loneliness. However, little is known about the development of well-being in people who are lonely and/or experience health problems.

Objective This study examines the development of well-being in lonely people with health problems compared with the control group without these complains.

Methods This study used data from the Panel Long-term Internet Studies for the Social Sciences, which included a Core Study, a longitudinal study. In some of the households which participate in the Core study, the module mental health was measured four times every three months. Which module includes the instrument, the Mental Health Continuum - Short Form, which measures well-being. The shortened loneliness scale was used as an indication of loneliness and some questions about health are used as an indication for health problems. The survey had a total of 933 participants.

Results It has been shown that, in spite of the fluctuations, the development of the well-being in general is reasonably stable over time. In contrast, the development of emotional, social and psychological well-being proceeds fluctuating. However, the factors loneliness and health problems seem to achieve a lasting change in the level of well-being. Both factors predict a low level of well-being. An accumulation between health and loneliness was not in case.

Conclusion This study has shown that health problems and loneliness can bring out a lasting change in the development of well-being. The development of well-being shows some slight fluctuations, but remains stable over time.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING.....	6
1.1 Geestelijke gezondheid en welbevinden.....	6
1.1.1 Emotioneel welbevinden	7
1.1.2. Psychologisch welbevinden.....	7
1.1.3. Sociaal welbevinden	8
1.2 Onderzoek naar welbevinden.....	8
1.2.1. Welbevinden en eenzaamheid.....	10
1.2.3. Welbevinden en gezondheidsklachten	11
1.3 Het onderzoek	12
2. METHODEN.....	14
2.1 Het LISS-panel.....	14
2.2 Deelnemers	15
2.3 Materiaal	17
2.4 Statistische analyses.....	19
3. RESULTATEN	20
3.1 Verschillen in welbevinden tussen de vier meetmomenten.....	20
3.2 Verschillen tussen de groepen	23
3.3 Samenhang tussen de groepen en de tijd.....	24
4. CONCLUSIE & DISCUSSIE	26
LITERATUURLIJST	31
BIJLAGEN	36
Bijlage I Mental Health Continuum – Short Form	36
Bijlage II Gezondheidsklachten.....	37
Bijlage III Eenzaamheidschaal	40

1. INLEIDING

Onderzoek naar de geestelijke gezondheid en welbevinden is de laatste jaren toegenomen. Onderzoek is gedaan naar de factoren die een samenhang vertonen met het welbevinden (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). In diverse longitudinale studies is aangetoond dat een hogere mate van welbevinden hogere inkomens (Diener, Nickerson, Lucas, & Sandvik, 2002; Marks & Fleming, 1999), een betere gezondheid (Danner, Snowdon, & Friesen, 2001) en het ervaren van verschillende positieve gebeurtenissen voorspelt (Magnus & Diener, 1991). Voor een nader onderzoek naar de factoren die de ontwikkeling van het welbevinden negatief beïnvloeden, zal gekeken worden naar de factoren eenzaamheid en gezondheidsklachten. Eenzaamheid en gezondheidsklachten voorspellen beiden een laag welbevinden (Veenvliet, 2013).

1.1 Geestelijke gezondheid en welbevinden

Geestelijke gezondheid werd lange tijd gedefinieerd als de afwezigheid van een geestelijke ziekte. De focus in de psychologie lag daardoor op het verbeteren van de psychopathologie en overschaduwde daarmee het bevorderen van welbevinden en persoonlijke groei. Echter is welbevinden meer dan de afwezigheid van een geestelijke ziekte (Westerhof & Keyes, 2009).

Volgens het WHO (2005) moet er meer aandacht zijn voor geestelijke gezondheid vanuit een positief perspectief. Geestelijke gezondheid wordt door de World Health Organization (WHO, 2013, p. 6) gedefinieerd als "*...a state of well-being in which every 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 her or his community.*" Geestelijke gezondheid wordt gezien als een staat van welbevinden waarin een individu zowel op individueel als op maatschappelijk niveau effectief functioneert (WHO, 2005, p.2)

Dit positieve perspectief op de geestelijke gezondheid sluit aan bij twee tradities van onderzoek naar welbevinden waarin drie soorten van welbevinden worden onderscheiden (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryan en Deci 2001; Waterman 1993). De hedonistische traditie, ook wel het subjectief welbevinden genoemd (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999), definieert welzijn in termen van genot bereiken en pijn vermijden (Ryan & Deci, 2001). Het subjectief welbevinden, door Keyes (2007) het emotioneel welbevinden genoemd, betreft gevoelens van geluk, tevredenheid met het leven en interesse in het leven (Keyes, 2007). De tweede traditie, de eudaimonische benadering, richt zich op de actualisatie van het menselijk potentieel (Waterman, 1993), het overbrengen van de overtuiging dat welbevinden bestaat uit het vervullen of het realiseren van de ware aard van een individu. Deze traditie definieert

welzijn in termen van de mate waarin een persoon volledig functioneert (Ryan & Deci, 2001) en omvat het psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden (Ryff & Keyes, 1995). Het psychologisch welbevinden is het positieve functioneren van een individu in termen van zelfrealisatie. Het sociaal welbevinden is de maatschappelijke integratie, het sociale leven, het van sociale waarde zijn (Westerhof & Bohlmeijer, 2010; Westerhof & Keyes, 2009).

Hieronder zullen de drie vormen van welbevinden, subjectief, sociaal en psychologisch welbevinden, nader toegelicht worden.

1.1.1 Emotioneel welbevinden

Subjectief welbevinden is een overkoepelende term om het subjectieve niveau van welbevinden van een persoon te omschrijven. Subjectief welbevinden wordt geoperationaliseerd als een subjectieve evaluatie over de levenstevredenheid, de aanwezigheid van positieve affecten (zoals plezier, interesse en blijdschap), en de relatieve afwezigheid van negatieve affecten (zoals depressie, angst, nervositeit en vijandigheid) (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Hierbij betreft het evaluaties over hoe tevreden men is in het werk, relaties, gezondheid, recreatie, betekenis en doel en in andere belangrijke levensdomeinen (Ryan & Diener, 2009). Keyes (2002) spreekt over het emotioneel welbevinden, de perceptie en de evaluatie die een individu geeft over het eigen leven in termen van affectieve staat en sociaal en psychologisch functioneren.

1.1.2 Psychologisch welbevinden

Het psychologisch welbevinden omvat diverse psychologische theorieën, waaronder de ontwikkelingspsychologie (Erikson, Neugarten en Buhler), de klinische psychologie, (Maslow, Allport, Jung en Rogers) en de psychologische theorie van Johoda (1958) betreffende de positieve geestelijke gezondheid (Ryff & Keyes, 1995). Vanuit deze theorieën zijn door Ryff (1989) zes basisdimensies gevormd die samen het psychologisch welbevinden omvatten. (1) Zelfacceptatie betreft positieve evaluaties over gebeurtenissen uit het heden en het verleden en over het zelf. (2) Doel in het leven, het hebben van doelen en overtuigingen die een richting en een betekenis geven aan het leven, en het geloof dat het leven zinvol is. (3) Autonomie is zelfsturing geleid door de eigen sociaal geaccepteerde interne standaarden. (4) Positieve relaties met anderen is het hebben van kwalitatief bevredigende persoonlijke relaties waarin empathie en intimiteit tot uitdrukking komen. (5) Omgevingsbeheersing is het vermogen om het eigen leven en de complexe omgeving te beheren volgens de eigen behoeften. (6) Persoonlijke groei is het gevoel van voortdurende groei en ontwikkeling als

persoon door het hebben van inzicht in de eigen mogelijkheden tot zelfontplooiing. Elke dimensie is van belang voor een individu bij het streven naar het worden van een beter mens en het realiseren van zijn potentieel (Westerhof & Keyes, 2009; Ryff & Keyes, 1995).

Het werk van Ryff (1989) richtte zich vooral op het optimaal functioneren van een individu in termen van individuele ontplooiing. Keyes (1998) betoogde dat het tevens belangrijk was om ook te kijken naar het optimaal sociale functioneren van individuen in termen van sociale betrokkenheid en maatschappelijke inbedding. Keyes (1998) heeft daarvoor onderzoek gedaan naar het werk van klassieke sociologen en sociaalpsychologen, waaronder die van Marx, Durkheim, Seeman, en Merton. Hierop gebaseerd, ontwikkelde Keyes (1998) het concept sociaal welbevinden.

1.1.3. Sociaal welbevinden

Sociaal welbevinden is de beoordeling van de levensomstandigheden van een individu en het functioneren in de samenleving. Het sociaal welbevinden bevat vijf elementen, sociale uitdagingen, die het optimale functioneren van een persoon in de maatschappij beschrijven. (1) Sociale integratie is een gevoel van verbondenheid met de gemeenschap, de evaluatie van iemands relatie tot de maatschappij en de gemeenschap en de kwaliteit daarvan. (2) Sociale acceptatie is het accepteren van anderen, het geloof dat anderen in staat zijn vriendelijk te zijn, dat mensen hard kunnen werken en dat anderen te vertrouwen zijn. (3) Sociale bijdrage is de evaluatie van de sociale waarde van een individu, het bijdragen aan en gewaardeerd worden door de maatschappij. (4) Sociale actualisatie is de overtuiging dat de gemeenschap potentie heeft en positief kan evolueren. (5) Sociale samenhang betreft de betekenis die gegeven wordt aan de kwaliteit, organisatie en werking van de sociale wereld, en omvat het begrijpen van deze wereld (Keyes, 1998).

1.2 Onderzoek naar welbevinden

Gebaseerd op het bovenstaande kan het welbevinden samengevat worden als een combinatie van subjectief, psychologisch en sociaal welbevinden (Keyes, 2002). In het onderzoek van Ryan en Deci (2001) is een overzicht te vinden van bestaand onderzoek naar de psychologische betekenis van welbevinden, waarbij onder andere gekeken is naar de persoonlijkheid en individuele verschillen, de rol van emoties en de samenhang met fysieke gezondheid. Verder is in het overzicht van Ryan en Deci (2001) te vinden dat er onderzoek is gedaan naar de voorlopers van het welbevinden, waaronder de sociale klasse en rijkdom, hechting en bevredigende relaties, en het nastreven van een doel. Daarnaast wordt nog

weergegeven dat er nog onderzoek is gedaan naar de verschillen in tijd en plaats op het welbevinden, zoals verschillende levensperspectieven en culturele verschillen (Ryan & Deci, 2001). Ander onderzoek richtte zich meer op de samenhang van hoge niveaus van welbevinden met het functioneren van een individu. Een groeiende hoeveelheid bewijs stelt dat een hoog emotioneel welbevinden en tevredenheid met het leven aanzienlijk van invloed kunnen zijn binnen de volgende gebieden van het leven; gezondheid en lang leven, werk en inkomen, sociale relaties en maatschappelijke voordelen (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Een hoge mate van emotioneel welbevinden draagt bij aan een structureel gezonde samenleving, een stabiele, productieve en effectief functionerende maatschappij (Tov & Diener, 2008).

Daarnaast zijn er onderzoeken gedaan naar de factoren die een negatieve correlatie hadden met het welbevinden over tijd. Dominante modellen met betrekking tot het emotioneel welbevinden suggereren dat mensen zich kunnen aanpassen aan vrijwel elke ingrijpende gebeurtenis en dat geluk niveaus schommelen rond een biologisch bepaald eindpunt dat zelden verandert (Lucas, 2007). Een voorbeeld van een dergelijk model is de oorspronkelijke Treadmill theorie van Brickman en Campbell (1971). Individuen zouden kort reageren op goede en slechte gebeurtenissen, maar in korte tijd terugkeren naar hun oude niveau van welbevinden. Lucas (2007) heeft in zijn onderzoek gebruik gemaakt van longitudinale panelstudies welke geanalyseerd zijn om de mate van aanpassing aan levensgebeurtenissen nader te onderzoeken. Aanpassing betekent in deze studies het terugkeren naar het oude niveau van emotioneel welbevinden nadat een gebeurtenis zich heeft voorgedaan (Lucas, 2007; Lucas, 2005; Lucas et al., 2003; Lucas et al., 2004). Lucas (2007) constateerde dat het emotioneel welbevinden over tijd redelijk stabiel was en dat een individu zich over het algemeen aanpast nadat een gebeurtenis zich heeft voorgedaan. Echter kunnen bepaalde levensgebeurtenissen een blijvende verandering in het emotioneel welbevinden veroorzaken, zoals een echtscheiding, het verlies van een baan, arbeidsongeschiktheid, het overlijden van een echtgenoot (Lucas, 2005; Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003; Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004) of het krijgen van een lichamelijke beperking (Lucas et al., 2004; Lucas, 2007). De mate waarin een individu zich aanpast aan een bepaalde gebeurtenis is verschillend en bepalend voor het emotioneel welbevinden (Lucas, 2007; Lucas, 2005; Lucas et al., 2003; Lucas et al., 2004).

Uit het bovenstaande kan opgemerkt worden, dat in onderzoek zowel gekeken is naar de factoren die van invloed zijn op het welbevinden als de invloed van welbevinden op deze factoren. Uit onderzoek naar de ontwikkeling van het welbevinden is gebleken dat het

emotioneel welbevinden over tijd redelijk stabiel blijft maar dat bepaalde levensgebeurtenissen blijvende veranderingen kunnen veroorzaken. Dit onderzoek heeft gekeken naar de factoren, eenzaamheid en gezondheidsklachten, die de ontwikkeling van het welbevinden kunnen beïnvloeden. Hieronder zal dieper in gegaan worden op hoe het welbevinden samenhangt met eenzaamheid en hoe het welbevinden samenhangt vertoond met gezondheidsklachten.

1.2.1. Welbevinden en eenzaamheid

Het hebben van sociale contacten correleert met het welbevinden. Gebleken is dat mensen over het algemeen gelukkiger zijn als ze meer mensen om zich heen hebben. Sociale interacties worden veelal gezien als de leukste momenten van een dag (Kahneman & Krueger, 2006). Het hebben van een rijk sociaal leven levert een grote bijdrage aan het totale welbevinden (Ryan & Deci, 2000). Personen met meer vrienden en familieleden hebben hogere niveaus van emotioneel welbevinden (Kahneman & Krueger, 2006). Daarbij is nog gevonden dat mensen met gezondheidsproblemen en een laag sociaal economische status (SES) een hoger risico lopen op een sociaal isolement wat kan leiden tot verscheidene sociale, gezondheids- en financiële problemen en een laag niveau van het totale welbevinden (Van der Plaats, 1994). Verder is nog aangetoond dat getrouwde mensen over het algemeen hogere niveaus van emotioneel welbevinden ervaren in vergelijking met niet getrouwde mensen (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003). Het huwelijk is gerelateerd aan hogere niveaus van sociale integratie. Een scheiding hangt samen met een verlaging in de niveaus van levenstevredenheid (Lucas, 2007).

Daarnaast hebben verscheidene studies aangetoond dat eenzaamheid samenhangt met een laag niveau van het totale welbevinden (Wenger, Davies, Shahtahmasebi, & Scott, 1996; Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens, Kromhout, 1999; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005). Diener & Biswas-Diener (2008) stelden dat personen met een hoog niveau van emotioneel welbevinden meer de neiging hebben om ondersteunende sociale relaties aan te gaan dan individuen met een laag niveau van emotioneel welbevinden.

Uit bovenstaande kan gehaald worden dat het welbevinden en eenzaamheid met elkaar correleren, dit geldt met name voor het emotioneel welbevinden. Weinig is bekend over de samenhang van het sociaal welbevinden en het psychologisch welbevinden met eenzaamheid. Daarnaast zijn er nog weinig onderzoeken gedaan naar de ontwikkeling van het welbevinden bij eenzame mensen. Wel is in een longitudinaal onderzoek van Vanderweele, Hawkey en

Cacioppo (2012) aangetoond dat eenzaamheid op de lange termijn een laag emotioneel welbevinden voorspelt.

1.2.3. Welbevinden en gezondheidsklachten

In het onderzoek van Veenvliet (2013) is aangetoond dat de factor gezondheidsklachten negatief correleert met het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Dus hoe meer gezondheidsklachten een individu ervaart des te lager het welbevinden en omgekeerd (Veenvliet, 2013).

Verder is in een aantal studies aangetoond dat het welbevinden positief correleert met een goede gezondheid. Over het algemeen rapporteren mensen met een hoge mate van emotioneel welbevinden een betere gezondheid en minder lichamelijke symptomen (Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003). Daarbij hebben mensen met een hoog emotioneel welbevinden vaker een sterker immuunsysteem en een betere cardiovasculaire gezondheid (d.w.z. minder hartaanvallen en minder slagaderstagnatie), vertonen gezonder gedrag (zoals het dragen van autogordels en zonnebrandcrème), en hebben minder vaak welvaartsziekten (zoals verslaving aan alcohol of drugs) (Diener & Biswas-Diener, 2008). Verder toonden Ryff & Singer (2000) aan dat de dimensie, het hebben van positieve relaties met anderen, behorende bij het psychologisch welbevinden, belangrijk is voor de bevordering van de gezondheid.

Lamers (2012) heeft een negatieve samenhang gevonden tussen gezondheidsklachten en het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Dit sluit aan bij bovenstaande studies waaruit gehaald kan worden dat een hoog niveau van welbevinden een betere gezondheid voorspeld en dat de factor gezondheidsklachten een laag niveau van welbevinden voorspelt. Het betreft met name studies naar het emotioneel welbevinden. Nog weinig onderzoek is gedaan naar de samenhang van het sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden met gezondheidsklachten. Echter is wel aangetoond dat de dimensie het hebben van positieve relaties met anderen, behorende bij het psychologisch welbevinden, een betere gezondheid voorspelt (Ryff & Singer, 2000). Daarnaast is nog weinig onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van het welbevinden bij mensen met gezondheidsklachten. Echter hebben Keyes en Shapiro (2004) wel een consistente samenhang gevonden tussen een slechte lichamelijke gezondheid en een laag niveau van sociaal welbevinden.

1.3 Het onderzoek

Gebaseerd op het bovenstaande kan gesteld worden dat eenzaamheid en gezondheidsklachten negatief samenhangen met het niveau van welbevinden van een individu. Des te meer een individu eenzaamheid of gezondheidsklachten ervaart, des te lager het niveau van welbevinden. Des te lager het niveau van welbevinden, des te meer gezondheidsklachten en eenzaamheid een individu ervaart. Veel onderzoek is gedaan naar de samenhang tussen het emotioneel welbevinden en gezondheidsklachten en de samenhang tussen het emotioneel welbevinden en eenzaamheid. Weinig onderzoek is gedaan naar de samenhang van deze twee factoren met het sociaal welbevinden en het psychologisch welbevinden. Ook over de ontwikkeling van het welbevinden over tijd is weinig bekend, behalve dat deze redelijk stabiel blijkt. Daarbij is er nog weinig bekend over het niveau van welbevinden bij eenzame mensen met gezondheidsklachten.

Dit onderzoek betreft daarom een explorerend onderzoek dat zich gericht heeft op de ontwikkeling van het welbevinden bij mensen met eenzaamheidsklachten en/of gezondheidsklachten. Onderzoek naar het welbevinden is van belang aangezien is aangetoond dat een hoog emotioneel welbevinden en tevredenheid met het leven aanzienlijk van invloed kunnen zijn op de gezondheid en een lang leven, werk en inkomen, sociale relaties en de maatschappij (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Daarbij draagt een hoge mate van emotioneel welbevinden bij aan een structureel gezondere samenleving, een stabiele, productieve en effectief functionerende maatschappij (Tov & Diener, 2008). Verder hebben diverse longitudinale studies aangetoond dat een hogere mate van welbevinden hogere inkomens (Diener, Nickerson, Lucas, & Sandvik, 2002; Marks & Fleming, 1999), een betere gezondheid (Danner, Snowdon, & Friesen, 2001) en het ervaren van verschillende positieve gebeurtenissen voorspelt (Magnus & Diener, 1991). De vraag is echter of dit ook geldt voor het sociaal, psychologisch en totale welbevinden. Daarom is zowel naar de ontwikkeling van het totale welbevinden als naar de ontwikkeling van de drie facetten van welbevinden gekeken. Deze drie facetten, het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, vormen samen het totale welbevinden. De volgende onderzoeksvraag staat hierin centraal: *“Hoe ontwikkelt het welbevinden zich bij mensen met eenzaamheidsklachten en/of gezondheidsklachten in vergelijking met een controlegroep zonder deze klachten?”*.

Om hier antwoord op te kunnen geven, is gekeken naar het verloop van de ontwikkeling van het welbevinden, de verschillen in welbevinden tussen de groepen en de samenhang tussen de groepen en de tijd. Het verloop van de ontwikkeling van het welbevinden betrof de verschillen tussen de vier tijdstippen waarop het welbevinden is

gemeten. De verschillen in welbevinden tussen de groepen betrof de groep eenzame mensen, mensen met gezondheidsklachten, eenzame mensen met gezondheidsklachten en de controlegroep zonder deze klachten. De samenhang tussen de groepen betrof de samenhang tussen de groep eenzame mensen en de groep mensen met gezondheidsklachten en de samenhang van deze twee groepen met de tijd. De volgende deelvragen zijn hieruit tot stand gekomen: “Hoe ontwikkelt het welbevinden zich over de vier meetmomenten?”, “Wat zijn de verschillen in welbevinden tussen de groepen eenzame mensen, mensen met gezondheidsklachten, eenzame mensen met gezondheidsklachten en de controle groep?” en “Wat is de samenhang tussen de groepen en de tijd met het welbevinden?”

2. METHODEN

2.1 Het LISS-panel

Voor dit onderzoek is data vanuit het LISS-Panel gebruikt dat representatief is voor de Nederlandse bevolking. LISS staat voor ‘Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen’ (Scherpenzeel, 2009). De leden voor het LISS-panel worden door CentERdata en het Centraal Bureau voor de Statistiek random geselecteerd vanuit gemeenteregisters in Nederland.

In het LISS-panel zitten mensen uit alle lagen van de Nederlandse bevolking. Het LISS-panel bestaat uit ongeveer 5000 huishoudens (8000 huishoudleden), verspreid over heel Nederland. De geselecteerde leden werken mee aan wetenschappelijk onderzoek middels het online invullen van vragenlijsten. Maandelijks worden deze afgenomen en voor elke ingevulde vragenlijst worden ze betaald.

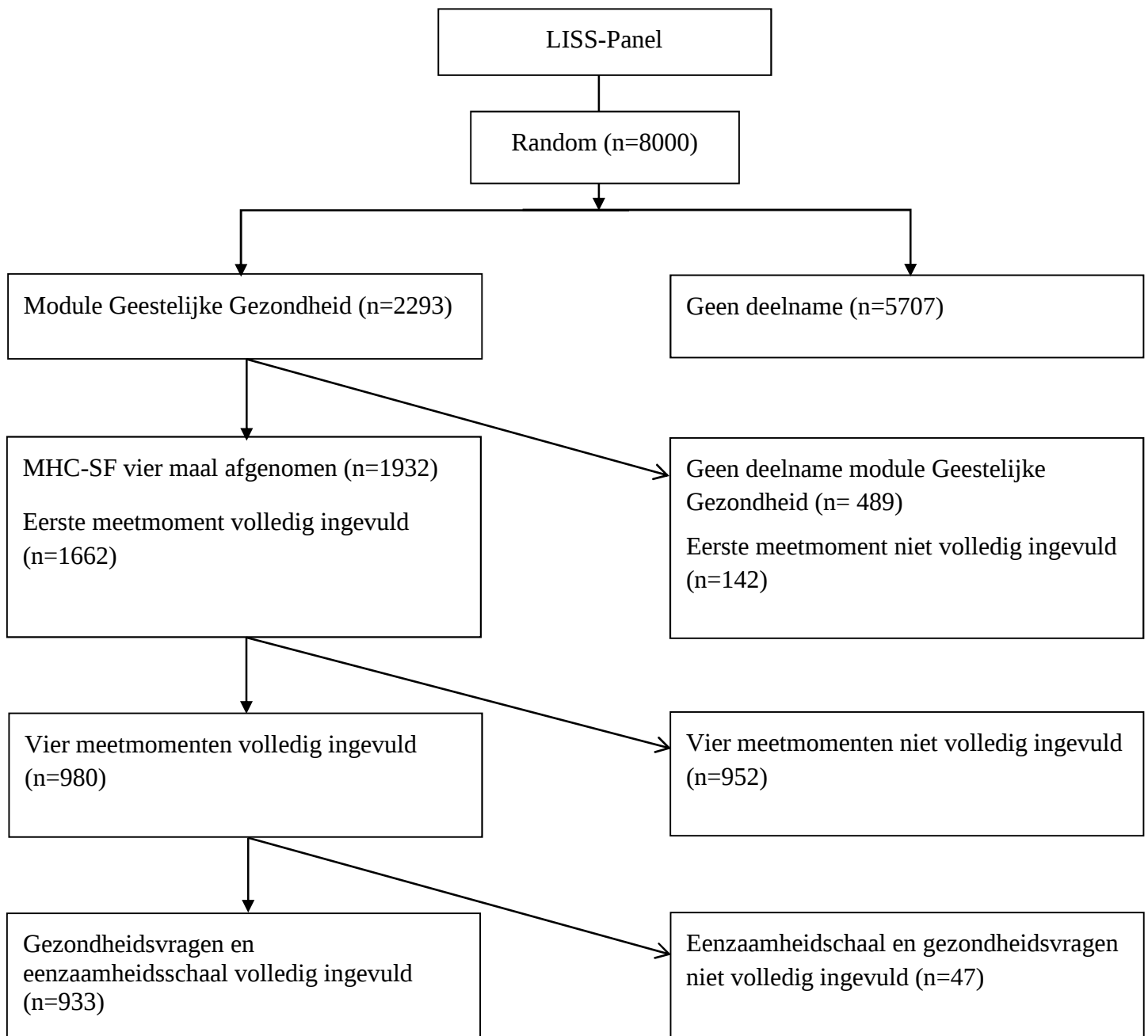
Het LISS-panel bevat nog de LISS Core Studies, dit zijn longitudinale studies waarbij de metingen jaarlijks door dezelfde leden en huishoudens worden uitgevoerd. Hierdoor worden veranderingen in het dagelijks leven van mensen, hun reacties op levensgebeurtenissen en de effecten van maatschappelijke veranderingen en politieke maatregelen gemeten (Das, Kapteyn & Van Soest, 2006). De vragenlijsten vanuit het LISS panel zijn onderverdeeld in de volgende modules: gezondheid, politiek en waarden, religie en etniciteit, sociale integratie en vrije tijd, familie en huishouden, werk en scholing, persoonlijkheid, en economische situatie en huishouden. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de modules gezondheid en sociale integratie en vrije tijd.

Bij één derde van de huishoudens uit het LISS-Panel is de module Geestelijke Gezondheid afgenomen. Deze module bevat de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) welke verdeeld over één jaar om de drie maanden op vier momenten is afgenomen. Deze module is gebruikt om het welbevinden te meten. CentERdata heeft per huishouden één lid geselecteerd die de vragenlijst in december 2007 (t0), maart 2008 (t1), juni 2008 (t2) en september 2008 (t3) in moesten vullen. Voor het selecteren van de leden is gebruik gemaakt van een gestratificeerde steekproef naar geslacht, leeftijd en migratie status.

Voor dit onderzoek zijn alleen de deelnemers geselecteerd die alle vier de meetmomenten, de vragen over gezondheidsklachten en de eenzaamheidsschaal volledig ingevuld hadden.

2.2 Deelnemers

De groep deelnemers van het LISS-Panel bedroeg eerst 8000 huishoudleden. Hiervan is bij 2293 huishoudleden de module geestelijke gezondheid afgenomen. Daarvan hadden 1662 huishoudleden de MHC-SF op het eerste meetmoment volledig ingevuld. De groep die de MHC-SF op de vier tijdstippen volledig ingevuld hadden bedroeg 980 huishoudleden. Voor het huidige onderzoek zijn de huishoudleden geselecteerd welke de eenzaamheidsschaal en de vragen omtrent gezondheidsklachten volledig ingevuld hadden. Hierdoor bedroeg het huidige aantal deelnemers 933 huishoudleden. Onderstaand figuur geeft hier een weergave van.



Figuur 1. Selectie van de deelnemers

In tabel 1 wordt een vergelijking gemaakt tussen de deelnemers die de MHC-SF bij het eerste meetmoment volledig ingevuld hadden en de huidige selectie. Hieruit kan opgemaakt worden dat de verdeling van de achtergrondvariabelen van de deelnemersgroepen redelijk gelijk zijn aan elkaar.

Tabel 1

Geslacht, leeftijd, hoogst behaalde opleiding met diploma en woonsituaties van de deelnemers

	Deelnemers MHC-SF naar de eerste meting (N=1662)	Deelnemers MHC-SF naar vier metingen (N=933)
Geslacht		
Man	828 (49,8%)	468 (50,2%)
Vrouw	834 (50,2%)	465 (49,8%)
Leeftijd		
Tussen 18 en 29 jaar	381 (22,9%)	210 (22,5%)
Tussen de 30 en 49 jaar	472 (28,4%)	234 (25,1%)
Tussen de 50 en 64 jaar	440 (26,5%)	270 (28,9%)
65 jaar en ouder	369 (22,2%)	219 (23,5%)
Hoogst behaalde opleiding		
Basisonderwijs	72 (4,3%)	52 (5,6%)
VMBO	431 (25,9%)	247 (26,5%)
HAVO/VWO	193 (11,6%)	105 (11,3%)
MBO	365 (22,0%)	194 (20,8%)
HBO	373 (22,4%)	206 (22,1%)
WO	133 (8,0%)	75 (8,0%)
Anders	66 (4,0%)	36 (3,9%)
Nog geen onderwijs afgerond	28 (1,7%)	18 (1,9%)
Volgt nog geen onderwijs	1 (0,1%)	0 (0,0%)
Woonsituatie		
Alleenstaande	432 (26,0%)	266 (28,5%)
(on)Gehuwd samenwonend zonder kind(eren)	636 (38,3%)	366 (39,2%)

(on)Gehuwd samenwonend met kind(eren)	501 (30,1%)	250 (26,8%)
Alleenstaande met kind(eren)	81 (4,9%)	45 (4,8%)
Anders	12 (0,7%)	6 (0,6%)

2.3 Materiaal

In dit onderzoek is gevraagd naar de *achtergrond variabelen* van de deelnemers, waaronder het geslacht, de leeftijd, de huidige woonsituatie en de hoogst behaalde opleiding met diploma.

Daarnaast is het *welbevinden* van de deelnemers gemeten middels de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, & Van Rooy, 2008). De MHC-SF bestaat uit 14 items verdeelt over drie subschalen, waarvan drie items het emotioneel welbevinden meten (item 1-3), vijf items het sociaal welbevinden meten (item 4-8) en zes items het psychologisch welbevinden meten (item 9-14). Elk item presenteert een mate van welbevinden van de afgelopen maand gescoord op een zes-punt Likertschaal bestaande uit zes categorieën, waarbij nul nooit is en zes elke dag is. Een hogere score impliceert een hogere mate van welbevinden. Een voorbeeld item is “*In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?*”. De items zijn per subschaal bij elkaar opgeteld waarna de gemiddelde scores zijn berekend. Het gemiddelde totale welbevinden is berekend door de scores van alle 14 items bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal items. Voor een overzicht van de MHC-SF zie bijlage één.

De MHC-SF is vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands. De Engelse en Nederlandse versie van de MHC-SF bevatten een goede betrouwbaarheid en validiteit. De interne consistentie (Cronbach's Alpha) van de Nederlandse versie bedroeg voor de schaal emotioneel welbevinden .83, de schaal psychologisch welbevinden .83 en de schaal sociaal welbevinden .74 (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011). De betrouwbaarheid van de MHC-SF betreffende deze studie was voldoende/goed. Voor een overzicht van de betrouwbaarheid per meetmoment, per schaal zie tabel 2.

Vragen vanuit de module gezondheid zijn gebruikt om een indicatie te geven over de mate waarin sprake was van *gezondheidsklachten*. In dit onderzoek was sprake van gezondheidsklachten wanneer een individu minimaal één belemmering ervoer en wanneer minimaal twee gezondheidsklachten werden gerapporteerd. De mate waarin een individu belemmering ervoer tijdens zijn alledaagse activiteiten, sociale activiteiten en in zijn werk is

bepaald aan de hand van drie items gescoord op een vijf-punt Likertschaal (1=helemaal niet en 5=heel erg veel). Wanneer op één item een score tussen drie en vijf werd gehaald was er sprake van belemmering, bij een score van één of twee niet.

De mate waarin de deelnemers gezondheidsklachten ervoeren is gemeten aan de hand van een checklist. Eén item heeft de subjectieve beoordeling over de gezondheid gemeten (1 en 2=gezondheidsklacht en 3-5=geen gezondheidsklacht) en één item heeft de mate gemeten waarin een individu last heeft van een langdurige ziekte, aandoening, handicap of gevolgen van een ongeluk (1=gezondheidsklacht en 2=geen gezondheidsklacht). Vervolgens is gekeken naar de subjectieve beoordeling van een individu betreffende de klachten en/of ziekten die zich voordoen (9 items), de subjectieve beoordeling betreffende het oordeel van een arts over het voorkomen van ziekten en/of problemen in het afgelopen jaar (19 items) en het gebruik van medicatie voor klachten en/of ziekten (15 items). De deelnemers konden hierop met ja (=1) of nee (=2) antwoorden, waarbij ja betekende dat er sprake was van een gezondheidsklacht en nee betekende dat er geen sprake was van een gezondheidsklacht. Tot slot is de mate aan gezondheidsklachten bepaald door de items waarbij sprake was van een gezondheidsklacht bij elkaar op te tellen. Men kreeg de indicatie ‘mensen met gezondheidsklachten’ wanneer minstens twee gezondheidsklachten en minstens één belemmering werd gevonden. Voor een overzicht van de vragen zie bijlage twee.

Uit de module sociale integratie en vrije tijd is de verkorte eenzaamheidsschaal, de verkorte De Jong Gierveld Schaal, gebruikt als indicatie voor *eenzaamheid*. Deze schaal bestaat uit zes items die worden gemeten op een drie-punt Likertschaal. Elk item betreft een uitspraak waarbij de deelnemers moesten aangeven in hoeverre deze uitspraak op hen van toepassing was (1=ja, 2=min of meer en 3=nee). Binnen de eenzaamheidsschaal werden twee categorieën onderscheiden, namelijk “eenzaam” en “niet eenzaam”. Bij de items één, vijf en zes was een individu bij een score van één of twee eenzaam (=1) en bij een score van drie niet eenzaam (=0). Bij de items twee, drie en vier was een individu bij een score van één niet eenzaam (=0) en bij een score van twee of drie wel eenzaam (=1). Vervolgens werden de scores van de items waarop een individu eenzaam scoorde (=1), bij elkaar opgeteld. Deze score bepaalde of een individu wel of niet eenzaam was. Volgens de handleiding van De Jong Gierveld en Van Tilburg (1999) valt een individu in de categorie “niet eenzaam” bij een score van nul tot en met één en in de categorie “eenzaam” bij een score van twee tot en met zes. Deze indeling in categorieën is tevens van toepassing in dit onderzoek. Voor een overzicht van de verkorte eenzaamheidsschaal zie bijlage drie. Bekent is dat deze schaal als een valide en betrouwbaar instrument gebruikt kan worden om de sociale en emotionele eenzaamheid,

als ook de algehele eenzaamheid te meten (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2008). De betrouwbaarheid van de verkorte eenzaamheidschaal voor dit onderzoek bedroeg .740, dit is als voldoende te bestempelen.

Tabel 2

Betrouwbaarheid (α) MHC-SF per meetmoment, per schaal

	T0	T1	T2	T3
Schaal Emotioneel welbevinden	.822	.828	.882	.847
Schaal Sociaal welbevinden	.741	.752	.775	.770
Schaal Psychologisch welbevinden	.824	.832	.853	.855
Totale schaal	.887	.892	.904	.904

2.4 Statistische analyses

Middels het uitvoeren van een Repeated Measures MANOVA is bepaald of er verschillen zichtbaar waren tussen de vier meetmomenten waarop de MHC-SF is afgenomen. De afhankelijk variabelen waren in deze de gemiddelde scores van de vier meetmomenten (t0, t1, t2 en t3) op de schalen emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden, psychisch welbevinden en het totale welbevinden. De onafhankelijke variabele was groepen. Deze bestond uit mensen met gezondheidsklachten, eenzame mensen, eenzame mensen met gezondheidsklachten en de controlegroep.

Ten slotte is er een variantieanalyse, ANOVA, uitgevoerd om te kijken of er sprake was van een interactie-effect tussen de groepen eenzaamheid en gezondheidsklachten. Hierin was het welbevinden de afhankelijke variabele. Het welbevinden betrof de gemiddelde score van het totale welbevinden verdeelt over de viermeetmomenten. De groepen, eenzaamheid en gezondheidsklachten waren de onafhankelijke variabelen.

Bij de uitgevoerde analyses werd een significantie niveau van $P < .05$ gebruikt. De toetsen zijn tweezijdig uitgevoerd.

3. RESULTATEN

3.1 Verschillen in welbevinden tussen de vier meetmomenten

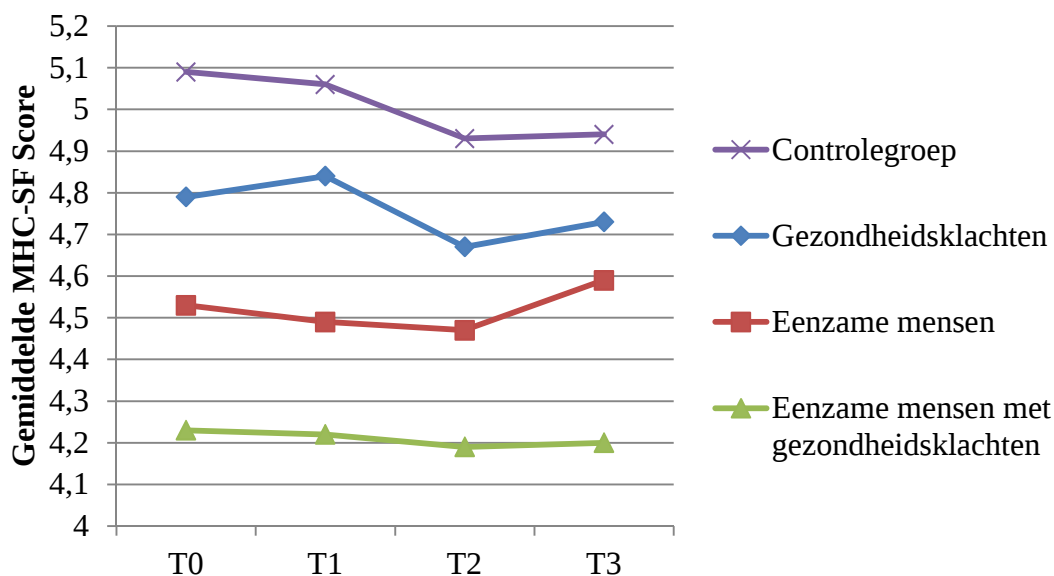
In onderstaande tabel worden de gemiddelde scores per meetmoment en per groep overzichtelijk weergegeven.

Tabel 3

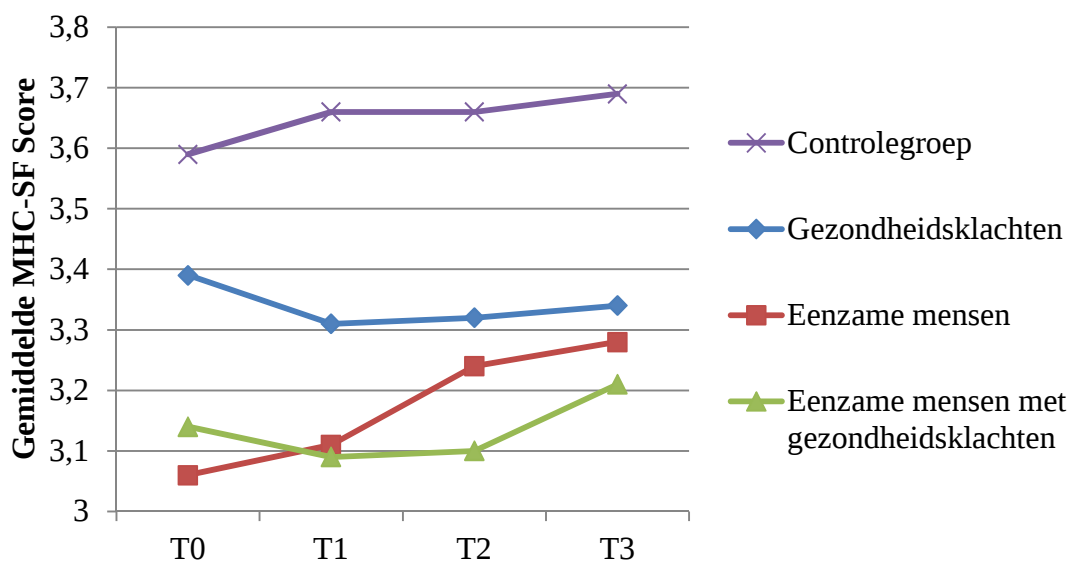
De gemiddelde MHC-SF score en standaardafwijking van het subjectief welbevinden, sociaal welbevinden, psychologisch welbevinden en het totale welbevinden (N=933)

	Gezondheids- klachten (N=307)	Eenzame mensen (N=113)	Eenzame mensen met gezondheidsklachten (N=274)	Niet eenzaam, geen gezondheidsklachten (N=239)
Emotioneel Welbevinden				
T0	4,79 (0,89)	4,53 (0,84)	4,23 (1,05)	5,09 (0,65)
T1	4,84 (0,87)	4,49 (0,91)	4,22 (1,06)	5,06 (0,78)
T2	4,67 (0,94)	4,47 (0,93)	4,19 (1,11)	4,93 (0,90)
T3	4,73 (0,88)	4,59 (0,90)	4,20 (1,04)	4,94 (0,86)
Sociaal Welbevinden				
T0	3,39 (0,99)	3,06 (0,93)	3,14 (1,03)	3,59 (0,97)
T1	3,31 (1,06)	3,11 (0,92)	3,09 (0,95)	3,66 (1,04)
T2	3,32 (1,00)	3,24 (0,99)	3,10 (1,01)	3,66 (1,06)
T3	3,34 (1,06)	3,28 (0,89)	3,21 (0,97)	3,69 (1,01)
Psychologisch Welbevinden				
T0	4,25 (0,87)	4,07 (0,86)	3,85 (1,02)	4,54 (0,97)
T1	4,28 (0,95)	4,10 (0,92)	3,90 (0,99)	4,58 (0,95)
T2	4,17 (1,03)	4,01 (0,97)	3,86 (1,03)	4,44 (0,98)
T3	4,23 (1,02)	4,11 (0,96)	3,93 (1,04)	4,44 (1,02)
Totale Welbevinden				
T0	4,06 (0,83)	3,81 (0,70)	3,68 (0,88)	4,32 (0,73)
T1	4,05 (0,83)	3,83 (0,76)	3,68 (0,85)	4,35 (0,82)
T2	3,97 (0,86)	3,83 (0,80)	3,66 (0,90)	4,27 (0,86)
T3	4,02 (0,87)	3,92 (0,97)	3,73 (0,89)	4,28 (0,86)

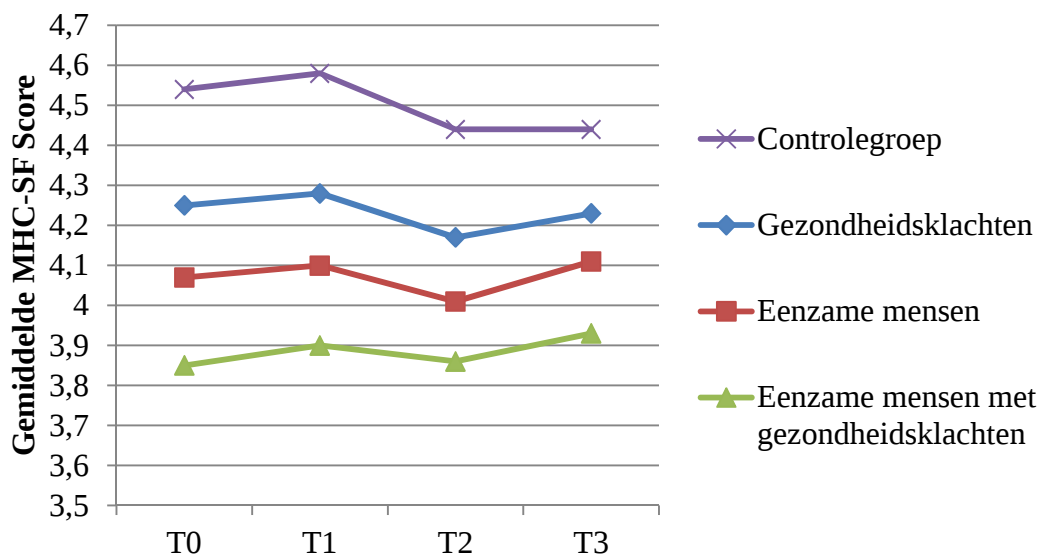
In bovenstaande tabel zijn nauwelijks verschillen zichtbaar tussen de vier meetmomenten per groep en per subschaal. Echter zijn er wel duidelijke verschillen in de gemiddelde scores op de MHC-SF tussen de groepen, dit zal nader besproken worden in paragraaf 3.2. Voor een overzicht van de verschillen tussen de vier meetmomenten zie de figuren 2 tot en met 5. Hierin worden de scores op de MHC-SF per meetmoment, per groep verdeeld over de subschalen overzichtelijk weergegeven.



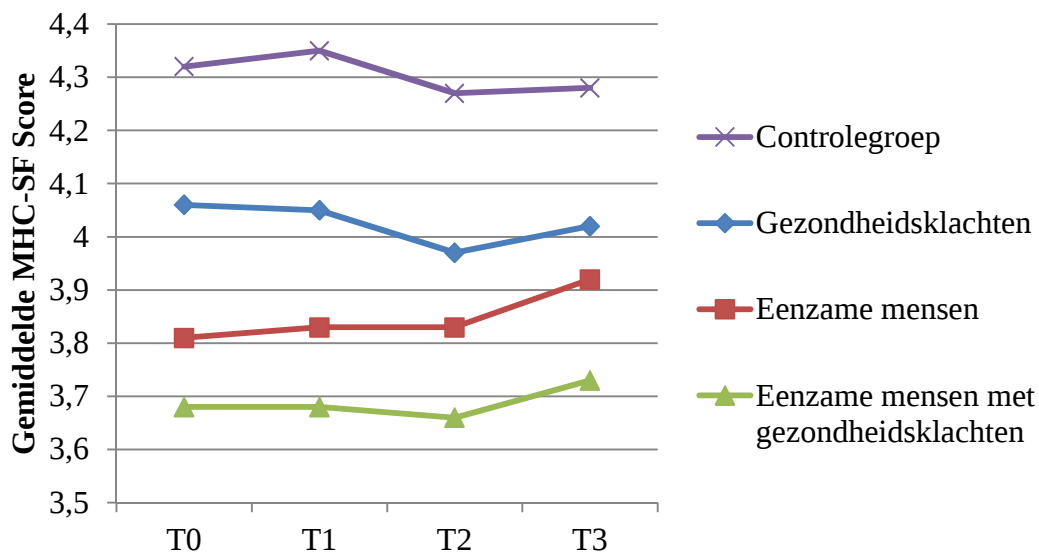
Figuur 2. De gemiddelde MHC-SF score betreffende het emotioneel welbevinden



Figuur 3. De gemiddelde MHC-SF score betreffende het sociaal welbevinden



Figuur 4. De gemiddelde MHC-SF score betreffende het psychologisch welbevinden



Figuur 5. De gemiddelde MHC-SF score betreffende het totale welbevinden

In bovenstaande figuren zijn fluctuaties zichtbaar in de ontwikkeling van het welbevinden. Echter lijken deze fluctuaties tussen de groepen redelijk gelijk aan elkaar in de figuren 2, 4 en 5. In figuur 3 lijkt de groep eenzame mensen af te wijken van de andere groepen. De figuren laten op het eind een stijgende trend zien in de ontwikkeling van het welbevinden. Om meer inzicht te krijgen in de verschillen tussen de viermeetmomenten binnen de groepen en de drie facetten van welbevinden en het totale welbevinden zijn nadere analyses uitgevoerd, zie tabel 4.

In deze tabel zijn significante verschillen gevonden tussen de vier meetmomenten binnen de subschalen, het emotioneel welbevinden ($F=3,884$; $P.009$), het sociaal welbevinden ($F=3,280$; $P.020$) en het psychologisch welbevinden ($F=3,202$; $P.023$). Echter was er geen significant zichtbaar tussen de vier meetmomenten van de totale score van het welbevinden ($F=1,898$; $P.128$).

3.2 Verschillen tussen de groepen

In de figuren 2 tot en met 5 is zichtbaar dat de controlegroep, de niet eenzame mensen zonder gezondheidsklachten, het hoogst scoorden qua welbevinden. Hierop volgt de groep mensen met gezondheidsklachten, gevolgd door de groep eenzame mensen welke over het algemeen, behalve op het sociaal welbevinden, hoger scoorden als de groep eenzame mensen met gezondheidsklachten. Om meer inzicht te krijgen in de verschillen in welbevinden tussen de groepen zijn verdere analyses uitgevoerd. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven.

Tabel 4

Verschillen in welbevinden tussen de vier meetmomenten, verschillen in welbevinden tussen de vier groepen en het interactie-effect ($N=933$)

	F-toets	Sig.
Emotioneel Welbevinden		
Tijd	3,884	.009**
Tijd*Groepen	1,230	.272
Groepen	32,921	.000**
Sociaal Welbevinden		
Tijd	3,280	.020**
Tijd*Groepen	1,459	.157
Groepen	17,607	.000**
Psychologisch Welbevinden		
Tijd	3,202	.023**
Tijd*Groepen	,979	.456
Groepen	24,753	.000**

Totale Welbevinden

Tijd	1,898	.128
Tijd*Groepen	1,076	.377
Groepen	32,921	.000**

Noot

** $P < .05$

Bovenstaande tabel geeft de gevonden verschillen weer tussen de groepen eenzame mensen, mensen met gezondheidsklachten, eenzame mensen met gezondheidsklachten en de niet eenzame mensen zonder gezondheidsklachten. Significante verschillen zijn gevonden tussen de groepen binnen het totale welbevinden ($F=32,921$; $P.000$) en binnen de schalen, emotioneel welbevinden ($F=32,921$; $P.000$), sociaal welbevinden ($F=17,607$; $P.000$) en psychologisch welbevinden ($F=24,753$; $P.000$).

3.3 Samenhang tussen de groepen en de tijd

In dit onderzoek is gekeken naar de samenhang tussen de groepen en de tijd en de samenhang tussen de factoren eenzaamheid en gezondheidsklachten. Uit tabel 4 is op te maken dat er geen sprake was van een interactie-effect tussen de groepen en de tijd waarop het welbevinden is gemeten. Dit betekent dat de veranderingen in het welbevinden die zichtbaar zijn over de tijd niet verschillen voor de groepen.

Tabel 5

Interactie-effect tussen eenzaamheid en gezondheidsklachten

	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Eenzaamheid	1	31,85	61,238	.000**	.062
Gezondheidsklachten	1	9,65	18,545	.000**	.020
Eenzaamheid * Gezondheidsklachten	1	0,73	1,404	.236	.002

Noot

** $P < .05$

In tabel 5 is te zien dat er ook geen sprake was van een interactie-effect tussen eenzaamheid en gezondheidsklachten ($F=1,404$; $P.236$) op het welbevinden. Echter is wel zichtbaar dat de

factoren eenzaamheid ($F=61,238$; $P.000$) en gezondheidsklachten ($F=18,545$; $P.000$) los van elkaar invloed uitoefenen op het welbevinden.

4. CONCLUSIE & DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was het achterhalen hoe de ontwikkeling van het welbevinden verloopt bij eenzame mensen met gezondheidsklachten in vergelijking met de mensen die niet eenzaam waren en geen gezondheidsklachten ervoeren. Hiervoor is gekeken naar de verschillen in tijd, de verschillen tussen de groepen en de samenhang tussen de groepen en de tijd. Vanuit drie modules van het LISS-Panel is data verzameld en geanalyseerd.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het verloop van de ontwikkeling van het totale welbevinden over tijd redelijk stabiel is ondanks de fluctuaties. Het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden maken daarentegen een fluctuerend verloop door in de ontwikkeling. Verder is aangetoond dat het niveau van welbevinden verschilt tussen de groepen, eenzame mensen, mensen met gezondheidsklachten, eenzame mensen met gezondheidsklachten en de niet eenzame mensen zonder gezondheidsklachten. Echter zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de veranderingen in het welbevinden over tijd tussen de groepen. Daarbij heeft dit onderzoek nog aangetoond dat eenzaamheid en gezondheidsklachten los van elkaar een verandering kunnen veroorzaken in het welbevinden.

Het verloop van de ontwikkeling van het totale welbevinden was ondanks de fluctuaties redelijk stabiel over tijd bij zowel de mensen met eenzaamheid en/of gezondheidsklachten als bij de niet eenzame mensen zonder gezondheidsklachten. Dit komt overeen met het onderzoek van Lucas (2007) waarin is aangetoond dat de ontwikkeling van het welbevinden over tijd redelijk stabiel is. De gevonden veranderingen tussen de vier meetmomenten waren binnen dit onderzoek minimaal en binnen de groepen gelijk.

Binnen dit onderzoek zijn significante verschillen gevonden tussen de vier meetmomenten van de drie facetten van welbevinden. Verschillen waren zichtbaar per groep in de ontwikkelingen van het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het emotioneel welbevinden, het sociaal welbevinden en het psychologisch welbevinden een fluctuerend verloop doormaakten in de ontwikkeling. Daarom dient er bij een vervolg onderzoek naar alle facetten van welbevinden gekeken te worden. Dit biedt meer inzicht in de verschillen over tijd bij de ontwikkeling van het welbevinden.

Echter lieten alle vormen van welbevinden op het eind een stijgende trend zien. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat een individu zich gedeeltelijk aanpast. Aanpassing is het terugkeren naar het oude niveau van welbevinden nadat een gebeurtenis zich heeft voor

gedaan (Lucas, 2007; Lucas, 2005; Lucas et al., 2003; Lucas et al., 2004). Dit sluit aan bij de theorie van Brickman en Campbell (1971) dat men kort zal reageren op een gebeurtenis, maar naar enige tijd terug zal keren naar het oude niveau van welbevinden. Echter zijn er blijvende verschillen gevonden in het niveau van welbevinden tussen de groepen. De verwachting is dus niet dat het individu zijn gehele oude niveau van welbevinden zal bereiken. Een blijvende verandering in het welbevinden kan namelijk zijn bewerkstelligd (Lucas, 2007).

Dit onderzoek heeft namelijk aangetoond dat het niveau van welbevinden bij de niet eenzame mensen zonder gezondheidsklachten ook op de lange termijn significant hoger was dan het welbevinden van de mensen met gezondheidsklachten en/of eenzaamheid. Dit sluit aan bij onderzoeken naar de samenhang tussen de factoren, gezondheidsklachten en eenzaamheid, en de drie facetten van welbevinden, het emotioneel welbevinden, het sociaal welbevinden en het psychologisch welbevinden. Met betrekking tot het emotioneel welbevinden veronderstelde Vanderweele et al. (2012), dat eenzaamheid op de lange termijn een laag emotioneel welbevinden voorspelt. Wat betreft het sociaal welbevinden vonden Keyes en Shapiro (2004) een consistente samenhang tussen een slechte lichamelijke gezondheid en een laag niveau van sociaal welbevinden. Lamers (2012) vond een negatieve samenhang tussen een slechte lichamelijke gezondheid en de drie facetten van welbevinden. Wat tevens aansluit bij dit onderzoek en waaruit geconcludeerd kan worden, dat eenzaamheid en/of gezondheidsklachten bijdragen aan lagere niveaus van welbevinden.

Daarnaast kan op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat eenzaamheid en gezondheidsklachten los van elkaar een permanente verandering kunnen veroorzaken in het niveau van welbevinden van een individu. Dit sluit aan bij de theorie van Lucas (2007) dat bepaalde levensgebeurtenissen, waaronder een echtscheiding, het verlies van een baan, arbeidsongeschiktheid, het overlijden van een echtgenoot (Lucas, 2005; Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003; Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004) of het krijgen van een lichamelijke beperking (Lucas et al., 2004; Lucas, 2007) blijvende veranderingen kunnen veroorzaken in het niveau van het emotioneel welbevinden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat eenzaamheid en gezondheidsklachten voortkomen uit grote veranderingen in het leven van een individu. Deze veranderingen, ook wel bepaalde levensgebeurtenissen, kunnen op zichzelf staand al invloed hebben op het welbevinden van een individu. Eenzaamheid zou bijvoorbeeld kunnen ontstaan nadat de partner is overleden. Gezondheidsklachten zouden bijvoorbeeld kunnen voortkomen uit een auto-ongeluk.

Dit onderzoek kent echter nog een aantal sterke en een aantal zwakke punten. De data was afkomstig uit het LISS-Panel, waarbinnen de deelnemers random geselecteerd waren.

Echter was er bij dit onderzoek een grote drop-out aan deelnemers, aangezien de leden die deelnamen aan dit onderzoek alle vragen volledig ingevuld moesten hebben. Hierdoor waren de groepen ongelijk verdeeld. Daarom is gekeken of er verschillen zichtbaar waren in de achtergrond variabelen van de deelnemers, dus of de huidige selectie afweek van de gestratificeerde steekproef waarbij de MHC-SF afgenomen is. Echter was dit niet het geval, waardoor gesteld kan worden dat de externe validiteit van dit onderzoek als goed beschouwd kan worden. Verder is gebruik gemaakt van betrouwbare en valide meetinstrumenten, waaronder de MHC-SF en de eenzaamheidschaal. Dit draagt bij aan het waarborgen van de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek over tijd.

Weinig onderzoek is gedaan naar de ontwikkeling van het welbevinden bij mensen met eenzaamheid en/of gezondheidsklachten. Veel onderzoeken zijn gedaan naar de samenhang met het emotioneel welbevinden (Lucas, 2007; Vanderweele et al., 2012). Enkele onderzoeken hebben zich gericht op alle drie de facetten van welbevinden (Lamers, 2012). Het onderzoek van Lucas (2007) heeft vergelijkbare resultaten, maar in zijn onderzoek is gekeken naar de impact van levensgebeurtenissen op het emotioneel welbevinden. Hierbij kan de vraag gesteld worden of levensgebeurtenissen wel te vergelijken zijn met eenzaamheid en gezondheidsklachten.

Dit onderzoek is daarom vernieuwend aangezien is gekeken naar de ontwikkeling van het emotioneel, sociaal, psychologisch en totale welbevinden over tijd bij mensen met gezondheidsklachten en/of eenzaamheid. De opzet van dit onderzoek biedt nieuwe inzichten voor vervolg onderzoek. Door de drie facetten en het totale welbevinden van deze mensen verdeelt over een jaar op vier tijdstippen te meten is een beeld verkregen over het verloop van de ontwikkeling van het welbevinden. In dit onderzoek is gebleken dat één facet van welbevinden nog geen indicatie geeft voor de andere vormen van welbevinden en voor het totale welbevinden. Door de facetten van welbevinden apart te bestuderen werden verschillen zichtbaar over tijd binnen de groepen, die bij het totale welbevinden niet werden gevonden. Daarom zouden alle facetten van welbevinden individueel bestudeerd moeten worden bij onderzoek naar welbevinden, hierdoor kan een completer beeld gevormd worden van het welbevinden van een individu dan als er alleen naar het totaal welbevinden wordt gekeken.

Middels dit onderzoek is echter alleen inzicht verkregen in het verloop van de ontwikkeling van het welbevinden binnen één jaar tijd. Mogelijk zijn de resultaten anders als het bijvoorbeeld een onderzoek betreft waarbij het welbevinden verdeeld over vijf jaar tien maal wordt gemeten. Dit onderzoek kan nog weinig zeggen over het verdere verloop van de ontwikkeling van het welbevinden op de lange termijn. Naar aanleiding van dit onderzoek kan

echter wel opgemaakt worden dat er een trend zichtbaar is in de ontwikkeling van het welbevinden. Binnen alle drie de facetten van welbevinden en het totale welbevinden was op het eind een stijgende lijn zichtbaar. Ondanks dat het welbevinden op de andere momenten daalde of steeg, was dit verloop bij iedere vorm van welbevinden gelijk.

Tot slot rest nog de vraag of het aantal deelnemers met de indicatie gezondheidsklachten kloppend was. De mate waarin iemand gezondheidsklachten ervoer is bepaald middels een aantal vragen uit de module gezondheid van het LISS-Panel. Deze vragen waren veelal gericht op de subjectieve beoordeling van het individu. De objectieve beoordeling van een arts ontbreekt, waardoor mogelijk een overschatting is gemaakt van het aantal mensen met gezondheidsklachten. In een vervolg onderzoek dient daarom gekeken te worden of er mogelijk ook andere instrumenten zijn welke vragen bevatten waarbij meer gevraagd wordt naar een objectieve beoordeling over de mate waarin een individu gezondheidsklachten ervaart. Daarbij dient gekeken te worden of de gezondheidsklachten daadwerkelijk de reden zijn voor het lage niveau van welbevinden. Mogelijk zijn er gebeurtenissen die samenhangen met de gezondheidsklachten die op zichzelf staand al van invloed zijn, bijvoorbeeld een auto-ongeluk. Daarnaast rest natuurlijk de vraag of het welbevinden wel wordt aangetast als een individu geen belemmering ervaart. Het welbevinden is namelijk een subjectief gegeven. Daarom is in dit onderzoek juist gekozen voor de subjectieve beoordeling van de gezondheidsklachten en is de mate van belemmering meegenomen. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Veenvliet (2013) waarin alleen gekeken is naar de mate waarin men gezondheidsklachten ervoer. Hierdoor is dit onderzoek wellicht meer representatief.

Dit onderzoek is één van de weinige onderzoeken naar de ontwikkeling van het welbevinden. Daarom zou een implicatie voor vervolg onderzoek zijn om, het onderzoek te reproduceren binnen andere panels om te kijken of daarin vergelijkbare resultaten worden gevonden. Daarbij geeft dit onderzoek een weergave van de ontwikkeling van het welbevinden binnen één jaar tijd, dit biedt weinig perspectief voor het verdere verloop van de ontwikkeling van het welbevinden op de lange termijn. Het welbevinden zou bijvoorbeeld vijf jaar lang gemeten kunnen worden om een beter beeld te verkrijgen over het verder verloop. Daarnaast dient meer onderzoek gedaan te worden naar de ontwikkeling van de drie facetten van welbevinden en het totale welbevinden bij mensen, aangezien de ontwikkeling van deze facetten van welbevinden in dit onderzoek van elkaar verschilden. Onderzoek zou bijvoorbeeld gedaan kunnen worden naar de invloed van levensgebeurtenissen op het welbevinden, waaronder werkeloosheid, getrouwd zijn of niet, het krijgen van een

lichamelijke beperking en het overlijden van de levenspartner. Tevens kan hiermee onderzocht worden of de impact van de factoren eenzaamheid en gezondheidsklachten gelijk is aan die van levensgebeurtenissen. Daarnaast zou gekeken kunnen worden of er bepaalde factoren zijn welke een positieve, blijvende verandering kunnen bewerkstelligen in het welbevinden. Dit zou uiteindelijk kunnen helpen bij het vorm geven van interventies in de praktijk. Zo zou het toevoegen van positieve aspecten van het leven aan interventies bij mensen met eenzaamheid en/of gezondheidsklachten met een laag niveau van welbevinden, kunnen bijdragen aan het verbeteren van het niveau van welbevinden.

Van de praktijk vraagt dit onderzoek om bewustwording van het feit dat mensen met eenzaamheid en/of gezondheidsklachten risicogroepen zijn, die vragen om een andere benadering in de behandeling. In de behandeling moet aandacht zijn voor het welbevinden. In dit onderzoek is namelijk gebleken dat het verloop van de ontwikkeling van het welbevinden samenhangt met het ervaren van gezondheidsklachten en eenzaamheid.

LITERATUURLIJST

- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York: Academic Press.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Das, J. W. M., Kapteyn, A., Van Soest, A. H. O. (2006). An Advanced Multi-Disciplinary Facility for Measurement and Experimentation in the Social Sciences (MESS). Verkregen op 8 december, 2013, van <http://www.centerdata.nl/export/sites/CentERdata/Downloads/mess.pdf>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid [A shortened scale for overall, emotional and social loneliness]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39, 4-15.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (1999). Manual of the loneliness scale. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology. Verkregen op 19 januari, 2014, van http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html#referentie-6itemscale-NL
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Nickerson, C., Lucas, R. E., & Sandvik, E. (2002). Dispositional affect and job outcomes. *Social Indicators Research*, 59, 229-259.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Kahneman, D., & Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 3-24.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Sage.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95–108.
- 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. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we: A national study of well-being at midlife* (pp. 350–373). Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007–1022.
- 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.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.

- 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.
- Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the Set-Point Model of Subjective Well-Being: Does Happiness Change After Major Life Events? *Psychological Science*, 16: (2), 75-79.
- Lucas, R. E. (2005). Time does not heal all wounds: A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science*, 16, 945–950.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84, 527–539.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set-point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Magnus, K., & Diener, E. (1991). *A longitudinal analysis of personality, life events, and subjective well-being*. Paper presented at the annual meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.
- Marks, G.N., & Fleming, N. (1999). Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980–1995. *Social Indicators Research*, 46, 301-323.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, E., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationships between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1136-1146.
- 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.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, E. & Diener, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview South African. *Journal of Psychology*, 39, 391-406.
- Ryff, C. D. (1989). 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., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: a positive health agenda for the new millennium. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 4:30–44.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H., (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 41, 223–233.
- Scherpenzeel, A. (2009). *Start of the LISS panel: Sample and recruitment of a probability-based Internet panel*. Tilburg: CentERdata.
- Tijhuis, M. A., De Jong-Gierveld, J., Feskens, E. J., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. *The Zutphen Elderly Study. Age Ageing* 28, 491–495.
- Tov, W., & Diener, E. (2008). The well-being of nations: Linking together trust, cooperation, and democracy. *Social Indicators Research Series*, 37, 155-175.
- Van der Plaats, J. J. (1994). Geriatrie: een spel van evenwicht. Assen: Van Gorcum. In L. A. Weiss, G. J. Westerhof & E. T. Bohlmeijer, *Nudging socially isolated people towards well-being with the 'Happiness Route': design of a randomized controlled trial for the*

- evaluation of a happiness-based intervention*. Health and Quality of Life Outcomes 2013, 11:159.
- Vanderweele, T. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). On the reciprocal relationship between loneliness and subjective well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176(9), 777-784.
- Veenvliet, K. (2013). *Risicofactoren voor een laag welbevinden. Een onderzoek naar de relatie van eenzaamheid, gezondheidsproblemen en een lage sociaal economische status met het welbevinden*. Verkregen op 26 januari, 2014, van <http://purl.utwente.nl/essays/64191>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing Soc.* 16, 333–358.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*.
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

BIJLAGEN

Bijlage I Mental Health Continuum – Short Form

U krijgt nu drie schermen met vragen die gaan over gevoelens die mensen hebben. Leest u iedere uitspraak zorgvuldig door en geeft u het antwoord dat het best weergeeft hoe vaak u dat gevoel had de afgelopen maand.

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...

...dat u gelukkig was?

...dat u geïnteresseerd was in het leven?

...dat u tevreden was?

...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?

...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?

...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?

...dat mensen in principe goed zijn?

...dat u begreep hoe onze maatschappij werkt?

...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?

...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?

...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?

...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?

...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?

...dat uw leven een richting of zin heeft?

1 nooit

2 één of twee keer

3 ongeveer 1 keer per week

4 2 of 3 keer per week

5 bijna elke dag

6 elke dag

Bijlage II Gezondheidsklachten

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

In welke mate hebben uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen u de laatste maand belemmerd in uw alledaagse activiteiten, zoals een eindje lopen, trappen opgaan, uzelf aankleden, uzelf wassen, naar het toilet gaan?

- 1 helemaal niet
- 2 vrijwel niet
- 3 een beetje
- 4 tamelijk veel
- 5 heel erg veel

In welke mate hebben uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen u de laatste maand belemmerd in uw sociale activiteiten, zoals vrienden of bekenden bezoeken?

- 1 helemaal niet
- 2 vrijwel niet
- 3 een beetje
- 4 tamelijk veel
- 5 heel erg veel

In welke mate hebben uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen u de laatste maand belemmerd in uw werk, bijvoorbeeld in uw baan, in het huishouden, of op school?

- 1 helemaal niet
- 2 vrijwel niet
- 3 een beetje
- 4 tamelijk veel
- 5 heel erg veel

Hebt u regelmatig last van: Meer antwoorden mogelijk

- rug-, knie-, heuppijn of pijn in een ander gewricht
- hartklachten of angina, pijn in de borst bij inspanning
- ademnood, problemen met ademen
- hoesten, een verstopte neus en/of verkoudheidsklachten
- maag- of darmproblemen
- hoofdpijn
- moeheid
- 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? Meer antwoorden mogelijk

- angina, 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 osteoartritis, of reuma, botontkalking of osteoporose

- kanker of kwaadaardig gezwel, inclusief leukemie of lymphoma, maar exclusief minder ernstige vormen van huidkanker
- een maagzweer of zweer aan twaalfvingerige darm, zweer van het maag-
- darmkanaal
- de ziekte van Parkinson
- staar
- een gebroken heup of dijbeen
- een andere breuk
- Alzheimer, dementie, 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: Meer antwoorden mogelijk

- een hoog cholesterol gehalte in het bloed
- hoge bloeddruk
- hartinfarct of herseninfarct
- andere hartziektes
- astma
- diabetes
- gewrichtspijn of gewrichtsontsteking
- andere pijnen (zoals hoofdpijn, rugpijn, etc.)
- slaapproblemen
- angst of depressie
- osteoporose (hormonaal)
- osteoporose (niet hormonaal)
- brandend maagzuur
- chronische bronchitis
- andere klachten of ziekten, die nog niet genoemd zijn

0 nee

1 ja

Bijlage III Eenzaamheidschaal

Wilt u voor elke uitspraak aangeven in hoeverre die op u van toepassing is, op basis van hoe u zich nu voelt?

- ik ervaar een leegte om me heen
- er zijn genoeg mensen waarop ik in geval van narigheid kan terugvallen
- ik ken veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen
- er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel
- ik mis mensen om me heen
- vaak voel ik me in de steek gelaten

1 ja

2 min of meer

3 nee