

Cesuurbepaling van de eenzaamheidsschaal

T.G. van Tilburg en J. de Jong Gierveld*

Samenvatting

Deze bijdrage is gericht op een cesuurbepaling van de meting van eenzaamheid met de schaal van De Jong Gierveld. Gegevens van 3823 zelfstandig wonende mondeling onder-
vraagden (54-89 jaar) zijn geanalyseerd. Gebruik is gemaakt van een zelfindicatie van eenzaamheid. Daarmee is, meer dan het geval is bij een willekeurige cesuurbepaling, aangesloten bij de beleving van individuen. Van de ouderen in Nederland is 68% niet, 28% matig en 4% sterk eenzaam. In eerder onderzoek werd een veel lagere cesuur gehanteerd en werd derhalve een veel groter aantal eenzamen gevonden.

Summary: Cutting scores on the De Jong Gierveld loneliness scale. This article focuses on the cutting scores for the measurement of loneliness on the Loneliness Scale.⁴ A cutting score is used to distinguish the lonely from the not lonely. Data have been analyzed relating to interviews with 3,823 respondents (54-89 years old) who live independently. Use has been made of the individuals' self-assessed level of loneliness. More than would be the case with arbitrary cutting scores, this is in keeping with the individuals' own perception. The figures show that 68% of the elderly persons in the Netherlands are not lonely, 28% are moderately lonely, and 4% are quite lonely. Previous research used a lower cutting score and, consequently, observed that much more people are lonely.

Trefwoorden: Eenzaamheid, eenzaamheidsschaal, loneliness, aged, cutting scores

Tijdschr Gerontol Geriatr 1999;30:158-63

Inleiding

In Nederland wordt voor het meten van de mate van eenzaamheid veelal de eenzaamheidsschaal gehanteerd zoals deze ontwikkeld is door De Jong Gierveld.¹ In de jaren zeventig en tachtig is het concept eenzaamheid uitgewerkt en is een meetinstrument ontwikkeld.² Deze schaal diende de eerder gehanteerde instrumenten, welke bestonden uit een enkele vraag waarin direct gerefereerd wordt aan een

beleving van eenzaamheid (een zelfindicatie), te vervangen. Nadelen van gebruik van een directe vraag zijn dat de psychometrische kwaliteit niet is vast te stellen en als gering ingeschat moet worden (toevalsinvloeden bij de beantwoording spelen een te grote rol), dat niet het gehele theoretische begrip gedekt wordt, en dat vanwege het meestal beperkte aantal antwoordmogelijkheden het niet mogelijk is fijne onderscheidingen te maken tussen ondervraagden.³ De eerste versie van de eenzaamheidsschaal kon op een aantal punten verbeterd worden, en de verbeterde versie wordt sinds 1983 toegepast.⁴

Een voordeel van een directe vraag is dat uit de antwoorden direct kan worden afgeleid of iemand wel of niet eenzaam is. Bij de schaal score is dat niet mogelijk; geen van de uitspraken in de schaal refereert direct aan eenzaamheid. De eenzaamheidsscore kan waarden aannemen van 0 tot en met 11; een hogere score indiceert sterkere eenzaamheid. Zowel in wetenschappelijk als in beleidsgericht onderzoek is er behoefte clusters van schaalwaarden te typeren in termen van niet en wel (of: matig, sterk) eenzaam.⁵⁻¹⁰ Een typering van individuen in deze termen is echter tot op dit moment gebaseerd op ad hoc samentrekkingen van de 12 posities op de schaal.¹¹ Deze bijdrage is gericht is op het ontwikkelen van een verantwoorde typering van schaalwaarden.

De methodiek van de cesuurbepaling

In de literatuur wordt het bepalen van een cesuur een vorm van 'absoluut meten' genoemd.¹² Het gaat niet om de score van een individu gerelateerd aan de score van anderen, maar om een score die gerelateerd wordt aan een standaard op grond waarvan iemand ingedeeld kan worden in de categorie van wel eenzamen of die van niet eenzamen. Er zijn verschillende methoden voor cesuurbepaling. Deze zijn alle gebaseerd op het oordeel van 'deskundigen'; zij geven aan welke score het grensgeval is. Dit oordeel moet gefundeerd zijn op de deskundigheid van de beoordelaar. Ons is één onderzoek bekend waarin de eenzaamheid van personen, zoals geschat door deskundigen (i.c. hulpverleners), gerelateerd is aan de score van die personen op de eenzaamheidsschaal.¹³ De resultaten laten zien dat er slechts een zwakke samenhang ($r = 0,38$) is tussen het deskundigenoordeel en de eenzaamheidsscore. Een koppeling van deze twee is vanwege deze zwakke samenhang discutabel.

Een alternatieve procedure is gebruik te maken van de beoordelingen van de individuen zelf. Hun zelf-

* Dr. T.G. van Tilburg, socioloog-methodoloog VUA
Prof.dr. J. de Jong Gierveld, socioloog, Nederlands
Interdisciplinair Demografisch Instituut, Den Haag en VUA

Correspondentie:

Dr. T.G. van Tilburg, Vrije Universiteit, Sociaal Culturele Wetenschappen, Methoden en Technieken, De Boelelaan 1081c, 1081 HV Amsterdam



indicatie van eenzaamheid, bepaald met behulp van een directe vraag, kan inzicht geven bij welke schaalwaarde zij de grens leggen tussen niet en wel eenzaam. De individuele gegevens kunnen vervolgens op het niveau van de steekproef gebruikt worden om de cesuur te bepalen. Hierbij gebruiken we dan wel een instrument voor zelfindicatie waarvan hierboven aangegeven is dat deze drie nadelen heeft. Het gebrek aan betrouwbaarheid van een enkele vraag, het eerst genoemde nadeel, is in dit geval echter niet ter zake omdat de met dit instrument verkregen gegevens op het niveau van de steekproef gebruikt worden en aangenomen mag worden dat toevalsvloeden dan tegen elkaar wegvallen. Tegenover het tweede nadeel, de onvoldoende dekking van het gehele theoretische begrip, staat het voordeel dat aangesloten wordt bij de verwoording van een ervaring in alledaagse termen. Het derde nadeel, het beperkte aantal antwoordmogelijkheden, is niet ter zake omdat een cesuurbepaling juist gericht is op het indelen van de ondervraagden in een beperkt aantal categorieën.

Een probleem dat echter nog niet aan de orde is geweest, is dat van het gehanteerde referentiekader bij de zelfindicatie. Ondervraagden die een zelfde mate van eenzaamheid (i.c. een gelijke schaalscore) hebben, maar behoren tot verschillende categorieën in de samenleving, kunnen een verschillende dremelwaarde hanteren bij het zich zelf al dan niet indiceren als eenzaam. Zo is het mogelijk dat ondervraagden die een partner verloren hebben zich - bij een zelfde mate van eenzaamheid - eerder indiceren als eenzaam dan ondervraagden met een partner: de eerst genoemden bevinden zich in een situatie waarin eenzaamheid sociaal geaccepteerd is, terwijl bij ondervraagden met een partner eenzaamheid een niet vaak voorkomend en minder verwacht verschijnsel is. We gaan na of - bij een zelfde mate van eenzaamheid, i.c. een gelijke schaalscore - de zelfindicatie (ongeveer) gelijk is voor verschillende categorieën ondervraagden.

Opzet van het onderzoek

Ondervraagden

In het kader van het onderzoek naar Leefvormen en Sociale Netwerken van ouderen (LSN) zijn 4494 ouderen in 1992 mondeling ondervraagd.¹⁴ Het betrof een naar sekse en geboortjaar gestratificeerde steekproef van mannen en vrouwen geboren in de jaren 1903 tot en met 1937. De steekproef is getrokken uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten, namelijk Amsterdam, Oss en Zwolle en acht plattelandsgemeenten rond deze steden. De response was 62%. We beperken ons tot de zelfstandig wonenden en tot diegenen van wie gegevens over eenzaamheid ter beschikking zijn (N = 3823).

Meetinstrumenten

De eenzaamheidsschaal bestaat zes items die in de

richting van eenzaamheid zijn geformuleerd ('negatieve' items) en vijf items die in de tegenovergestelde richting zijn geformuleerd ('positieve').⁴ Een voorbeeld van een negatief item is 'Ik mis mensen om me heen', een positief item is 'Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen'. De antwoordmogelijkheden waren: *nee*, *min of meer*, en *ja*. Een antwoord *min of meer* wordt altijd als indicatief voor eenzaamheid beschouwd. De schaalscore is berekend als het aantal uitspraken waarop een voor eenzaamheid indicatief antwoord werd gegeven. De set van uitspraken is voldoende betrouwbaar (KR-20 = 0,82). De directe vraag naar eenzaamheid is: 'Als we de mensen zouden indelen in niet eenzaam, matig eenzaam, sterk eenzaam en zeer sterk eenzaam, waar zoudt u zich dan nu toe rekenen?'. De antwoordmogelijkheden waren *niet* (1), *matig* (2), *sterk* (3), en *zeer sterk* (4) *eenzaam*.

Een netwerk is afgebakend van personen met wie men een belangrijke en frequente relatie onderhoudt.¹⁵ De netwerkvang is het totaal aantal genoemde personen. Het aantal kinderen is vastgesteld door te vragen de namen van hun zonen en dochters te noemen. Adoptief en pleegkinderen zijn als kinderen gerekend. Gezondheid is vastgesteld met een enkelvoudige vraag: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?', met antwoordmogelijkheden *slecht* (1), *niet zo best* (2), *gaat wel* (3), *goed* (4) en *zeer goed* (5). De urbanisatiegraad is bepaald als het aantal inwoners per vierkante kilometer in de directe woonomgeving en in vijf categorieën onderverdeeld.¹⁶

Procedure

Eerst presenteren we een aantal beschrijvende gegevens over eenzaamheid gemeten met de schaalscore en met de zelfindicatie. Vanwege de gestratificeerde steekproef zijn de ondervraagden zodanig gewogen dat de steekproef met betrekking tot sekse, leeftijd, burgerlijke staat en urbanisatie in redelijke mate representatief is voor zelfstandig wonende ouderen in Nederland.¹⁷

Voor het bepalen van de cesuur is de Jacobson-methode bekend.^{18,19} De steekproef wordt dan eerst verdeeld in niet eenzamen en wel eenzamen op basis van de zelfindicatie en vervolgens wordt de daarmee corresponderende schaalcesuur bepaald. Het is echter niet bekend of deze berekening ook toepasbaar is op een scheef verdeelde ordinale variabele. Daarom zullen we daarnaast een alternatieve procedure gebruiken die geschikt lijkt voor zo'n variabele. We bepalen dan eerst het percentage ondervraagden dat zich zelf indicert als niet eenzaam. Vervolgens wordt het cumulatieve percentage ondervraagden bij elke schaalwaarde bepaald. De schaalwaarde waar de twee percentages overeenkomen is de cesuur. Op vergelijkbare wijze bepalen we ook cesuren voor het onderscheid tussen matig, sterk en zeer sterk eenzaam. Tenslotte worden gemiddelde schaalcores en percentages eenzamen voor verschillende categorieën gepresenteerd.

Daartoe voegen we van de variabelen netwerkomvang, aantal kinderen, gezondheid en urbanisatie een aantal waarden samen.

Resultaten

Intensiteit van eenzaamheid

De verdeling over de verschillende schaalwaarden (met een range van 0 tot 11) is sterk positief scheef: hogere schaalcores komen relatief weinig voor. De mediane schaalcore is 1, het gemiddelde is 2,1 (SD=2,6). Ook de frequentieverdeling van de zelfindicatie is sterk scheef: 76% acht zich niet eenzaam, 22% noemt zich zelf matig eenzaam en slechts een gering aantal noemt zich sterk eenzaam (2%) of zeer sterk eenzaam (1%). De samenhang tussen de scores op beide instrumenten is redelijk sterk (Spearman's $r=0,51$; tabel 1). De resultaten van een logistische regressieanalyse laten zien dat op basis van de schaalcore voor 82% van de ondervraagden correct voorspeld kan worden of zij zich als eenzaam indiceren. De odds ratio geeft aan dat met een toename van één schaalpunt er een 1,7 keer grotere kans is dat iemand zich eenzaam noemt. De monotonie van het verband tussen de twee instrumenten is niet perfect: het aantal ondervraagden met een schaalcore 9 dat zich niet eenzaam noemt, is iets groter dan het aantal ondervraagden met een schaalcore 8. Er zijn overigens weinig ondervraagden met hogere schaalcores, en deze resultaten kunnen op toeval berusten.

Cesuurbepaling

Voor het bepalen van de cesuur gebruiken we de frequentieverdeling van de schaalcore in combinatie met de zelfindicatie. Voor het onderscheid tussen niet en wel eenzaam gaan we uit van het percentage ouderen dat zich zelf indiceert als niet eenzaam (76%). We vergelijken dit met het cumulatieve percentage van de schaalcores. Als we interpoleren tussen de scores van de ordinale schaal komt dit percentage overeen

Tabel 1. Samenhang tussen de schaalcore en de zelfindicatie van eenzaamheid (rij percentages) (Association of Loneliness Scale scores and self-assessed level of loneliness (row percentages))

Schaalcore	Zelfindicatie							
	Niet		Matig		Sterk		Zeer sterk	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0	1375	94	83	6	2	0	2	0
1	622	89	72	10	1	0	0	0
2	348	80	85	20	1	0	0	0
3	215	63	126	37	3	1	0	0
4	140	53	118	45	5	2	0	0
5	85	46	88	47	9	5	4	2
6	44	32	82	60	9	7	1	1
7	31	33	51	56	5	6	5	5
8	7	13	38	68	9	16	2	4
9	11	19	34	61	8	15	3	5
10	2	4	26	55	14	30	5	12
11	3	6	24	56	9	21	7	17

met een schaalcore van 2,9. De cesuur is dan schaalcore 3, hetgeen aangeeft dat een schaalcore van 3 of hoger indicatief is voor eenzaamheid, en dat we bij een schaalcore lager dan 3 niet spreken over eenzaamheid. Als we de cesuur berekenen met de Jacobson-methode komt deze uit op 2,5, zodat ook dan een schaalcore van 3 of hoger indicatief is voor eenzaamheid.

Uitgaande van de nu bepaalde cesuur kunnen verschillende psychometrische eigenschappen van de eenzaamheidsschaal bepaald worden.²⁰ De sensitiviteit van de schaal is behoorlijk (0,74), hetgeen aangeeft dat van de ondervraagden die zichzelf als eenzaam indiceren 74% met de schaal ook als zodanig geïdentificeerd worden. De specificiteit geeft aan dat van degenen die zichzelf niet als eenzaam indiceren 81% met de schaal als zodanig geïdentificeerd worden. De positieve voorspellende waarde geeft aan dat van degenen die op basis van de schaalcore als eenzaam geïdentificeerd worden 56% zichzelf ook als zodanig indiceert. De negatieve voorspellende waarde geeft aan dat van degenen die op basis van de schaalcore als niet eenzaam geïdentificeerd worden 91% zichzelf ook als zodanig indiceert. De twee voorspellende waarden tezamen bekeken, betekent dit dat een score beneden de cesuur veel méér zekerheid geeft dat deze overeenkomt met de zelfindicatie dan een score van 3 of hoger.

Voor het onderscheid tussen matig en sterk eenzaam is het cumulatieve percentage voor matig eenzaam 97%, waarbij een cesuur 9 past. Voor het onderscheid tussen sterk en zeer sterk eenzaam is de cesuur 11. De Jacobson-methode geeft als cesuren 4,5 en 9,1. Oorzaak van de grote afwijkingen tussen de twee berekeningswijzen is waarschijnlijk de schending van de assumpties bij toepassing van de laatste methode: de scheefheid van de verdeling speelt een grote rol bij de hogere schaalcores. Daarom prefereren we de eerste methode. We merken op dat deze twee cesuren zijn bepaald op basis van gegevens van een gering aantal sterk en zeer sterk eenzame ondervraagden ($n = 75$ en 29), zodat deze mogelijk onnauwkeurig zijn. Wanneer we de drie cesuren (3, 9 en 11) toepassen, komen we op basis van de frequentieverdeling van de schaalcores tot 68% niet, 28% matig, 3% sterk en 1% zeer sterk eenzame ouderen.

In het voorgaande zijn we er van uit gegaan dat de drempelwaarde voor het zich identificeren als eenzaam gelijk is voor verschillende categorieën ondervraagden. Om de houdbaarheid van deze assumptie te onderzoeken, is de voorgaande logistische regressieanalyse van de zelfindicatie op de schaalcore uitgebreid met sekse, leeftijd, samenstelling van het huishouden in combinatie met burgerlijke staat, het aantal kinderen, de omvang van het persoonlijk relatienetwerk, de subjectieve gezondheid en de urbanisatiegraad van de buurt. Interactie-effecten van deze variabelen bleken niet significant. Wel blijkt dat oude-



ren die met een partner samenwonen een drie keer zo kleine kans hebben zich als eenzaam te identificeren als gemiddeld (zij hebben dus een hoge drempel), terwijl weduwen en weduwnaren een anderhalf keer grotere kans hebben en alleenwonende gehuwden een bijna drie keer grotere kans hebben. Kinderlozen hebben - tegen de verwachting in - een relatief hoge drempel (anderhalf keer kleinere kans), evenals ouderen met een goede subjectieve gezondheid (bijna twee keer kleinere kans).

Eenzaamheid in verschillende categorieën

Gegevens over de gemiddelde eenzaamheid en het percentage eenzamen in verschillende categorieën zijn in tabel 2 opgenomen. Mannen en vrouwen verschillen, en er zijn ook verschillen naar leeftijd. Beide effecten zijn echter niet meer significant wanneer gecontroleerd wordt voor het effect van andere variabelen.²¹ De verschillen in eenzaamheid zijn relatief groot wanneer we onderscheiden naar de samenstelling van het huishouden in combinatie met burgerlijke staat, netwerkcomvang en subjectieve gezondheid. Gecontroleerd voor onder meer de netwerkcomvang zijn er geen verschillen tussen kinderlozen en ouderen met kinderen. Ouderen op het platteland zijn iets minder eenzaam dan ouderen in verstedelijkte buurten.

Op basis van de gegevens in de tabel kunnen we de eenzaamheid in specifiekere categorieën schatten. We geven vier voorbeelden. Voor degenen die een groot netwerk hebben én met een partner samenwonen wordt de gemiddelde eenzaamheid geschat als 0,9. Dit is berekend als het algemeen gemiddelde (2,1) vermeerderd met de afwijkingen van dit gemiddelde voor de ouderen met 19 of meer netwerkleden (1,3 - 2,1) en voor de met een partner samenwonenden (1,7 - 2,1). Met een zelfde berekening wordt het percentage eenzamen in deze categorie geschat als 14. Deze schattingen kunnen afwijken van de gegevens omdat niet is gecontroleerd voor het effect van andere variabelen en geen rekening is gehouden met de (overigens niet significante) interactie-effecten. De afwijkingen zijn echter gering; de werkelijke waarden zijn respectievelijk 0,9 en 12. Voor ouderen die met een partner samenwonen en een klein netwerk hebben, wordt de gemiddelde eenzaamheid geschat als 2,8 en het percentage eenzamen als 41. Voor weduwen en weduwnaren met een klein netwerk wordt de gemiddelde eenzaamheid geschat als 4,2; van hen is 66% eenzaam. Als zij een groot netwerk hebben, wordt hun gemiddelde eenzaamheid geschat als 1,9; van hen is 39% eenzaam.

Discussie

Gewoonlijk wordt een cesuur bepaald door deskundigen. In afwijking hiervan hebben wij de cesuurbeoordeling voor de eenzaamheidsschaal gebaseerd op een zelfindicatie. Daarmee is, meer dan het geval is bij

een willekeurige bepaling, aangesloten bij de beleving van individuen. Zij worden daarmee als deskundig in hun eigen situatie gezien, waarmee een arbitraire bepaling van de cesuur is vermeden.²² Een schaalscore van 3 of hoger is indicatief voor een-

Tabel 2. Gemiddelde scores op de eenzaamheidsschaal (M) en percentage eenzamen voor verschillende categorieën; gestandaardiseerde ANOVA-coëfficiënten (β) (Mean scores on the Loneliness Scale and percentage lonely for various categories; standardized ANOVA coefficients (β)).

	N	Schaalscore			Eenzaam (op basis schaalscore)		
		Bivariaat M	Multivariaat M	Multivariaat β	Bivariaat %	Multivariaat %	Multivariaat β
<i>Allen</i>	3823	2.1			32		
<i>Sekse</i>				.01			.02
- man	1706	1.9	2.1		29	33	
- vrouw	2117	2.2	2.1		34	31	
<i>Leeftijd</i>				.02			.03
- 54-59 jaar	936	1.7	2.0		26	31	
- 60-69 jaar	1522	1.9	2.0		29	31	
- 70-79 jaar	999	2.5	2.2		39	35	
- 80-89 jaar	366	2.8	2.0		44	31	
<i>Samenstelling huishouden in combinatie met burgerlijke staat</i>				.23***			.22***
- met partner	2604	1.6	1.7		24	25	
- meerpersoons-huishouden zonder partner	172	2.6	2.3		39	35	
- alleenwonend, gehuwd	37	3.4	3.1		62	57	
- alleenwonend, ongehuwd	159	3.0	2.5		51	44	
- alleenwonend, gescheiden	185	3.3	3.0		49	45	
- alleenwonend, weduwstaat	666	3.2	3.1		52	50	
<i>Omvang persoonlijk relatiernetwerk</i>				.25***			.20***
- 0-6	759	3.4	3.2		52	48	
- 7-12	1153	2.3	2.2		36	35	
- 13-18	859	1.8	1.8		27	28	
- 19 of meer	1019	1.1	1.3		17	21	
<i>Kinderen</i>				.03			.02
- geen	524	2.7	2.3		43	35	
- wel	3297	2.0	2.0		30	32	
<i>Gezondheid</i>				.17***			.13***
- slecht, niet zo best, gaat wel	1290	2.9	2.7		44	41	
- (zeer) goed	2533	1.7	1.8		26	28	
<i>Urbanisatie</i>				.04*			.04
- platteland	1548	1.8	2.0		27	30	
- verstedelijkt	2275	2.3	2.2		35	34	

* $p < .05$; ** $p < .01$; * ** $p < .001$

zaamheid (matig, sterk of zeer sterk); lagere scores duiden op afwezigheid van eenzaamheid. Geschat wordt dat 32% van de ouderen eenzaam is. Dit percentage kan gespecificeerd worden met een tweede (schaalscore 9 of hoger) en derde cesuur (score 11): 28% is dan matig, 3% is sterk en 1% is zeer sterk eenzaam. Omdat de derde cesuur gebaseerd is op een gering aantal zeer sterk eenzamen is het te overwegen niet te onderscheiden tussen sterk en zeer sterk eenzamen. De op deze wijze berekende mate waarin eenzaamheid onder ouderen in Nederland voorkomt, wijkt sterk af van die gerapporteerd is in eerder onderzoek: daar werd een cesuur van 1 gehanteerd en werd gesteld dat tussen de 63% en 71% van de ouderen minstens matig eenzaam is.⁸⁻¹⁰ De hier ontwikkelde cesuur lijkt een hoger werkelijkheidsgehalte te hebben. Een indicatie hiervoor vinden we als we differentiëren naar de huishoudvorm en de grootte van het netwerk van persoonlijke relaties; zowel de afwezigheid van een partner als een klein netwerk worden algemeen beschouwd als de belangrijkste risicofactoren voor eenzaamheid. De gemiddelde schaalscore voor ouderen met een partner én een groot netwerk ligt ver beneden de cesuur, en die voor ouderen met een partner én een klein netwerk benadert de cesuur; met een partner samenwonende ouderen zijn derhalve overwegend niet eenzaam. Weduwen en weduwnaren met een klein netwerk hebben een gemiddelde schaalscore die boven de cesuur ligt en zijn derhalve overwegend eenzaam, terwijl weduwen en weduwnaren met een groot netwerk overwegend niet eenzaam zijn.

Eenzaamheid is gedefinieerd als 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. (...) Het gaat daarbij om een verschil tussen de gerealiseerde contacten met andere mensen en de contacten die men voor zich zelf zou wensen'.² Welke contacten men wenst, alsmede ook de evaluatie van de discrepantie tussen de gerealiseerde en gewenste relaties, wordt onder meer beïnvloed door maatschappelijke waarden.²³ In overeenstemming hiermee vonden we verschillende drempelwaarden voor specifieke categorieën ouderen. Omdat de cesuurbepaling voor de Nederlandse context in zijn geheel wordt voorgesteld, lijkt het echter vooralsnog raadzaam de cesuur te hanteren zoals vastgesteld voor alle ondervraagden tezamen.

Het nadeel van de gevolgde procedure is dat de globale bepaling van de proportie eenzamen gebaseerd is op gegevens verzameld met een directe vraag naar eenzaamheid, een psychometrisch zwak meetinstrument. Daartegenover staat dat deze gegevens voldoende samenhangen met die van een psychometrisch sterker instrument, en dat de uiteindelijke (individuele) bepaling gebaseerd is op dit laatste instrument. Een beperking van het onderzoek is dat de cesuurbepaling is gebaseerd op gegevens verzameld

in een mondelinge ondervraging; de items hadden drie (gedichotomiseerde) antwoordmogelijkheden. In schriftelijke ondervraging worden gangbaar vijf antwoordmogelijkheden gegeven. Het is bekend dat een schriftelijke afname hogere eenzaamheidsscores geeft dan een mondelinge.²⁴ Dit wordt verklaard doordat bij een schriftelijke afname de ondervraagden in een meer anonieme omgeving zijn en dan minder sterk de neiging hebben zich positief te presenteren.²⁵

De cesuur is ontwikkeld om inzicht te verkrijgen in de eenzaamheid van een populatie. Omdat de positieve voorspellende waarde vrij laag is, moet men voorzichtig zijn te stellen dat een individu eenzaam is wanneer hij een schaalscore van 3 of iets hoger heeft. Nog voorzichtiger moet men zijn wanneer men op basis van het al dan niet passeren van de cesuur wil vaststellen of de eenzaamheid van een individu in de tijd is veranderd.²² Een score net onder de cesuur verschilt namelijk niet veel van een score gelijk aan de cesuur, zeker niet als rekening gehouden wordt met de onbetrouwbaarheid van de meting. Er zijn dan ook betere methoden ontwikkeld om individuele verandering vast te stellen.^{18,26,27}

De voorgestelde cesuurbepaling is een voorlopige. Als geschikte gegevens beschikbaar zijn, kan worden nagegaan of de cesuur ook bruikbaar is wanneer de schaal schriftelijk afgenomen wordt met vijf antwoordmogelijkheden en wanneer andere populaties dan ouderen onderzocht worden. De indeling zal zich nog moeten bewijzen in de (onderzoeks-)praktijk waar bijvoorbeeld nagegaan kan worden of de voorgestelde indeling correspondeert met onafhankelijke waarnemingen van eenzaamheid van individuen of specifieke populaties. Dit is te meer van belang omdat de cesuur is bepaald met behulp van een instrument dat waarschijnlijk een relatief, ten opzichte van de schaal, hoge drempel heeft: eenzaamheid is een sociaal onwenselijk verschijnsel en een ondervraagde zal in antwoord op de directe vraag naar eenzaamheid dan ook niet snel antwoorden dat hij of zij eenzaam zijn. Dit leidt er toe dat toepassing van de voorgestelde cesuur mogelijk een onderschatting geeft van het aantal eenzamen, boven op een mogelijke onderschatting als gevolg van selectieve non-response. Culturele veranderingen, bijvoorbeeld een toenemend besef dat eenzaamheid ook kan voorkomen onder mensen die met een partner samenwonen, kunnen de drempelwaarde beïnvloeden. De voorgestelde cesuurbepaling is daarom tijdgebonden.

Dankbetuiging

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Ouderenbeleid. Deze publicatie is gebaseerd op gegevens die verzameld zijn in het onderzoekprogramma 'Leefvormen en sociale netwerken van ouderen'. Dit programma wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit te Amsterdam en het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut te Den Haag en is mede mogelijk



gemaakt door een bijdrage van het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek (NESTOR).

De handleiding voor de eenzaamheidsschaal kan worden opgevraagd bij de auteurs (TilburgTGvan@scw.vu.nl, Gierveld@nidi.nl).

Literatuur

1. Jong Gierveld J de. Personal relationships, social support, and loneliness. *J Social Personal Relationships* 1989; 6: 197-221.
2. Jong Gierveld J de. Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
3. Swanborn PG. Schaaltechnieken: Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures. Meppel: Boom, 1982.
4. Jong Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement* 1985; 9: 289-299.
5. Kooij LR. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden, 1988.
6. Tilburg TG van. Verkregen en gewenste ondersteuning in het licht van eenzaamheidservaringen. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam, 1988.
7. Bosma AMM, Corven J van. De geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen in Eindhoven: Een beknopt verslag van een gezondheidsonderzoek. GGD Eindhoven, 1988.
8. Aben DJM, Laperre-Rengelink M, Höppener RJE, Tabak C, Theunissen M, Lako CJ. De leefsituatie van zelfstandig wonende 65 tot 80 jarigen in de regio Geldrop-Valkenswaard. GGD Regio Geldrop-Valkenswaard, 1989.
9. Bos CA, Vries M de. Ouderenonderzoek Drenthe 1996. GGD Noord en Midden, Zuid-Oost en Zuidwest Drenthe, 1997.
10. Oude Vrielink P. Oud en wel beschouwd: Onderzoek naar gezondheid, welzijn en zorgbehoefte van zelfstandig wonende ouderen in de regio Nijmegen. GGD Regio Nijmegen, 1998.
11. König-Zahn C, Furer JW, Tax B. Het meten van de gezondheidstoestand (2), Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid: Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. Assen: Van Gorcum, 1994.
12. Drenth PJD, Sijtsma K. Testtheorie. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1990.
13. Linnemann MA. Een eenzaam (s)lot?: Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam, 1996.
14. Knipscheer CPM, Jong Gierveld J de, Tilburg TG van, Dykstra PA, eds. Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995.
15. Tilburg TG van. Delineation of the social network and differences in network size. In: Knipscheer CPM, Jong Gierveld J de, Tilburg TG van, Dykstra PA, eds. Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995: 83-96.
16. Dulk CJ den, Stadt H van de, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: De omgevingsadressendichtheid. CBS Maandstatistiek van de Bevolking 1992; 40: juli.
17. Broese van Groenou MI, Tilburg TG van, Leeuw ED de, Liefbroer AC. Data collection. In: Knipscheer CPM, Jong Gierveld J de, Tilburg TG van, Dykstra PA, eds. Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995: 185-97.
18. Lambregts BLM. Het meten van individuele verandering. Doctoraalscriptie Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, 1996.
19. Jacobson SN, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Cons Clin Psychol* 1991; 59: 12-9.
20. Glaros AG, Kline RB. Understanding the accuracy of tests with cutting scores: The sensitivity, specificity, and predictive value model. *J Clin Psychol* 1988; 44: 1013-23.
21. Jong Gierveld J de. A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Rev Clin Gerontol* 1998; 8: 73-80.
22. Dwyer CA. Cut scores and testing: Statistics, judgment, truth, and error. *Psychological Assessment* 1996; 8: 360-2.
23. Jylhä M, Jokela J. Individual experiences as cultural: A cross-cultural study on loneliness among the elderly. *Ageing and Society* 1990; 10: 295-315.
24. Leeuw ED de. Data quality in mail, telephone, and face to face surveys. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam, 1992.
25. Sudman S, Bradburn NM. Response effects in surveys: A review and synthesis. Chicago: Aldine, 1974.
26. Speer DC. Clinical significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *J Cons Clin Psychol* 1992; 60: 402-8.
27. Speer DC, Greenbaum PE. Five methods for computing significant individual client change and improvement rates: Support for an individual growth curve approach. *J Cons Clin Psychol* 1995; 24: 26-41.

Aanvaard: augustus 1999