



Universiteit Utrecht  
Master Neuropsychologie

**‘Cognitieve disfunctiegebieden in verband met het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid en depressie’**

Masterthesis Sanne Querido

Studentnummer: 3161285

Juni 2010

Begeleid door:

Dr. M. J. Enders-Slegers

Met dank aan:

Verpleeghuis ‘De Lichtenberg’ te Amersfoort  
Drs. Joke Winkel (GZ-psycholoog in opleiding)  
Drs. Janneke van der Graaf (GZ-psycholoog)



University Utrecht  
Master Neuropsychology

**‘Cognitive area's of disfunctioning associated with experiencing social and emotional loneliness and depression’**

Written by:  
Sanne Querido (3161285)  
June 2010

Under the supervision of Dr. M. J. Enders-Slegers

## **Voorwoord**

Deze thesis is geschreven ter afsluiting van de Master Neuropsychologie aan de Universiteit Utrecht. Vanaf mijn eerste studiejaar wist ik dat ik mij wilde gaan specialiseren in de psychologie van de ouder wordende mens. Mijn stageplaats is daarom ook het verpleeghuis geworden. Gedurende mijn stageperiode werd mijn interesse en enthousiasme voor de psychogeriatric versterkt. De mensen boeiden en raakten mij op verschillende vlakken. Een ding wat mij specifiek raakte was de eenzaamheid die vaak voorkomt in het verpleeghuis. Vastberaden besloot ik mijn thesis te richten op eenzaamheid bij ouderen gekoppeld aan het cognitief functioneren. Mogelijk komt er zo meer inzicht in en aandacht voor de oorzaken en bestrijding van eenzaamheid bij ouderen.

Het onderzoek uitvoeren en het schrijven van de thesis heb ik als een leerzame en vooral plezierige tijd ervaren. Graag wil ik de mensen bedanken die mij hebben bijgestaan bij het schrijven van de thesis.

Allereerst gaan woorden van dank uit naar mijn thesisbegeleidster, Drs. M.J. Enders-Slegers. Zij heeft geholpen een juiste structuur aan te brengen in mijn thesis en heeft goede ideeën aangedragen, waardoor ik gestimuleerd werd om op een hoger niveau naar mijn thesis te kijken.

Ten tweede wil ik mijn stagebegeleiders Joke Winkel en Janneke van der Graaf bedanken die mij gedurende mijn stageperiode steun en hulp hebben geboden. Bij hen kon ik te allen tijde terecht voor vragen of advies. Daarnaast wil ik natuurlijk alle bezoekers van de dagbehandeling en bewoners van verpleeghuis 'De Lichtenberg' bedanken voor deelname aan het onderzoek. Zonder hun inzet was het onderzoek niet mogelijk.

Vervolgens wil ik mijn medestudent, maar vooral vriendin Yvonne Jongma bedanken voor alle kennis, input, steun en gezelligheid die ik van haar heb mogen ontvangen. Samen hebben we lange en leerzame dagen op de Universiteit doorgebracht.

Een speciaal dankwoord gaat uit naar mijn vader, moeder, broer, zus en vriend voor alle steun, hulp en liefde die ik heb mogen ontvangen. Zij stonden gedurende mijn hele studieperiode op allerlei manieren liefdevol voor mij klaar, waardoor ik het als een fantastische tijd heb kunnen ervaren. Zonder hun steun was studeren niet mogelijk geweest. Dank jullie wel!

**"No man is an Island, entire of itself."**

## **Samenvatting**

Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen het cognitief functioneren en het ervaren van eenzaamheid en depressie is dit onderzoek gericht op het vinden van verbanden tussen cognitieve disfunctiegebieden en sociale en emotionele eenzaamheid en depressie. Dit werd bewerkstelligd door bij 34 bezoekers van de dagbehandeling of bewoners van verpleeghuis ‘De Lichtenberg’ een cognitieve screeningstaak (MoCa), een eenzaamheidsvragenlijst van de Jong-Gierveld en een depressielijst van Han Diesfeldt af te nemen.

Er blijkt een negatief verband te bestaan tussen geheugenproblemen en het ervaren van sociale eenzaamheid. Daarnaast blijken problemen met visuoconstructieve vaardigheden positief te correleren met emotionele eenzaamheid. Tevens blijken problemen rondom het executief functioneren positief te correleren met het ervaren van eenzaamheid in zijn totaal. De cognitieve disfuncties aandacht en visuoconstructieve vaardigheden laten een positief verband zien met depressie, wat betekent hoe meer aandachtsproblemen en problemen omtrent de visuoconstructieve vaardigheden, hoe groter de kans op depressie. Ook blijkt dat emotionele eenzaamheid positief samenhangt met depressie.

Aan de hand van multivariate analysis of variances (MANOVA), waarbij leeftijd, sekse en afdeling zijn meegenomen als factoren, blijkt dat leeftijd geen effect heeft op het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid, depressie, maar wel op het geheugen. Er bestaat een significant negatief verband tussen leeftijd en geheugen. De variabele afdeling heeft effect op eenzaamheid totaal en sociale eenzaamheid. Dit effect blijkt voort te komen uit de groepen somatiek en revalidatie, die significant van elkaar verschillen. Hierbij ervaren personen op de afdeling revalidatie meer eenzaamheid en sociale eenzaamheid dan de andere afdelingen. Als laatste heeft sekse effect op visuoconstructieve vaardigheden. Om het verschil tussen mannen en vrouwen te onderzoeken is gebruik gemaakt van een onafhankelijke t – toets, waaruit blijkt dat mannen beter zijn in visuoconstructieve vaardigheden dan vrouwen.

## **Abstract**

The current study aimed to assess the relation between different areas of cognitive dysfunction and social and emotional loneliness and depression. To achieve this, a dementia-screeningtask (MoCa), a loneliness questionnaire (Dykstra et al., 2005) and a depression questionnaire (Diesfeldt, 2004) were administered for 34 participants in daycare and residents from the nursing home 'De Lichtenberg'.

The results showed a negative relation between memory problems and the experience of social loneliness. In addition, problems with visuoconstructive skills had a positive correlation with emotional loneliness. Also problems in executive functioning seem to correlate positively with the experience of loneliness in total. Problems with attention and visuoconstructive skills show a positive relation with depression. Emotional loneliness also shows a positive relation with depression.

On the basis of a multivariate analysis of variance (MANOVA), where the variables age, gender and division of the nursing home are included as factors, age seems to have no relations with the experience of social and emotional loneliness, depression and cognitive functioning. Differences in total and social loneliness scores were found between the somatic and rehabilitation groups. People at the rehabilitation division experienced more loneliness and social loneliness. In addition, gender had an effect on visuoconstructieve skills. The results show that men are better at visuoconstructive skills.

## **Inhoudsopgave**

	Blz.
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1. <i>Eenzaamheid</i>	7
1.2. <i>Cognitieve achteruitgang</i>	8
1.3. <i>Depressie</i>	9
1.4. <i>Doel van het onderzoek</i>	10
<b>2. Methoden</b>	<b>12</b>
2.1. <i>Participanten</i>	12
2.2. <i>Testmateriaal</i>	12
2.3. <i>Procedure</i>	13
2.4. <i>Ethische kwesties</i>	15
2.5. <i>Design en analyse</i>	15
<b>3. Resultaten</b>	<b>17</b>
3.1. <i>Emotionele en sociale eenzaamheid</i>	17
3.2. <i>Depressie</i>	17
3.3. <i>Depressie en eenzaamheid</i>	18
3.4. <i>Leeftijd</i>	19
3.5. <i>Afdeling</i>	19
3.6. <i>Sekse</i>	20
<b>4. Discussie</b>	<b>21</b>
<b>5. Referentielijst</b>	<b>25</b>

## **1. Inleiding**

Het aantal ouderen in Nederland neemt sterk toe. Naar verwachting zijn er ongeveer vier miljoen Nederlanders ouder dan 65 jaar. Deze vergrijzing van Nederland is het gevolg van de naoorlogse geboortegolf en de stijging van het aantal geboorten tot ongeveer 1970. De vergrijzing en de toegenomen kwaliteit in de gezondheidszorg brengen een grote verandering in de Nederlandse samenleving teweeg. Mensen willen in deze tijd graag gezond oud worden (de Jong & van Duin, 2010). Een veelvoorkomend probleem dat gepaard kan gaan met het ouder worden is het ervaren van eenzaamheid. De kans op het ervaren van eenzaamheid wordt groter naarmate men ouder wordt, daar mensen meer geconfronteerd worden met determinanten die eenzaamheid kunnen doen ontstaan. Gedacht kan worden aan partnerverlies, lichamelijke achteruitgang en een krimpend sociaal netwerk (Dykstra, van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2005). Door de vergrijzing kan mogelijk de eenzaamheid toenemen in de toekomst. Belangrijk is daarom om het begrip eenzaamheid en mogelijke oorzaken duidelijk in kaart te brengen.

### *1.1 Eenzaamheid*

Eenzaamheid is een subjectief fenomeen en het is moeilijk een eenduidige omschrijving te geven (Stevens, Martina & Westerhof 2006). Het is een subjectieve ervaring en houdt verband met de manier waarop een individueel persoon zijn gebrek aan communicatie met anderen of zijn isolement waarneemt, ervaart en evalueert (Dykstra & Jong-Gierveld, 2004). In de literatuur wordt getracht een zo volledig mogelijke omschrijving van eenzaamheid te geven. Een component die in alle omschrijvingen de kern vormt is het ervaren van gemis aan contact met anderen. De sociale contacten die men heeft, komen niet overeen met de wensen. Anderzijds is het ook mogelijk dat men wel voldoende contacten heeft, maar dat de kwaliteit ervan niet overeenkomt met de persoonlijke wensen en behoeften. (Dykstra, van Tilburg, de Jong-Gierveld, 2005).

Uit bovenstaande gegevens kan worden opgemerkt dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen twee vormen van eenzaamheid, namelijk de sociale en de emotionele eenzaamheid (Weiss 1973; Holmén, Ericson & Winblad 2000). Bij de sociale eenzaamheid heeft men geen of nauwelijks contacten met een bredere groep mensen, de nadruk ligt hier op het ondersteunende sociale netwerk van een individu. Sociale netwerken zijn enorm belangrijk voor het welbevinden van ouderen. Gevoelens die vaak verbonden zijn met sociale eenzaamheid zijn verveling en passiviteit (Holmén, Ericson & Winblad 2000). Emotionele eenzaamheid legt daarentegen de nadruk op het gevoelscomponent. Wie emotioneel eenzaam

is, mist een intieme relatie of een hechte band met iemand. De aanwezigheid van hechte banden met betekenisvolle anderen, de positieve interactie en de steun die hieruit voortvloeit, bevorderen het subjectief welbevinden en de zelfwaardering van ouderen (Seeman, Lusignolo, Albert & Berman 2001). Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van leven wordt geschaad wanneer mensen zich niet verbonden voelen met anderen. Tegenover verbondenheid staat dan ook eenzaamheid. Ook als men ouderen zelf laat reflecteren over het leven, blijkt dat positieve ervaringen op relationeel vlak belangrijk zijn. Het maakt het leven niet alleen draaglijk, maar ook aangenaam en zinvol (Jong-Gierveld & Tilburg, 2008). Uit onderzoek blijkt dat de inter-persoonlijke relaties belangrijker zijn voor vrouwen dan voor mannen. Vrouwen ervaren daarom ook vaker eenzaamheid dan mannen. Andere factoren die daar een bijdrage aan leveren zijn het gemiddeld ouder worden van vrouwen en het feit dat het cultureel meer geaccepteerd is dat vrouwen hun emotionele gevoelens tonen (Tijhuis, Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999).

Samengevat kan worden gesteld dat eenzaamheid ontstaat wanneer mensen een onaangename en onaanvaardbare discrepantie ervaren tussen de hoeveelheid (sociale eenzaamheid) en de kwaliteit (emotionele eenzaamheid) van sociale relaties die gerealiseerd zijn in vergelijking met de sociale relaties die gewenst zijn (Stevens, Martina & Westerhof, 2006). Daarbij moet vermeld worden dat emotionele eenzaamheid als ernstiger wordt ervaren dan sociale eenzaamheid (Jong-Gierveld & Tilburg, 2008). Allebei de vormen kunnen onafhankelijk van elkaar voorkomen. Echter komt ook de combinatie van beide vormen voor en deze combinatie vormt de meest ernstige vorm van eenzaamheid (de Jong-Gierveld, 2006).

### *1.2. Cognitieve achteruitgang*

Een ander proces dat voorkomt bij het ouder worden en tevens een voorspeller is voor eenzaamheid is cognitieve achteruitgang. ‘Normale’ veroudering gaat gepaard met cognitieve achteruitgang in onder andere het expliciet geheugen, executief functioneren en de algemene mentale snelheid (Rabbitt & Lowe, 2000). Hersenfunctiestoornissen, zoals CVA en dementie, hebben een sterke invloed op de cognitie en de prevalentie stijgt naarmate de leeftijd vordert (Desmond, Moroney, Sano & Stern, 2002). Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ontwikkelen zich bij dementie meervoudige cognitieve functiestoornissen. Geheugenstoornissen zijn een eerste vereiste voor de diagnose. Dit moet in combinatie met minimaal één van de volgende functiestoornissen: afasie (taalstoornis), apraxie (verminderd vermogen motorische handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies), agnosie (onvermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische



functies) of stoornissen van uitvoerende functies (planning, organiseren, abstraheren). De cognitieve stoornissen moeten voor de patiënt een belemmering vormen voor een zelfstandig, sociaal of arbeidzaam leven. Bovendien moet worden voldaan aan het criterium dat het capaciteitsniveau duidelijk minder is dan voorheen. Het meestal geleidelijke verlies van de cognitieve functies wordt veroorzaakt door het afsterven van de neurale netwerken in de hersenen (Barlow & Durand, 2005). Uit een onderzoek van Holmén et al. (1993) bleek dat individuen met cognitieve beperkingen vaker eenzaamheid ervaren dan individuen zonder cognitieve beperkingen. Ook ander onderzoek vindt een verband tussen cognitie en eenzaamheid. Zo vonden Noguchi et al. (1998) een positieve correlatie tussen eenzaamheid en dementie. Hieruit werd verondersteld dat eenzaamheid een rol kan spelen bij de ontwikkeling van dementie (Holmén & Furukawa, 2002). Ook uit ander onderzoek bleek dat personen die niet lijden aan een dementie minder vaak sociale eenzaamheid rapporteren dan personen die wel lijden aan een dementie. Dat verschil wordt niet gevonden voor de emotionele beleving van eenzaamheid. Daarnaast kwam naar voren dat sociale eenzaamheid sterker wordt naarmate het cognitief functioneren achteruit gaat. Emotionele eenzaamheid daarentegen, neemt af naarmate het cognitieve functioneren achteruit gaat (Holmén, Ericson & Winblad, 2000). Ook blijkt eenzaamheid een sterke voorspeller voor een specifiek gebied binnen het cognitief functioneren, namelijk geheugenproblemen (Holmén, Ericson & Winblad, 2000). Ander onderzoek bevestigt dit en rapporteert dat verminderde vermogens van geheugen en taal in verband staan met het ervaren van eenzaamheid (Holmén & Furukawa, 2002). Een mogelijke verklaring voor meer eenzaamheid ervaren bij verminderde cognitieve functies, is het verborgen houden van hun cognitieve onvermogen voor de buitenwereld en daarom minder in contact zijn met de medemens (Holmén & Furukawa, 2002).

### *1.3. Depressie*

Lunaigh en Lawlor (2008) stelden dat eenzaamheid ook vaak wordt geassocieerd met een depressie. Dit als gevolg van tekorten in het gevoel van verbondenheid. Ander onderzoek bevestigt dit en merkt op dat de emotionele eenzaamheid gerelateerd wordt aan een depressie en dat de sociale eenzaamheid een goede voorspeller is van depressie (Hagerty & Williams, 1999). Ook heeft een depressie invloed op het cognitief functioneren. Het neuropsychologische profiel van depressie is subtiel en complex, met relatief lichte stoornissen in de volgende cognitieve functiegebieden; psychomotorische snelheid, volgehouden aandacht en concentratie, executief functioneren en het geheugen (Eling, de Haan, Hijman & Schmand, 2008). Deze cognitieve stoornissen worden toegewezen aan een

algemene, onderliggende stoornis in de cognitieve inspanning of motivatie. Uit onderzoek blijken er aanwijzingen te bestaan voor een positieve correlatie tussen de ernst van de depressie en cognitieve stoornissen. Er blijkt echter geen apart neuropsychologisch profiel voor geriatrische depressie. Depressieve symptomen lijken niet het begin van een cognitieve achteruitgang te voorspellen, maar kan wel zorgen voor verdere achteruitgang bij patiënten met milde cognitieve stoornissen (Eling, de Haan, Hijman & Schmand, 2008).

#### *1.4. Doel van het onderzoek*

Aangezien uit de literatuur blijkt dat cognitief functioneren invloed heeft op het ervaren van eenzaamheid en depressie is het interessant om te onderzoeken *welke* disfunctiegebieden van het cognitief functioneren een verband hebben met het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid en depressie. Aangezien er geen of nauwelijks literatuur over bestaat heeft dit onderzoek als doel om aan de hand van empirisch onderzoek eventuele relatie(s) te vinden tussen de verschillende cognitieve disfunctiegebieden en het ervaren van eenzaamheid en depressie, zodat er meer informatie over dit onderwerp beschikbaar is. Inzicht in de cognitieve beperkingen en in de wijze waarop zij gerelateerd zijn aan eenzaamheid en/of depressie hebben mogelijk belangrijke gevolgen voor zowel de bestudering als de behandeling van eenzaamheid en depressie. Samenspraak tussen onderzoekers en praktijk en meer aandacht voor de oorzaken van eenzaamheid is van groot belang voor het begrijpen en bestrijden van eenzaamheid en voor het kiezen van de juiste interventies. Aangezien eenzaamheid evenals cognitieve achteruitgang vaak gepaard gaan met depressie en het ouder worden, wat ook weer invloed heeft op het cognitief functioneren, is dit een interessante doelgroep om onderzoek te doen naar mogelijke verbanden. De volgende vraagstelling met bijhorende hypothesen is opgesteld.

*Vraagstelling: Welke cognitieve disfunctiegebieden hebben een verband met emotionele en sociale eenzaamheid en depressie?*

*Hypothese 1: Op grond van het literatuuronderzoek wordt verwacht dat er een positief verband bestaat tussen taal en geheugenproblemen enerzijds en het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid anderzijds. Een verminderde capaciteit van de cognitieve functiegebieden taal en geheugen gaat gepaard met het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid.*

Hypothese 2: *Vanuit de literatuur wordt in dit onderzoek tevens verwacht dat er een positief verband bestaat tussen problemen op het gebied van geheugen, aandacht en executief functioneren en depressie.*

Hypothese 3: *Op grond van bovenstaande literatuur wordt een positief verband veronderstelt tussen emotionele eenzaamheid en depressie. Daarnaast wordt verwacht dat sociale eenzaamheid een voorspelled waarde is voor het ontwikkelen van een depressie.*

## 2. Methoden

### 2.1. Participanten

De deelnemers bestaan uit bewoners en bezoekers van de dagbehandeling van verpleeghuis 'De Lichtenberg' met een leeftijd variërend tussen 65 en 95 jaar, met een gemiddelde van 82 jaar en een standaarddeviatie van 7.71. Er wordt gestreefd naar een totaal van 40 deelnemers. Om een gevarieerde groep wat betreft het cognitief functioneren te verkrijgen, wordt er op verschillende afdelingen getest, zie tabel 1.

**Tabel 1.** *Afdelingen met aantal deelnemers*

<b>Naam afdeling</b>	<b>Soort afdeling</b>	<b>Aantal participanten</b>
Eikenhof	Revalidatie	14
Berkenhof	Somatiek	5
Lindenhof	Somatiek	7
Dagcentrum	Dagbehandeling PG*	8
<i>Totaal:</i>		34

\* psychogeriatric

Echter, wegens ernstige lichamelijke of geestelijke beperkingen of gebrek aan motivatie, is het uiteindelijke aantal deelnemers, na 63 personen benaderd te hebben, 34 geworden.

Hiervan waren 27 vrouwelijke deelnemers en 7 mannelijke deelnemers.

Deelnemers worden geëxcludeerd voor het onderzoek wanneer sprake is van ernstige visus of gehoorproblemen, afasie of de aanwezigheid van een delier, aangezien dit het afnemen van het testmateriaal sterk kan bemoeilijken, waarbij de betrouwbaarheid van de resultaten in gevaar kan komen. Daarnaast zullen deelnemers die al bekend zijn met het testmateriaal, ook worden uitgesloten van deelname aan dit onderzoek. Deelnemers worden niet uitgesloten op grond van lichamelijke klachten, revaliderende klachten (gevolgen van CVA) of verschillende vormen van dementie.

### 2.2. Testmateriaal

Om het cognitief functioneren in kaart te brengen zal er gebruik gemaakt worden van de Montreal Cognitive Assessment (MoCa), ontwikkeld door Z. Nasreddine in 2004. Dit is een kort screenings-instrument voor detecteren van cognitieve beperkingen. Het cognitief functioneren is vervolgens onder te verdelen in: visuoconstructieve vaardigheden, executief functioneren, geheugen, aandacht, taal, oriëntatie naar tijd en plaats. Deze test controleert

voor het aantal jaren opleiding die een individu heeft gehad, hierbij wordt een punt extra gerekend op de totaalscore voor 12 of meer jaren opleiding. Een score van 26 of hoger duidt op geen cognitieve beperking. Er is voor deze vragenlijst gekozen omdat het een goede indicatie geeft van de mate van cognitief functioneren, maar een stuk minder belastend is dan een volledig neuropsychologisch onderzoek. Daarnaast is zowel de specificiteit als de sensitiviteit voor het detecteren van cognitieve beperkingen hoog met daarnaast een Cronbach's alpha van 0.83, wat duidt op een betrouwbaar meetinstrument (Nasreddine et al., 2005).

Om de mate van eenzaamheid vast te stellen wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst van De Jong-Gierveld over eenzaamheid. Deze vragenlijst bestaat uit 11 vragen, waarbij de totaalscore de score op eenzaamheid weergeeft. Daarnaast zijn de vragen onder te verdelen in twee subschalen, namelijk sociale eenzaamheid (vraag 1,4,7,8 en 11) en emotionele eenzaamheid (vraag 2,3,5,6,9 en 10), wat passend is voor dit onderzoek. De schaal is een betrouwbaar (Cronbach's alpha 0.80 - 0.90) en valide meetinstrument en voldoet aan de criteria voor een Rasch model (Dykstra, Tilburg & Jong-Gierveld, 2005). Een score van 0,1 of 2 geeft aan dat er *geen* sprake is van eenzaamheid. Een score van 3 tot en met 8 geeft aan dat er sprake is van een matige eenzaamheid. Een score van 9 of 10 duidt op een sterke mate van eenzaamheid en een score van 11 wijst op een zeer sterk gevoel van eenzaamheid.

Ten slotte wordt de vragenlijst 'depressie beleving' van Han Diesfeldt afgenomen voor de detectie van een eventuele depressie die mogelijk invloed kan hebben op het cognitief functioneren en samen kan hangen met het ervaren eenzaamheid. Het is een betrouwbaar meetinstrument met een Cronbach's alpha van 0.83 (Diesfeldt, 2004). De vragenlijst bestaat uit 15 items die onderverdeeld worden in 4 domeinen; 1. levenslust, gezondheid, sociale contacten en slaapkwaliteit. Een totaalscore van boven de 13 wijst op een mogelijke indicatie voor depressie.

### **2.3. Procedure**

Na overleg met de cliëntenraad van het verpleeghuis 'De Lichtenberg', zullen de clustermanagers en teamleiders van de afdelingen en andere disciplines binnen het huis geïnformeerd worden over het plaatsvinden en de inhoud van het onderzoek. Ook wordt er een brief opgesteld en verstuurd naar alle eerste contactpersonen van de bewoners of bezoekers van het verpleeghuis, waarin de inhoud en het doel van het onderzoek en telefoonnummers worden vermeld voor eventuele vragen. Mochten de eerste contactpersonen bezwaar hebben tegen deelname, kunnen ze dat telefonisch doorgeven. Vervolgens wordt er

een brief opgesteld voor de deelnemers, waarin vermeld wordt dat er een onderzoek plaatsvindt binnen het verpleeghuis op verschillende afdelingen. De informatieve brief wordt voor het afnemen van het onderzoek aan willekeurig uitgekozen bewoners gegeven zodat zij zich kunnen inlezen. Het werven van de deelnemers gaat in samenwerking met een medestudent van de universiteit van Utrecht, master klinische en gezondheidspsychologie. Bij benadering van de deelnemers zal worden begonnen met het voorstellen aan en welkom heten van de deelnemer. Daarna wordt er uitleg gegeven dat we met een wetenschappelijk onderzoek vanuit de universiteit Utrecht afdeling neuropsychologie bezig zijn, waarna gevraagd zal worden of ze hieraan mee willen werken. Voor aanvang van deelname zullen de deelnemers eerst uitleg krijgen over de inhoud van het onderzoek en de procedure. Daarnaast zal worden benadrukt dat alle gegevens anoniem verwerkt zullen worden en daarom geen invloed en consequenties heeft voor de zorgbenadering. Ook zal worden gemeld dat ze vrijwillig mee doen en dus te allen tijde kunnen stoppen, zonder opgave van reden. Vervolgens zal er worden gevraagd om een informed consent te tekenen. Na het tekenen hiervan zal worden begonnen met afname van de testen. Om te controleren voor onderzoekerbias (verschillen in manier van afname door de onderzoeker), wordt er van tevoren geoefend met het afnemen van de testen, zodat dit op dezelfde manier gaat en daarom geen invloed kan uitoefenen op de resultaten. Het onderzoek wordt afgenomen op de kamer van de deelnemer of in de onderzoeksruijme van de afdeling psychologie, zodat het onderzoek ongestoord afgenomen kan worden en waarbij de privacy gewaarborgd wordt. Er wordt een uur per deelnemer gerekend voor het afnemen van de testen. Als eerste wordt de MoCa afgenomen voor het meten van de verschillende cognitieve functies. Hierbij wordt begonnen met het onderdeel *oriëntatie*, waarna verder wordt gegaan met het eerste onderdeel van de test. Dit aangezien op deze manier het onderzoek makkelijker ingeleid kan worden. Vervolgens wordt de vragenlijst van de Jong-Gierveld afgenomen voor het meten van sociale en emotionele eenzaamheid. Geëindigd zal worden met de depressielijst van Han Diesfeldt. Voor deze volgorde is gekozen aangezien de MoCa de meeste inspanning en energie vereist, daarbij wordt op deze manier gecontroleerd voor stemming die kan voortvloeien uit de vragen over eenzaamheid en depressie, zodat deze geen invloed kan uitoefenen op de cognitieve vragen. Aan het einde worden de deelnemers hartelijk bedankt voor hun deelname en medewerking.

## **2.4. Ethische kwesties**

Deelname aan het onderzoek is op vrijwillige basis, waarbij de deelnemer te allen tijde kan stoppen, zonder opgave van reden. De privacy van de deelnemers blijft hierbij te allen tijde gewaarborgd, daar er gebruik wordt gemaakt van participantnummers die bij het verwerken van de resultaten in geen geval gekoppeld kunnen worden aan de deelnemers. Hierbij wordt benadrukt dat de gegevens anoniem blijven en daarom geen invloed of consequenties hebben voor de zorgbenadering. Tevens worden alle eerste contactpersonen op de hoogte gebracht van de inhoud en doel van het onderzoek middels een brief, waarbij zij bezwaar kunnen tonen wanneer deelname niet gewenst is.

## **2.5. Design en analyse**

Aangezien het onderzoek uitgevoerd wordt binnen een bepaalde tijdspanne waarin alle deelnemers eenmalig onderzocht worden is er sprake van een cross-sectioneel onderzoek. Het betreft een correlationeel onderzoek, daar er gezocht wordt naar eventuele significante verbanden tussen meerdere variabelen. De eerste variabele bestaat uit de verschillende cognitieve disfunctiegebieden. Deze factor bestaat uit zes levels; visuoconstructieve vaardigheden, executief functioneren, geheugen, aandacht, taal en oriëntatie naar tijd en plaats. De tweede variabele is het ervaren van eenzaamheid. Deze variabele bestaat uit eenzaamheid totaal en er wordt onderscheid gemaakt tussen sociale en emotionele eenzaamheid. De derde variabele van dit onderzoek is depressie.

Om de verzamelde data in te voeren, te verwerken en te analyseren zal gebruik gemaakt worden van het statistische analyse programma ‘Statistical Package for the Social Sciences 16.0’ (SPSS 16.0). Om onderzoek te doen naar de eventuele verbanden tussen cognitieve disfunctiegebieden en het ervaren van sociale of emotionele eenzaamheid en depressie zal gebruik worden gemaakt van bivariate correlaties, waarbij gekeken wordt naar Pearson Correlation. Dit aangezien er een verband gezocht wordt tussen variabelen op rationiveau. Aangezien uit de literatuur blijkt dat emotionele eenzaamheid en depressie samenhangen, tracht dit onderzoek deze aanname te bevestigen door te kijken naar bivariate correlaties tussen emotionele eenzaamheid en depressie. Voor het nagaan of sociale eenzaamheid een voorspellende waarde heeft voor een depressie, wordt gebruik gemaakt van een lineaire regressieanalyse. Dit aangezien de samenhang lineair van aard is, de testvariabelen op rationiveau zijn en de steekproef groot genoeg is (>30).

Omdat huisvesting en sociale omgeving van invloed kunnen zijn op het ervaren van eenzaamheid (Holmén & Furukawa, 2002) wordt er getoetst aan de hand van een multivariate

analysis of variances (MANOVA) voor de verschillende afdelingen, aangezien de sociale sfeer binnen de afdelingen en de thuissituatie zal variëren. Daarnaast blijkt uit literatuuronderzoek dat het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid vaker voorkomt naarmate de leeftijd vordert (Dykstra, van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2005), waarbij ook het cognitief functioneren achteruit kan gaan (Rabbit & Lowe, 2000). Voor het onderzoeken of leeftijd een effect heeft op het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid, depressie en de verschillende cognitieve functiegebieden, wordt daarom tevens een MANOVA uitgevoerd. Als laatste wordt gekeken of de variabele sekse effect heeft op sociale en emotionele eenzaamheid, depressie of de verschillende cognitieve functiegebieden. Dit aangezien blijkt dat vrouwen vaker sociale en emotionele eenzaamheid ervaren dan mannen (Tijhuis, Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999). Wanneer er significante effecten worden gevonden zal er een post hoc toets worden uitgevoerd (tukey) om te kijken welke groepen dit effect veroorzaken. Tevens wordt aan de hand van een onafhankelijke t-toets naar het verschil tussen de afdelingen op het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid gekeken. Daarnaast wordt aan de hand van een onafhankelijke t-toets gekeken naar het verschil tussen mannen en vrouwen op de cognitieve disfuncties.



### 3. Resultaten

De hoofdvraagstelling van dit onderzoek luidt; welke cognitieve disfunctiegebieden hebben een verband met emotionele en sociale eenzaamheid en depressie?

#### 3.1. Emotionele en sociale eenzaamheid

Verwacht wordt dat moeilijkheden op het gebied van taal en geheugen samenhangen met het ervaren van zowel meer sociale als emotionele eenzaamheid.

Aan de hand van bivariate correlaties is gekeken naar bovenstaande verwachtingen, waaruit blijkt dat het geheugen significant positief correleert met sociale eenzaamheid ( $r = .37, N = 34, p < .05$ , tweezijdig), wat betekent dat een hogere score op de geheugentaak gepaard gaat met een hogere score op sociale eenzaamheid. Dit verschil werd niet gevonden voor emotionele eenzaamheid. De hypothese dat een verminderde geheugencapaciteit samenhangt met het vaker ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid wordt daarom niet ondersteund. Eveneens is er geen verband gevonden voor een verminderde taalfunctie en het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid. De hypothese wordt daarom verworpen.

Naast bovenstaande resultaten is er wel een significante negatieve correlatie gevonden voor visuoconstructieve vaardigheden en emotionele eenzaamheid ( $r = -.35, N = 34, p < .05$ , tweezijdig). Dit betekent hoe hoger de score op visuoconstructieve vaardigheden, hoe minder emotionele eenzaamheid. Als laatste is een significante negatieve correlatie gevonden voor het executief functioneren en eenzaamheid in zijn totaal ( $r = -.35, N = 34, p < .05$ , tweezijdig). Hoe hoger de score op executief functioneren, hoe lager de score op het ervaren van eenzaamheid. Zie tabel 2.

#### 3.2. Depressie

Ook is onderzocht of cognitieve disfunctiegebieden samenhangen met het ervaren van een depressie. Verwacht wordt dat een verminderde capaciteit van aandacht, executief functioneren en het geheugen samenhangen met depressie.

Aan de hand van bivariate correlaties blijkt een significant negatief verband te bestaan tussen de functie aandacht en depressie ( $r = -.35, N = 34, p < .05$ , tweezijdig), hoe minder de aandachtsfunctie, hoe hoger de score op depressie. Deze hypothese wordt daarom ondersteund. Er worden geen verbanden gevonden tussen executief functioneren en geheugen enerzijds en depressie anderzijds, deze hypothesen worden niet ondersteund en daarom verworpen. Er blijkt echter wel een significant verband te bestaan tussen visuoconstructieve vaardigheden en depressie ( $r = -.48, N = 34, p < .01$ , tweezijdig), wat betekent dat een hoge

score op visuoconstructieve vaardigheden gepaard gaat met een lagere score op depressie. Zie tabel 2.

**Tabel 2.** *Significante correlaties tussen cognitieve disfunctiegebieden, depressie en eenzaamheid.*

Cognitieve functies		EE	SE	ET	Depressie
Geheugen	Pearson Correlation		.374		
	Sig. (2-tailed)		<b>.029*</b>		
	N		34		
Visuoconstructieve vaardigheden	Pearson Correlation	-.349			-.481
	Sig. (2-tailed)	<b>.043*</b>			<b>.004**</b>
	N	34			34
Executief functioneren	Pearson Correlation			-.345	
	Sig. (2-tailed)			<b>.045*</b>	
	N			34	
Aandacht	Pearson Correlation				-.346
	Sig. (2-tailed)				<b>.045*</b>
	N				34

EE = Emotionele eenzaamheid, SE = Sociale eenzaamheid en ET = Eenzaamheid Totaal.

\* Correlatie significant op .05 level (tweezijdig).

\*\* Correlatie significant op .01 level (tweezijdig).

### 3.3. *Depressie en eenzaamheid*

Tijdens het onderzoek werd een verband verondersteld tussen emotionele en sociale eenzaamheid en depressie. Daarbij werd verwacht dat emotionele eenzaamheid samenhangt met het ervaren van een depressie en dat sociale eenzaamheid een voorspellende factor is voor het ervaren van een depressie.

Middels een bivariate correlatie is gekeken naar de Pearson Correlation tussen eenzaamheid in zijn totaal en depressie. Daaruit blijkt een significant positief verband te bestaan ( $r = .59$ ,  $N = 34$ ,  $p < .01$ , tweezijdig). Ook is aan de hand van bivariate correlaties gekeken naar de samenhang tussen emotionele eenzaamheid en depressie. Hieruit blijkt tevens een significant verband te bestaan tussen het ervaren van emotionele eenzaamheid en depressie ( $r = .67$ ,  $N = 34$ ,  $p < .01$ , tweezijdig). De hypothese wordt daarom ondersteund.

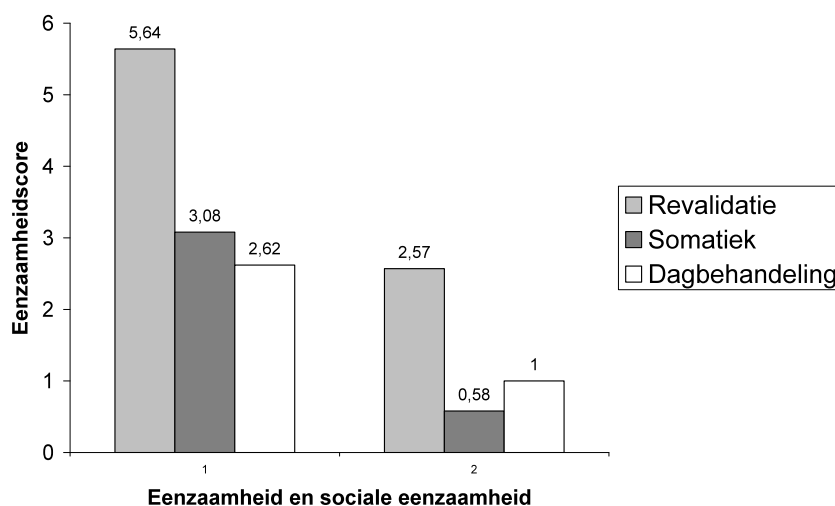
Daarnaast is met een lineaire regressieanalyse gekeken naar de verwachting of sociale eenzaamheid een voorspellende waarde heeft voor het ervaren van een depressie. Hieruit kwam geen significant resultaat, waardoor de hypothese wordt verworpen.

### 3.4. Leeftijd

Wanneer met een MANOVA getoetst wordt naar het effect van leeftijd, blijkt dit geen invloed te hebben op emotionele eenzaamheid, sociale eenzaamheid, depressie en de verschillende cognitieve functiegebieden. Echter wanneer er aan de hand van bivariate correlaties gekeken wordt naar het verband tussen leeftijd en cognitief functioneren, blijkt er een significant negatief verband te bestaan tussen leeftijd en geheugen ( $r = -.44$ ,  $N = 34$ ,  $p < .01$ , tweezijdig).

### 3.5. Afdelingen

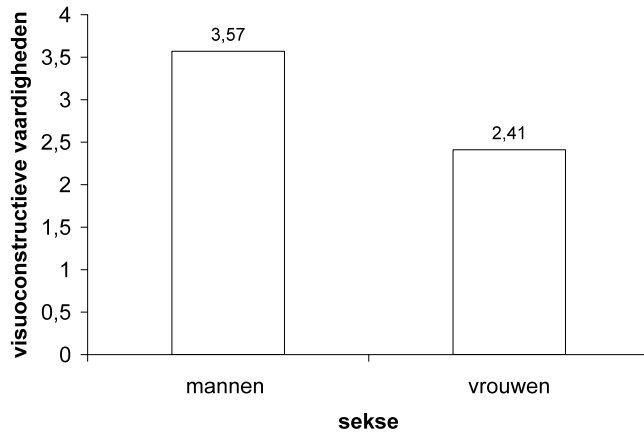
Tevens is aan de hand van een MANOVA gekeken naar het effect van de verschillende afdelingen binnen het verpleeghuis. Hieruit blijkt dat de soort afdeling effect heeft op het ervaren van eenzaamheid in zijn totaal ( $F(2,31) = 4.03$ ,  $p = .03$ ) en sociale eenzaamheid ( $F(2,31) = 6.39$ ,  $p = .01$ ). Dit resultaat werd niet gevonden voor emotionele eenzaamheid en depressie. Bij het uitvoeren van de post hoc toets Tukey, blijkt dat het verschil tussen de groepen somatiek en revalidatie significant is (mean differences 1.99,  $p = .05$ ). Verder werd er geen verschil gevonden tussen de afdelingen op de cognitieve functiegebieden (zie figuur 1).



**Figuur 1.** De verschillen in het ervaren van eenzaamheid en sociale eenzaamheid tussen de afdelingen. Revalidatie  $N = 14$ , Somatiek  $N = 12$  en Dagbehandeling  $N = 8$ .

### 3.6. Sekse

Wanneer er getoetst wordt aan de hand van een MANOVA voor sekse blijkt deze variabele geen effect te hebben op sociale en emotionele eenzaamheid en depressie. Echter blijkt sekse wel effect te hebben op visuoconstructieve vaardigheden  $F(1,32) = 5.45, p = .03$ ), waarbij de mannen een hogere score op visuoconstructieve vaardigheden hadden dan vrouwen, zie figuur 3.



**Figuur 3.** Het verschil in visuoconstructieve vaardigheden tussen sekse. Mannen  $N = 7$  en vrouwen  $N = 27$ .

#### 4. Discussie

Het huidige onderzoek was gericht op het vinden van verbanden tussen cognitieve disfunctiegebieden en sociale en emotionele eenzaamheid en depressie. Daarnaast werd verwacht dat emotionele eenzaamheid samenhangt met depressie en sociale eenzaamheid een voorspellende waarde heeft voor depressie. Dit werd gedaan door bij 34 bezoekers of bewoners van een verpleeghuis de cognitieve screeningstaak MoCa, een eenzaamheidsvragenlijst van Jong-gierveld en een depressielijst van Han Diesfeldt af te nemen.

Uit de resultaten blijkt een significante positieve correlatie te bestaan tussen geheugen en sociale eenzaamheid. Dit betekent hoe beter het geheugen functioneert, hoe meer sociale eenzaamheid iemand ervaart of andersom. Dit komt niet overeen met de bestaande literatuur, waarin het omgekeerde verondersteld wordt. Holmén en Furukawa (2002) stellen dat geheugenproblemen samengaan met het ervaren van meer eenzaamheid. Een mogelijke verklaring voor het niet ondersteunen van de hypothese is dat problemen omtrent het geheugen een veelvoorkomende functiestoornis is, waarbij het gemiddelde niveau van functioneren op dit gebied laag is in een verpleeghuis. Deelnemers met een betere geheugencapaciteit gaven regelmatig aan geen of minder goed aansluiting te kunnen vinden met de groep, daar het verschil tussen de niveaus te groot was. Daarnaast is het ook mogelijk dat personen met forse geheugenproblematiek minder adequaat en betrouwbaar kunnen aangeven aan de hand van een zelfbeoordeling eenzaamheidsvragenlijst dat zij sociale eenzaamheid ervaren. Hieruit voortvloeiend het discussiepunt of het gebruik van zelfbeoordeling vragenlijsten nut heeft bij personen met cognitieve beperkingen. Weeks (1994) is van mening dat zelfbeoordelingen niet valide zijn en daarom geen realistische weerspiegeling van de werkelijkheid geven. Uit ander onderzoek blijkt dat personen in een vroege staat van dementie wel betrouwbare beoordelingen kunnen geven (Holmen et al., 2000). Aangezien het van belang was om in het huidig onderzoek een grote spreiding in scores op het cognitief functioneren te verkrijgen is gekozen om dit risico mee te nemen.

Daarnaast is in dit onderzoek geen verband gevonden tussen taalproblemen en het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid, wat niet in overeenstemming met de literatuur is (Holmén & Furukawa, 2002). Een mogelijke verklaring kan het testonderdeel *taal* van de MoCa zijn. Dit onderdeel bestaat uit het benoemen van drie dierenplaatjes en het nazeggen van twee zinnen, waarbij taalproductie gemeten wordt. Taalbegrip wordt buiten beschouwing gelaten, wat juist van belang is om goed te communiceren en de wereld om ons

heen te interpreteren en te begrijpen. Dit aspect van taal kan een belangrijke factor zijn voor het wel of niet ervaren van eenzaamheid (Holmén & Furukawa, 2002).

Naast de opgestelde verwachtingen zijn twee aanvullende resultaten gevonden. Als eerste is een significant negatief verband gevonden tussen visuoconstructieve vaardigheden en emotionele eenzaamheid. Hoe beter het visuoconstructief handelen, hoe minder emotionele eenzaamheid individuen ervaren en andersom. Ten tweede is er een significant negatief verband tussen het executief functioneren en eenzaamheid in totaal. Hoe beter mensen executief functioneren (ziekte-inzicht, initiatief, planning, flexibiliteit, zelfinhibitie, zelfcontrole en zelfcorrectie), hoe minder eenzaamheid zij ervaren en andersom. Deze twee cognitieve functies blijken sterk met elkaar te correleren. De resultaten vormen een aanvulling op de onderzoeksvraag en bestaande literatuur.

In het onderzoek wordt ook, in overeenstemming met bestaande literatuur, een negatieve samenhang tussen aandacht en depressie gevonden (Eling, Haan, Hijman & Schwand, 2008). Hoe beter mensen functioneren op het gebied van aandacht, hoe minder depressieve gevoelens zij ervaren. Voor de cognitieve functiegebieden geheugen en executief functioneren zijn geen significante correlaties met depressie gevonden. Eveneens werd bij deze hypothese een aanvullend resultaat gevonden. Zo blijken visuoconstructieve vaardigheden en depressie significant negatief met elkaar samen te hangen. Hoe beter de visuoconstructieve vaardigheden, hoe minder depressieve gevoelens iemand ervaart.

In overeenstemming met de literatuur dat eenzaamheid en depressie vaak samen voorkomen (Lunaigh & Lawlor, 2008), waarbij vooral emotionele eenzaamheid gerelateerd wordt aan depressie (Hagerty & Williams, 1999), is in dit onderzoek een verband gevonden tussen eenzaamheid en depressie, waarbij ook emotionele eenzaamheid samenhangt met depressie. De verwachting dat sociale eenzaamheid een goede voorspeller is voor het ervaren van eenzaamheid wordt niet ondersteund.

Tevens werd in overeenstemming met bestaand literatuuronderzoek een negatief verband gevonden tussen geheugen en leeftijd, wat betekent dat het geheugen achteruit gaat naarmate de leeftijd vordert (Rabbitt & Lowe, 2000). Verder werd er geen effect van leeftijd gevonden op andere cognitieve functiegebieden. Ook het gegeven dat het ervaren van eenzaamheid vaker voorkomt naarmate de leeftijd vordert (Dykstra, van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2005) werd niet ondersteund door dit onderzoek.

Wanneer er gekeken werd naar het ervaren van eenzaamheid en de verschillende afdelingen bleken personen van de afdeling revalidatie meer eenzaamheid te ervaren dan de personen van de somatische afdeling en dagbehandeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is

dat bezoekers van de dagbehandeling kunnen terugkeren naar een veilige en comfortabele thuissituatie. Dit is volgens Holmen en Furukawa (2002) een belangrijke factor voor het niet ervaren en bestrijden van eenzaamheid. Dit gegeven kan ook gelden voor de somatische afdeling, aangezien dit een 'longstay' afdeling is. Hierdoor ervaren de bewoners hun verblijf mogelijk meer als een thuissituatie. De revalidatie afdeling is daarentegen een kortdurend verblijf, waarbij personen door tijdelijke lichamelijke beperking opgenomen zijn. Dit kan er voor zorgen dat zij zich minder verbonden voelen met de afdeling en het minder ervaren als een thuissituatie.

Als laatste resultaat werd gevonden dat sekse van invloed is op visuoconstructieve vaardigheden, waarbij mannen beter scoorden op taken die een beroep doen op deze vaardigheden. Verder werd in het huidig onderzoek de verwachting dat vrouwen doorgaans meer sociale en emotionele eenzaamheid ervaren dan mannen (Tijhuis, Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999) niet ondersteund. Mogelijk heeft dit te maken met de scheve man-vrouw ratio, waarbij een groep van zeven mannelijke participanten niet volstaat om met zekerheid conclusies over sekseverschillen te trekken.

Een mogelijke verklaring voor het niet ondersteunen van de verwachtingen binnen het onderzoek kan gezocht worden binnen de steekproefgrootte. Wegens ernstige lichamelijke of geestelijke beperkingen of gebrek aan motivatie bij de doelgroep, was het moeilijk om een grote steekproef te behalen. Dit heeft gezorgd voor een verminderde power van de analyses, waardoor er mogelijk wel verbanden zijn gevonden, maar deze niet als significant geïnterpreteerd mogen worden. Voorzichtigheid moet daarom worden geboden bij de interpretaties van de behaalde resultaten.

Opvallend is dat de categorie 'sterke eenzaamheid' een klein gedeelte vormt van de steekproef. Van zeer sterke eenzaamheid was zelfs geen sprake. Hoewel dit positief is voor het welzijn van de ouderen, zorgt het voor een missende categorie binnen het onderzoek. Daarnaast bevat de vragenlijst over eenzaamheid van de Jong-Gierveld, geen items die 'gewenste eenzaamheid' meten. Sommige deelnemers gaven aan veel alleen te zijn, maar dit juist zelf te willen. Deze mogelijkheid komt niet naar voren in de vragenlijst, waardoor alleen de negatieve kant van alleen zijn wordt belicht.

Andere mogelijke verklaringen voor de uitkomsten kunnen gevonden worden binnen het testmateriaal. Het cognitief functioneren wordt erg globaal in kaart gebracht met relatief weinig testonderdelen per cognitief domein. Zo kan er slechts een beperkte uitspraak worden gedaan over het functioneren van de deelgebieden. Daarbij is het afbreekpunt voor geen cognitieve beperking van 26, naar mijns inziens, erg hoog voor de desbetreffende doelgroep.

Dit zorgde ervoor dat er maar weinig deelnemers hoog scoorden op de MoCa en daarom minder goed uit de test naar voren kwamen dan daadwerkelijk het geval was.

Het toetsen naar het effect van leeftijd, sekse en verschillende afdelingen op het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid, depressie en de cognitieve functiegebieden is een sterk punt van dit onderzoek. Ook het bestrijden van eventuele onderzoeksbias, door het afnemen van de testen eenduidig te doen, is een sterk punt. Daarnaast is het een plezierig onderzoek voor de participanten om aan deel te nemen, waarbij de bewoner van het verpleeghuis of bezoeker van de dagbehandeling niet te veel belast werd en waarbij altijd ruimte was voor een goed gesprek naast het onderzoek.

Aangezien er weinig informatie bekend is over de relatie tussen het cognitief functioneren en het ervaren van sociale en emotionele eenzaamheid en depressie, met nadruk op de cognitieve functiegebieden, is het van belang geweest dat dit onderzoek plaats heeft gevonden. De uitkomsten zijn een aanvulling op de bestaande literatuur en vormen een belangrijke informatieve bron voor de ouderenzorg. Gezien de beperkingen, omvang en aard van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over de causaliteit van de verbanden. Hoogstens kan gesproken worden over samenhang en risicogroepen voor het ervaren van eenzaamheid, depressie of problemen omtrent het cognitief functioneren. Wanneer dit in gedachten wordt gehouden, kunnen hulpverleners alerter worden op het detecteren van eenzaamheid, depressie of cognitieve problemen en mogelijk eerder de juiste interventies kiezen om dit te bestrijden. Vervolg onderzoek zou zich kunnen richten op de richting van de gevonden resultaten, zodat causaliteit kan worden onderzocht. Daarbij kan er gebruik worden gemaakt van een grotere steekproef, waardoor de power van het onderzoek versterkt zal worden. Mogelijk komt men zo meer te weten over het cognitief functioneren en eenzaamheid bij ouderen, waardoor de zorg beter afgestemd kan worden en hopelijk het ervaren van eenzaamheid verminderd kan worden.



## 5. Referentielijst

- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2005). Cognitive Disorders. In: M. Taflinger, K. Makarewycz & D. Money Penny (Eds.). *Abnormal Psychology. An Integrative Approach*. (pp. 520 – 543). Belmont: Thomson Wadsworth.
- Desmond, D. W., Moroney, J. T., Sano, M., & Stern, Y. (2002). Incidence of dementia after ischemic stroke: results of a longitudinal study. *Stroke*, 33, 2254-2262.
- Diesfeldt, H. F. A. (2004a). De Depressielijst voor stemmingsonderzoek in de psychogeriatric: Meetpretenties en schaalbaarheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 224-233.
- Dykstra, P. A., & Jong-Gierveld, J. de. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 141-155
- Dykstra, P. A., Tilburg, T. G. van., & Jong-Gierveld, J. de. (2005). Changes in Older Adults Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *Research on Aging*, 27, 725-747
- Eling, P., Haan, E. de., Hijman, R., & Schmand, B. (2008). *Cognitieve neuropsychiatrie*. Boom, Amsterdam
- Hagerty, B. M., Williams, A. (1999). The Effects of Sense of Belonging, Social Support, Conflict, and Loneliness on Depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219.
- Holmen, K., Ericsson, K., Anderson, L., & Winblad, B. (1993). ADL capacity and loneliness among elderly persons with cognitive impairment. *Scand J Prim Health Care*, 11, 56-60.
- Holmén, K., Ericson, K., & Winblad, B. (2000). Social and emotional loneliness among non- demented and demented elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31, 177-192.

- Holmen, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Jong, A., de. & Duin, C., van. (2010) Regionale prognose 2009–2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp. *Planbureau voor de Leefomgeving*.
- Jong-Gierveld, J. de, & Tilburg, T. van. (2006). A six-item scale for overall, emotional and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging: A bimonthly on Aging and the Life Course*, 28, 582-598.
- Jong-Gierveld, J. de, & Tilburg, T. van. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39(1), 4-15.
- Lunaigh, & C.Ó., Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal cognitive assessment, MoCa: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American geriatrics society*, 53(4), 695-699.
- Rabbit, P., Lowe, C. (2000). Patterns of cognitive ageing. *Psychological Research*, 63, 308-316.
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M., & Berman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive function in older adults. MacArthur studies of succesful aging. *Health psychol.*, 20, 243-55.
- Stevens, N. L., Martina, C. M. S. & Westerhof, G. J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46 (4), 495-502

Tijhuis, M. A. R., Jong-Gierveld, J. de., Feskens, E. J. M. & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age in Ageing*, 28, 491-495.

Weeks, D.J., (1994). Editorial review. A review of loneliness concepts, with particular reference to old age. *International Journal of geriatric psychiatry*, 9, 345-355.

Weiss, R.S., Editor. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, MIT Press, Cambridge, 38–52.