

“Zolang ge maar gezond zijt en uwe man nog hebt”

Een empirische analyse van de welzijnservaring van 75-jarige Vlamingen¹

S. De Groof · M. Elchardus

Summary: As long as you're healthy and have your husband". An empirical analysis of the personal well-being of 75-year olds in Flanders.

Using data from a 2002 representative survey of Flemish 75-year olds (N=1457), the aim of the present study is to identify the structures in and causes of subjective well-being. The analyses reveal the great importance of good health. Respondents with a good physical and mental condition, who have a great deal of functional mobility and independence, do feel much better. Secondly, findings indicate that respondents who faced the loss of their partner, experience lower well-being. This explains the found gender differences. Women have lower perceived quality of life, mainly because of their greater susceptibility to widowhood. Furthermore, missing the former job and work role also contributes to lower levels of well-being. Finally, respondents who can cope financially, who feel satisfied with their social contacts and who spend their time in an active way, have higher personal well-being.

Samenvatting Dit artikel onderscheidt empirisch verschillende dimensies in de welzijnsbeleving en bestudeert de oorzaken van één van die dimensies, met name de persoonlijke welzijnsbeleving, bij Vlaamse 75-jarigen (N=1456). De analyses brengen het grote belang van een goede gezondheid aan het licht. Naarmate 75-jarigen een goede fysieke en mentale gezondheid hebben, en over voldoende functionele mobiliteit en onafhankelijkheid beschikken, hebben ze een veel positievere welzijnservaring. Ten tweede hebben respondenten die een verliessituatie hebben meegemaakt (in casu hun partner) een veel lager welzijn. Dit verklaart zelfs het gendereffect weg.

Vrouwen voelen zich minder goed, hoofdzakelijk omdat zij meer kans hebben om weduwe te zijn dan mannen. Verder vertonen 75-jarigen die hun werk en de arbeidsrol sterk missen lagere welzijnsscores. Respondenten die financieel goed rondkomen, die tevreden zijn met hun sociale contacten en die hun tijd actief doorbrengen, voelen zich tenslotte eveneens beter.

Keywords persoonlijk welzijn · malaise · gezondheid · sociale netwerken en participatie · loopbaan

Inleiding

Tijdens de voorbije halve eeuw werd in België om de vier jaar één jaar toegevoegd aan de levensverwachting. Deze steeg van 65.8 jaar in 1950 naar 78.3 in 2000; voor mannen van 63.2 naar 75.1 jaar, voor vrouwen van 68.4 naar 81.4 jaar.¹⁻² Daarom gaat steeds meer aandacht naar de kwaliteit van de jaren die aan het leven worden toegevoegd. Vanuit een medische, gerontologische, psychologische of sociologische invalshoek vraagt men zich af hoe men het welzijn van de oudere bevolking kan bevorderen.

‘Welzijn’ blijkt echter een veelomvattend en complex begrip. Er bestaat geen consensus over de juiste definitie ervan en die zal er waarschijnlijk ook nooit komen.

¹ Deze studie is gebaseerd op gegevens uit een grootschalig onderzoek naar het welzijn van Vlaamse 75-jarigen, het resultaat van een samenwerking tussen de Onderzoeksgroep TOR (Vakgroep Sociologie, VUB) (Prof. Dr. M. Elchardus, Prof. Dr. I. Glorieux, S. De Groof en A. Faelens), de Onderzoeksgroep Ontwikkelings- en Levenslooppsychologie (Vakgroep Psychologie, VUB) (Prof. Dr. I. Ponjaert-Kristoffersen en Prof. Dr. D. Verté) en de Vakgroep Menselijke Ecologie (Vakgroep Sociaal-Medische Wetenschappen, VUB) (Prof. Dr. J. Bernheim) in het kader van een geconcentreerde onderzoeksactie (GOA 19).

De gekozen definitie hangt immers af van de bedoelingen van het onderzoek en de discipline(s) waaruit de onderzoeker inspiratie put.³⁻⁷ Elk onderzoek dient dan ook aan te geven welke definitie wordt gehanteerd en waarom. In deze bijdrage schetsen we eerst heel bondig een theoretische begripsafbakening. Deze wordt dan, ten tweede, empirisch gevalideerd. Daarna wordt gespeurd naar de omstandigheden die welzijn bevorderen dan wel in de weg staan.

Begripsafbakening

Bij het definiëren van welzijn laten we ons leiden door het vertrouwde onderscheid tussen ‘objectief’ en ‘subjectief’ welzijn.⁸⁻¹¹ In de eerste benaderingswijze gaat men na in hoeverre het welzijn van mensen voldoet aan bepaalde criteria voor het hebben van een goed leven. Zo een definitie is onvermijdelijk normatief. De gangbare maatstaven of normen hebben betrekking op onder meer een goede gezondheid, een zekere mate van zelfstandigheid, voldoende maatschappelijke participatie en betrokkenheid. Die benaderingswijze mondt wel eens uit in de stelling dat succesvol ouder worden eigenlijk neerkomt op zo lang mogelijk jong blijven. Naarmate men minder mee kan in het gedragspatroon van de jongeren, wordt het leven minder de moeite waard geacht. Omdat ouderdom echter onvermijdelijk gepaard gaat met een verhoogde kans op ‘aftakeling’, ‘hulpbehoevendheid’ en ‘maatschappelijke terugtrekking’, betekent dit haast *per definitie* dat het leven op oudere leeftijd aan kwaliteit en welzijn verliest. Ook daarom al lijkt dit geen geschikte operationalisering van het concept ‘welzijn’ (bij ouderen). De criteria van welzijn die in deze objectieve of normatieve benaderingswijze worden voorgesteld, kunnen overigens ook worden beschouwd als determinanten van de welzijnsbeleving.

De tweede, subjectieve, benadering richt de aandacht precies op die welzijnsbeleving, en gaat eigenlijk na hoe mensen zich voelen.¹²⁻¹⁴ In de welzijnservaring worden doorgaans twee aspecten onderscheiden.^{5,11,15} In de eerste plaats wordt een stand van zaken in het leven afgewogen naar een aantal door het individu gehanteerde maatstaven: ‘Heb ik bereikt wat ik wilde bereiken?’, ‘Zit mijn leven zo in elkaar als ik het me had voorgesteld?’, ‘Ben ik tevreden met mijn leven?’, enzovoort.¹⁶⁻¹⁷ Daarnaast kunnen mensen zich, in de situatie waarin zij zich bevinden, in mindere of meerdere mate gelukkig voelen.¹⁸ Men kan dat onderscheid ook weergeven door te stellen dat het subjectief welzijn of de welzijnservaring een meer evaluatieve, reflectieve of cognitieve component en een meer affectieve component omvat. Naast deze twee componenten onderscheiden Reker en Wong ook nog

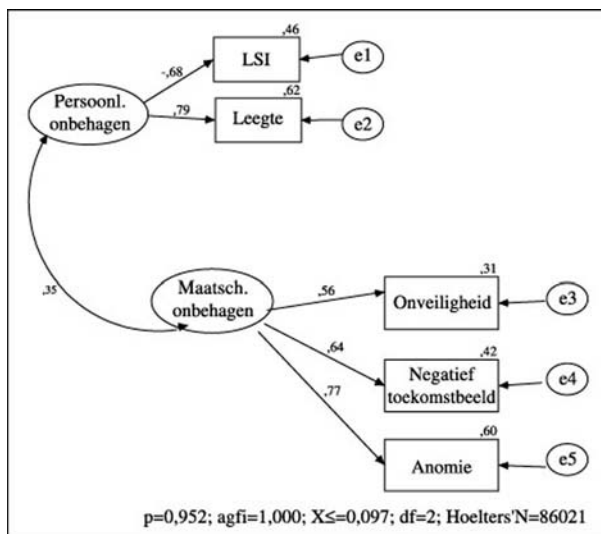
een motivationele component:⁸⁰ ‘Welke doelen zijn er nog in mijn leven?’. Wij richten ons hier op de eerste twee belevingscomponenten en niet op de derde meer actiegerichte component.

Dit subjectief welzijnsbegrip lijkt ons bij onderzoek bij een oudere bevolkingsgroep wenselijker, omdat het minder normerend is en een beter onderscheid tussen het ervaren welzijn en de oorzaken daarvan toelaat. (Zie onderstaande voetnoot.²) Veroudering kan gepaard gaan met een verminderde levensvreugde en –satisfactie, maar dit is niet noodzakelijk het geval. Ondanks afnemende gezondheid kan iemand toch gelukkig blijven, onder meer door processen van optimalisatie en compensatie op andere vlakken.^{5,19-20} Ouderen ervaren het optreden van beperkingen in zelfredzaamheid en mobiliteit vaak als onvermijdelijk. Succesvol oud worden is volgens velen van hen daarom een kwestie van ‘je gelukkig voelen ondanks beperkingen’ en ‘tevreden zijn met het leven’.²¹

Die subjectieve operationalisatie van het begrip richt echter heel sterk de aandacht op de ervaringen, gevoelens en evaluaties van een geïsoleerd persoon en koppelt die persoon, via de vraagstelling, daarom los van zijn omgeving. Een aantal auteurs wijst op het belang van een persoonlijk evenwicht, zowel innerlijk (in termen van tevredenheid, geluk en invulling van het leven) als in de relatie tot de samenleving.²² Een individu moet in die zin niet alleen vrede nemen met zichzelf en het eigen leven, maar moet ook de samenleving rondom zich op een zinvolle manier kunnen plaatsen en moet zich in die samenleving een zinvolle plaats kunnen geven.^{10,23-24} De laatste jaren gaat vanuit die overweging steeds meer aandacht naar de beleving van de omgevende samenleving, ook wel het maatschappelijk welbehagen (of omgekeerd, onbehagen) geheten.²⁵⁻²⁷

In dit artikel zijn we geïnteresseerd in de welzijnsbeleving en in de determinanten ervan. De welzijnsbeleving wordt in de volgende sectie benaderd vanuit zowel de evaluatie van het eigen leven als via de kijk op de omgevende samenleving.

² Tegen de subjectieve welzijnsbenadering worden eveneens bezwaren geuit. Een aantal auteurs merkt op dat de schalen die peilen naar het subjectief welzijn strikt gezien niet naar het persoonlijke welzijn peilen.⁸¹ Om hun eigen welzijn te evalueren, vergelijken respondenten zich immers met referentiegroepen waartoe ze zich rekenen (het aspiratieniveau van ouderen zou in die zin aangepast zijn aan nieuwe omstandigheden). Als dusdanig wordt met de schaal eigenlijk geen onderzoek gedaan naar het persoonlijke welbevinden, maar naar het welbevinden binnen de sociale context waarin het individu zich bevindt. We menen evenwel dat een dergelijke benadering te verdedigen valt. Subjectieve percepties vormen voor de handelende persoon immers de wereld waarin hij of zij leeft en waarop hij of zij reageert. Subjectieve maten geven dan ook een goed beeld weer van de ervaren werkelijkheid en bepalen doorgaans de sociologische gevolgen.



Figuur 1 Confirmatorische factoranalyse op onbehagen (confirmatory factor analysis on discomfort)

De gebruikte onderzoeksgegevens en de definitie van welzijn

De gebruikte gegevens en respons

De analyses zijn gebaseerd op een grootschalig onderzoek naar het welzijn (in de ruime zin) van Vlaamse 75-jarigen.²⁸ Om de condities van welzijn te onderzoeken werd geopteerd voor een steekproef waarin de leeftijd van de respondenten rigoureus werd gecontroleerd. Daartoe werd een random bloksteekproef getrokken in 69 gemeenten. De dataverzameling liep van 7 januari tot 15 augustus 2002, door middel van *face-to-face*-interviews afgenomen door daartoe speciaal opgeleide enquêteurs. In het totaal werden 1456 bruikbare enquêtes van 75-jarigen verzameld.

De respons bedroeg 67%. 5.8% van de gecontacteerde respondenten stelde niet mee te willen of te kunnen werken wegens ziekte. Deels kan dit een vorm van verborgen weigeringen inhouden (respondenten die ziekte als excuus of reden gebruiken om niet mee te werken), maar hoofdzakelijk zal het hier effectief gaan om respondenten die te ziek zijn om mee te werken. We moeten er bij de interpretatie van de resultaten dan ook rekening mee houden dat de minst gezonde 75-jarigen mogelijk niet in onze steekproef aanwezig zouden kunnen zijn. Om te grote vertekeningen te voorkomen, werd de databank – vooral eer we met de eigenlijke analyses begonnen – uiteraard zorgvuldig gewogen. De beste manier om uitsluitel te krijgen over de kwaliteit van de steekproefsamenstelling en de kwaliteit van de onderzoeksgegevens, is het vergelijken van gekende bevolkingskenmerken (kenmerken van de Vlaamse 75-jarigen) met kenmerken van onze

onderzoeksbevolking (onze respondenten). Over- en ondervertegenwoordigingen kunnen op die manier via wegingscoëfficiënten worden gecorrigeerd. Bij het bepalen van de wegingscoëfficiënten werd rekening gehouden met het geslacht, het opleidingsniveau, de regionale spreiding en de tewerkstellingsgeschiedenis. Onze wegingscoëfficiënten stijgen nergens boven de 1.66, en zijn dus – gezien de omvang van onze steekproef – niet problematisch.²⁸

In tabel 1 (zie verder) wordt de verdeling van de steekproef volgens sekse, opleiding en burgerlijke staat gegeven.

De meetinstrumenten

Indicatoren van het subjectief welzijn

Voor het meten van het subjectief welzijn vanuit het persoonsbetrokken perspectief gebruiken we in dit onderzoek ten eerste de LSI-schaal (*Life Satisfaction Index*). Deze werd ontwikkeld om het persoonlijk subjectief welzijn te meten van oudere mensen.²⁹ De schaal peilt naar geluk en de tevredenheid met het leven, zowel terugblikkend op het verleden als vandaag de dag. De LSI-schaal bundelt dus de evaluatieve en affectieve componenten van het subjectief welzijn. Deze schaal (bestaande uit 20 items) wordt zeer frequent gebruikt in gerontologisch onderzoek.³⁰ Toch heeft zij een aantal belangrijke tekortkomingen.³¹ Neugarten en collega's bouwden de LSI-schaal op aan de hand van vijf (deel) aspecten, namelijk: (1) levenslust versus apathie; (2) vastberadenheid en zelfbeheersing; (3) overeenstemming tussen aspiraties en hetgeen men daadwerkelijk bereikte; (4) positief zelfbeeld; en (5) gemoedstoestand. De auteurs ondernamen evenwel geen pogingen om te verzekeren dat de vijf vooropgestelde componenten ook daadwerkelijk gemeten werden door de items. Deze vijfdimensionale structuur hield in later onderzoek dan ook niet stand, vaak dienden zelfs schalen te worden gemaakt met minder dan de helft van de oorspronkelijke items.³¹

Een confirmatorische factoranalyse leverde ons een eendimensionale, inhoudelijk consistente schaal op, samengesteld uit 11 van de 20 items. De zo bekomen schaal had een goede fit: $p=0.767$; $agfi=0.992$; $\chi^2=15.17$; $df=20$; Hoelers' $N=2471$. Deze door ons geconstrueerde LSI-schaal (met Cronbach's alfa = 0,82) peilt enerzijds naar de satisfactie met wie men is, wat men doet en bereikt heeft in het leven. Anderzijds peilt de schaal naar de mate waarin de ouderen zich oud en treurig voelen dan wel gelukkig zijn.

Naast de LSI-schaal namen we ook een meer specifieke schaal op voor het meten van leegte in het leven. Dit is een aanpassing van de eenzaamheidsschaal ontwikkeld door De Jong-Gierveld.³² Deze schaal peilt evenwel niet zozeer of alleszins niet uitsluitend naar eenzaamheid,

maar veeleer naar een gevoel van leegte, dat zich uit in verveling, traagheid, langdradigheid, een weinig zinvolle invulling van het leven, weinig gezelligheid en animatie in het leven (Cronbach's alfa = 0,88).

Als meetinstrumenten voor het peilen naar de welzijnservaring in de relatie tussen het individu en de omgevende samenleving gebruikten we drie indicatoren. De eerste daarvan is een anomieschaal. Deze schaal stoelt op het concept 'anomie' dat door Srole in 1956 werd beschreven.³³⁻³⁴ De door ons gebruikte anomieschaal is een reductie van het oorspronkelijke concept, dat voornamelijk naar gevoelens van (maatschappelijke) machteloosheid en achteruitgang peilt ("Alles is tegenwoordig zo verwarrend dat ik echt niet meer weet hoe het eigenlijk moet.") (Cronbach's alfa = 0,86).³⁵ Verder namen we in dit onderzoek een onveiligheidsschaal op, die gevoelens van onveiligheid, van angst, kwetsbaarheid en weerloosheid ten opzichte van bedreigingen weergeeft ("Het is vandaag de dag te onveilig om 's avonds op straat te komen.") (Cronbach's alfa = 0,86).^{27,36} Tenslotte peilden we ook naar het beeld van de respondenten over de toekomst van de samenleving ("Ik denk dat het met dit land en de wereld verder bergaf zal gaan.") (Cronbach's alfa = 0,77).

De frequentieverdelingen van de welzijnsmaten vanuit het persoonsbetrokken perspectief zijn in bijlage weergegeven. Voor de technische bespreking van de welzijnsmaten vanuit het maatschappelijk perspectief verwijzen we naar het verschenen rapport.⁸²

De welzijnservaring

Op basis van de wetenschappelijke literatuur en de discussies over het begrip 'welzijn' hebben we vijf mogelijke aspecten van het subjectief welzijn onderscheiden. Twee daarvan houden meer verband met het persoonsgebonden welzijn, drie andere met de beleving van de samenleving en van de eigen positie in die samenleving. De vraag stelt zich derhalve of het inderdaad gaat om vijf aspecten van hetzelfde verschijnsel of we daarentegen binnen die variabele ervaringen verschillende dimensies dienen te onderscheiden. Om op die vraag een empirisch antwoord te geven, hebben we een confirmatorische factoranalyse op de opgenomen welzijnsindicatoren uitgevoerd (zie figuur 1). Uit die analyse blijkt dat we in de ervaring van de onderzochte 75-jarigen, twee dimensies dienen te onderscheiden.

Een van die dimensies geeft het persoonsgebonden welzijn (of omgekeerd onwelzijn) weer. Deze maat omvat de *Life Satisfaction Index* en de schaal die de ervaren leegte van het leven meet. Het persoonlijk subjectief welzijn van de respondenten blijkt te worden bepaald door een samenhangende set van factoren,

zijnde tevredenheid met het voorbije alsook het huidige leven, geluk en voldoening, en genoeg invulling van het leven. Soms worden levenssatisfactie en ervaren leegte apart beschouwd, en probeert men de levenstevredenheid en levensvreugde van ouderen te verklaren door de gevoelens van leegte in het leven.²³ Deze aspecten hangen echter conceptueel en empirisch zo sterk samen, dat zij beter als één dimensie worden beschouwd.³⁷ Daarom lijkt het ons niet aangewezen het ene aspect door het andere te verklaren. We werken dan ook liever met de volledige component, die men als een metafactor voor (en een betere meting van) het persoonlijk welzijn (of onbehagen) kan beschouwen.

De tweede dimensie omvat de welzijnsaspecten die verband houden met de wijze waarop het individu zijn maatschappelijke omgeving percipieert. Zij omvat de veiligheidsgevoelens, het toekomstbeeld en de gevoelens van anomie. We zullen die twee dimensies van welzijn respectievelijk persoonlijk welbehagen (of onbehagen) en maatschappelijk welbehagen (of onbehagen) noemen. Ouderen die zich maatschappelijk onbehaaglijk voelen, hebben, kort samengevat, een gebrek aan houvast in de samenleving, voelen zich maatschappelijk machteloos en onzeker, begrijpen de snel veranderende samenleving niet meer. Dergelijke gevoelens brengen angst, pessimisme en wantrouwen in de toekomst met zich mee.

Deze twee dimensies zijn aan elkaar gerelateerd ($r = 0.35$), maar te zwak om van één overkoepelende welzijnsdimensie te kunnen gewagen. Dit is op zich een belangwekkende bevinding. Zij houdt in dat het maatschappelijk onbehagen (van de oudere bevolking) niet zonder meer kan worden beschouwd als een gevolg van een gebrek aan persoonlijke welzijnservaring. Het persoonlijke en maatschappelijke welzijn van ouderen zijn gerelateerd, maar niet tot elkaar te herleiden. Die vaststelling pleit ervoor ze conceptueel en analytisch te onderscheiden.

Omdat het om twee te onderscheiden dimensies gaat, beperken we ons in deze bijdrage tot het zoeken naar de determinanten van het persoonlijke welzijn. Het maatschappelijke onbehagen blijft hier verder buiten beschouwing.⁸³

De voorwaarden van persoonlijk welzijn

Zoals ook al bleek uit vroeger onderzoek, voelen de 75-jarige respondenten zich vrij goed (zie bijlage).^{5,38-40} Men moet in het achterhoofd houden dat het persoonlijk welzijn een subjectieve maat is. Om hun eigen welzijn te evalueren, vergelijken de respondenten zich immers met referentiegroepen waartoe ze zich rekenen, in de meeste gevallen zullen dit leeftijdsgenoten zijn. Dit kan de hoge

scores op persoonlijk welzijn deels verklaren. Het is immers mogelijk dat de ouderen hun aspiratieniveau hebben aangepast aan hun mogelijkheden en daardoor hogere niveaus van persoonlijk welbehagen rapporteren. Dit betekent echter niet dat er onvoldoende variatie zou zijn in de mate van persoonlijk welzijn en dat de maat daarom triviaal of onbruikbaar zou zijn. In deze analyse gaat de aandacht immers niet naar die algemene niveaus van welbehagen, wel naar de verschillen in relatief niveau binnen de groep oudere respondenten. De respondenten zijn vooral zeer tevreden over hun verleden, en wat ze allemaal bereikt hebben. De meerderheid van de respondenten staat nog steeds achter hun genomen beslissingen en bereikte hetgeen ze verwachtten van het leven. De 75-jarigen stellen zich evenwel wat sceptischer op tegenover het heden, zeker in vergelijking met vroeger menen ze er wat op achteruit te zijn gegaan. Dit betekent echter niet dat ze het hoofd laten zakken. De ruime meerderheid van de 75-jarigen zit niet vaak in de put en vindt dan ook niet dat dit de treurigste tijd is van hun leven. Zij stellen daarentegen dingen om handen te hebben, die niet (té) eentonig en vervelend zijn.

In tabel 1 wordt de gemiddelde score op de schaal 'persoonlijk welzijn' weergegeven volgens het geslacht, het opleidingsniveau en de burgerlijke staat van de respondenten. Vrouwelijke 75-jarigen blijken zich minder goed te voelen dan mannelijke 75-jarigen. Dit is geen verrassende vaststelling. Sociologisch onderzoek brengt traditioneel aan het licht dat vrouwen een lager persoonlijk welzijn en zelfbeeld hebben dan mannen. Dit geldt voor jongeren evenals volwassenen.^{32,39,41} In de oudere leeftijdscategorieën worden vrouwen evenwel als extra kwetsbaar beschouwd.³⁸ Ze zijn vaker lager opgeleid, hebben minder vaak kansen gehad om een volledig pensioen op te bouwen, hebben vaker te kampen met verliessituaties, etc. In bovenstaande tabel zien we verder ook dat het persoonlijk welzijn stijgt met het opleidingsniveau. Op een schaal die van 0 tot 100 loopt, hebben lager opgeleiden een gemiddelde score van 72.20 tegenover 80.59 bij de hoger opgeleiden. Ook lager opgeleide ouderen worden tot een kwetsbare categorie beschouwd. Ze hebben het doorgaans financieel minder breed, zijn minder actief en hebben een slechtere gezondheid en lagere levensverwachting dan hoger opgeleiden.⁴¹⁻⁴² Tenslotte valt uit tabel 1 ook af te leiden dat naarmate respondenten nog met hun partner samenleven, ze een hogere welzijnsbeleving rapporteren. 75-jarigen die hun partner hebben verloren, voelen zich het minst goed. Verder in het artikel kunnen we nagaan of al deze verschillen ook standhouden na controle voor overige belangrijke factoren.

Tabel 1 Verdeling van de steekproef volgens sekse, opleiding en burgerlijke staat; alsook gemiddelde score op de schaal persoonlijk welzijn (somschaal die loopt van 0 tot 100) volgens sekse, opleiding en burgerlijke staat (N = 1405) (Sample distribution according to sex, education and marital status; as well as mean scores on the scale 'personal well-being', sum scale 0-100)

	% in steekproef	Gemiddelde score op persoonlijk welzijn
<i>Sekse</i>		
Man	46,2	77,38
Vrouw	53,8	71,03
<i>Opleiding</i>		
Lager opgeleid (tot en met lager secundair onderwijs)	79,1	72,20
Hoger opgeleid (vanaf hoger secundair onderwijs)	20,9	80,59
<i>Burgerlijke staat</i>		
Gehuwd of samenwonend	66,7	78,72
Ongehuwd of gescheiden	6,3	72,33
Weduwe/weduwnaar	27,0	62,59
Totaal	100,0	73,98

De drie variabelen zijn statistisch significant ($p < 0,001$).

Wat bevordert nu het subjectief welzijn van ouderen? In de literatuur vinden we een aantal weerkerende verklaringen terug. We bespreken deze achtereenvolgens (de beschrijving van de gebruikte schalen of variabelen wordt in tabel 2 weergegeven).

Gezondheid

Hoewel men het erover eens is dat het welzijn van ouderen niet louter tot gezondheidsaspecten mag worden herleid, laat binnen- en buitenlands onderzoek er geen twijfel over bestaan dat gezondheid één van de belangrijkste determinanten van het persoonlijke welzijn van oudere mensen is. Ouderen met een goede (fysieke en mentale) gezondheid, die niet te veel functionele beperkingen ondervinden en als dusdanig voor hun doen en laten niet (fysiek) afhankelijk zijn van anderen, voelen zich op alle vlakken beter dan zij die te kampen hebben met een slechte of afnemende gezondheid.^{14,38,41,43-44} De betrokken personen zijn zich daar trouwens van bewust. Uit kwalitatief onderzoek, waarbij ouderen zelf wordt gevraagd naar de mogelijke determinanten van hun welzijn, komt naar voor dat (een goede) gezondheid beschouwd wordt als een doorslaggevende conditie.^{5,10,45-46}

Gezondheid werd in dit onderzoek gemeten aan de hand van de MOS-schaal (*Medical Outcomes Study*).⁴⁷ In navolging van de gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, wordt in deze schaal zowel

Tabel 2 Beschrijving opgenomen schalen of variabelen (Description of the scales or variables included in the analysis)

Schaal	Min.	Max.	Gemid.	Std.dev.	α
Persoonlijk welzijn					
LSI-schaal (somschaal 0-100)	0	100	72,84	26,10	0,82
Ervaren leegte in het leven (somschaal 0-100)	0	100	26,93	20,48	0,88
Huidige persoonlijke welzijn (somschaal 0-100)	4,55	100	73,98	19,18	0,66
Gezondheid					
Huidige gezondheid (MOS) (factorscoreschaal)	-2,59	1,50	0,00	1,00	0,76
Aantal dagen ziekenhuisopname in laatste jaar	0	210	3,96	14,81	/
Aantal dagen bedlegerig in laatste jaar	0	365	5,62	30,42	/
Arbeid en loopbaan					
Mate waarin werk wordt gemist (somschaal 0-100)	0	100	23,24	20,42	0,79
Duur post-activiteit (in jaar)	3	58	20,81	11,79	/
Actieve en productieve tijdsbesteding					
Actieve vrijetijdsbesteding en participatie (factorscoreschaal)	-1,87	3,56	0,00	1,00	0,60
TV-kijken (gemiddelde tijd per dag)	0:00	14:00	3:46	1:43	/
Sociale netwerken					
Sociale isolatie (dummy)	0	1	0,15	0,35	/
Gesprek van min. 10 minuten gevoerd in laatste week (dummy)	0	1	0,78	0,42	/
Tevredenheid met sociale contacten (somschaal 0-100)	0	100	76,66	20,20	0,90
Hebben van kinderen (dummy)	0	1	0,88	0,32	/
Hebben van kleinkinderen (dummy)	0	1	0,84	0,37	/
Hebben van huisdieren (dummy)	0	1	0,35	0,48	/
Praktiserend katholiek (dummy)	0	1	0,36	0,48	/
Niet-praktiserend katholiek (dummy)	0	1	0,51	0,50	/
Vrijzinnig of andersgelovig (dummy)	0	1	0,06	0,24	/
Ongelovig of onverschillig (dummy)	0	1	0,07	0,25	/
Welvaart en zekerheid					
Huidige financiële situatie (princalsschaal)	-2,33	1,61	-0,01	1,05	/
Tevredenheid met financiële situatie (dummy)	0	1	0,73	0,44	/
Voorzieningen in woning (princalsschaal)	-4,66	0,55	-0,03	1,02	/
Tevredenheid met woning (dummy)	0	1	0,94	0,22	/
Tevredenheid met buurt (dummy)	0	1	0,94	0,23	/

aandacht besteed aan de lichamelijke dimensie van gezondheid, als aan de geestelijke en de sociale. De MOS-schaal bestaat uit zes samenhangende subdimensies, namelijk het lichamenlijk functioneren (de mate waarin de gezondheid het uitvoeren van bepaalde activiteiten toelaat, zoals zich aankleden, boodschappen dragen of wandelen), het rol-functioneren (de mate waarin de gezondheid het voltrekken van dagdagelijkse activiteiten toelaat, zoals het huishouden), het sociaal functioneren (de mate waarin de gezondheid het voltrekken van sociale activiteiten toelaat, zoals op bezoek gaan of mensen ontvangen), de geestelijke gezondheid (de algemene gemoedstoestand), de ervaren gezondheid (algemeen oordeel over de huidige gezondheid), en de ervaren lichamenlijke pijn. Een confirmatorische factoranalyse wees uit dat deze aspecten één dimensie vormen (met goede fit: $p = 0.53$; $agfi = 0.997$; $\bar{\chi}^2 = 3.2$; $df = 4$; Hoelters'N = 4205).

Naast de MOS-schaal werd ook gepeild naar het aantal dagen dat de respondent in het afgelopen jaar bedlegerig en/of in het ziekenhuis opgenomen was.

Arbeid en loopbaan

Betaalde arbeid is vanzelfsprekend een inkomensbron, maar vervult daarnaast ook een tijdsstructurende functie, is een bron van persoonlijke status en identiteit, vormt een context voor sociale interactie en zorgt voor voldoening.⁴⁸ Er is veel onderzoek gedaan naar de manier waarop ouderen de (plotse) overgang naar pensionering en de pensioneringsrol beleven. Oorspronkelijk dacht men dat de pensionering alleen maar negatieve gevolgen kon hebben voor de gezondheid, de tijdsbesteding, het welzijn, enz. Later bleek evenwel dat gepensioneerden vaak een positieve houding hebben ten opzichte van de pensionering en dat de meerderheid

hun draai wel kan vinden.^{2,49-50} We zijn vandaag getuige van een nieuwe, ingrijpende evolutie. De postactieve levensfase breidt zich heel snel uit omdat zij in twee richtingen wordt verlengd. Aan de ene kant door een vroege pensionering, aan de andere kant door een stijgende levensverwachting. De huidige vroeggepensioneerden kijken aan tegen een post-actieve periode die ruim meer dan een derde van hun leven zal beslaan.² Naast beslommingen over de financiële en economische implicaties van een dergelijke lange post-actieve levensfase, rijzen er ook vragen over de manier waarop mensen ermee omgaan. Over de effecten die de duur van pensionering heeft op het welzijn is nog nagenoeg niets gekend. De schaarse onderzoeken brengen daarenboven geen consistente bevindingen aan het licht. Terwijl sommige auteurs negatieve effecten constateren van de duur van de pensionering op het (persoonlijke) welzijn van ouderen,¹⁷ merken anderen totaal geen invloed van de lengte van pensionering.^{43,51-52} Dit onderzoek biedt ons de mogelijkheid na te gaan welke de invloed is van de duur van (professionele) inactiviteit op het welzijn van 75-jarigen, alsook van de mate waarin bepaalde aspecten van het werk worden gemist (het inkomen, maar ook de sociale contacten, het gevoel nuttig te zijn, de dagelijkse routine), en die dus in de pensioneringsrol niet volledig worden ingevuld.

Actieve en productieve tijdsbesteding

Terwijl in de productieve levensjaren de beroepsarbeid en directe zorg voor de kinderen centraal staan, worden de opvulling en zinvolle besteding van de vrijgekomen tijd in de oudere levensfase belangrijk. Er is in het verleden veel onderzoek verricht naar de relatie tussen de activiteitsgraad van bejaarden en hun levenstevredenheid. Aanhangers van de *disengagement theory*,⁵³ beweren dat oudere mensen die geleidelijk aan hun sociale rollen en actieve deelname aan het maatschappelijk leven afbouwen, gelukkiger zijn dan diegenen die proberen hun vroegere leven verder voort te zetten. Empirisch onderzoek geeft evenwel meer steun aan de *activity theory*, die poneert dat participatie aan (vrijtijds)activiteiten de beste manier is om succesvol ouder te worden. Het deelnemen aan fysieke, sportieve, sociale dan wel recreatieve activiteiten zou gepaard gaan met een hogere mate van levenssatisfactie,⁵⁴⁻⁵⁵ een hogere graad van emotioneel welzijn en minder kans tot depressie,⁵⁶ meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld.^{55,57} Activiteiten kunnen ouderen de mogelijkheid bieden zichzelf (zinvol) bezig te houden, zich (creatief) uit te drukken en (opnieuw) een plaats in de samenleving in te nemen.⁵⁶ Recent werd de belangstelling voor *active aging* aangevuld met aandacht voor *productive aging*. Met dat begrip wordt de betekenis

van productiviteit bij ouderen verbreed van louter *participatie aan de arbeidsmarkt* naar de *participatie aan (betaalde of onbetaalde) activiteiten* die goederen of diensten produceren die waardevol zijn voor de samenleving.⁵⁸ Naast betaalde arbeid kan dit sociale participatie, vrijwilligerswerk en (informele) zorgverlening inhouden. Door het kiezen voor dergelijke, resultaatgerichte activiteiten die daarenboven een mate van competentie veronderstellen, een persoonlijke investering vereisen en dikwijls sociale interactie impliceren, zouden gevoelens van persoonlijke en maatschappelijke hulpeloosheid en machteloosheid kunnen worden tegengegaan.⁵⁴⁻⁵⁵

In dit onderzoek werd de actieve en productieve tijdsbesteding uitvoerig bevestigd. Ten eerste peilden we naar de actieve vrijetijdsbesteding van de ouderen. Het gaat hierbij om de mate waarin de respondenten een aantal vrijetijdsactiviteiten verrichten (zoals lezen, computeren, sporten, cursussen volgen, naar toneel gaan, reizen of uitstappen maken, tuinieren, wandelen of fietsen, iets gaan drinken of eten, etc). Ten tweede peilden we naar de maatschappelijke participatie van de respondenten, met name het (actief) lidmaatschap van verenigingen, de deelname aan het vrijwilligerswerk, de levensbeschouwelijke participatie en de zorgverlening binnen het eigen netwerk (zorg voor kleinkinderen, ouders, zieke vrienden of familieleden, etc.). Nadere analyse leerde ons dat al deze aspecten onderling sterk samenhangen. Respondenten die in hun vrije tijd actief bezig zijn met sport, cultuur of amusement hebben meer kans ook in het verenigingsleven of het vrijwilligerswerk geëngageerd te zijn; vrijetijdsbesteding en middenveldwerking hebben een sterke onderlinge correlatie van 0.434. Om problemen van multicollineariteit te vermijden hebben we de *actieve participatie en tijdsbesteding* van de respondenten dan ook aan de hand van een samengestelde maat gemeten, die al deze deelaspecten overkoepelt. Daarnaast hebben we ook gepeild naar de mate of frequentie waarin de 75-jarigen TV kijken. Het televisiekijken wordt apart in de analyse ingebracht, omdat onderzoeken aan het licht brengen dat de televisie een dominante plaats inneemt in de vrijetijdsbesteding van ouderen,⁵⁹⁻⁶⁰ en er vele vragen rijzen rond het effect van een dergelijke lange 'blootstelling' (gemiddeld zitten Vlaamse 75-jarigen drie uur en drie kwartier per dag voor de buis).

Sociale netwerken

Ook het ingebed zijn in een netwerk van informele relaties zou positieve effecten hebben op het welzijn en de levenstevredenheid van ouderen.⁶¹⁻⁶⁴ Vaak wordt het informeel netwerk van mensen op twee manieren bestudeerd.⁶⁵ De eerste manier bekijkt de *kwantiteit* van de contacten, of de soort en frequentie van de sociale

contacten: met wie heeft men contacten en hoe vaak? De tweede werkwijze peilt naar de *kwaliteit* van de contacten, met name naar de mate waarin steun (emotioneel, instrumenteel) aanwezig is in het netwerk. Beide aspecten houden positief verband met het persoonlijk welzijn van ouderen.⁶² Een aantal onderzoeken vond evenwel dat de kwaliteit van de contacten en de beschikbare steun binnen die contacten, van groter belang is dan de kwantiteit van de contacten.⁶⁶⁻⁶⁷ Alweer bleek evenwel dat deze aspecten onderling sterk samenhangen. Daarom hebben we op basis van de frequentie van en de steun binnen de contacten een samengestelde indicator van sociale isolatie aangemaakt. Respondenten die (1) hun kinderen hoogstens één keer per maand zien (of geen kinderen hebben), en hun siblings, vrienden/kennissen en burens minder dan één keer per maand zien; en/of (2) geen enkele (instrumentele) steun van hun sociaal netwerk stellen te kunnen verwachten, worden als sociaal geïsoleerd beschouwd. 15% van de 75-jarigen is volgens deze definitie eenzaam (zie tabel 2). Verder vroegen we de respondenten ook of ze in de week van de bevraging een gesprek van minimum 10 minuten hadden gevoerd.

Een aantal auteurs beschouwt tevens de beoordeling van de sociale contacten als behorend tot het informeel netwerk. Hun onderzoeken toonden immers aan dat de subjectieve evaluatie van de kwaliteit van sociale relaties eveneens een belangrijke predictor van het welzijn is.^{41,68-69} Daarom peilden we ook naar de tevredenheid van de respondenten met hun sociale contacten (met (klein)kinderen, andere familieleden, vrienden, burens).

Een uitermate belangrijk aspect van het relatiepatroon van de mensen is de aanwezigheid van een levensgezel of partner. Uiteraard wordt ook daarmee rekening gehouden in de modellen. Onderzoek wees immers uit dat ouderen die een partner verliezen, vaak een zeer moeilijke schok te verwerken krijgen, wat zijn weerslag vindt in een knik in het subjectief welzijn.^{41-44,70} Niet alleen ouderen die geconfronteerd worden met een verliessituatie vertonen lagere niveaus van welbehagen, ook bejaarden die kinderloos zijn, zouden zich minder goed voelen vergeleken met ouderen die wel kinderen hebben.⁴³

Verder vroegen we de respondenten ook of ze over huisdieren beschikten. In sommige onderzoeken meent men immers dat huisdieren kunnen compenseren voor een gebrekkig sociaal netwerk.⁷¹ Bejaarden met huisdieren zouden hogere niveaus van persoonlijk welzijn vertonen en een betere gezondheid. Andere onderzoeken vonden daarentegen geen enkele invloed van het bezit van huisdieren.⁷² Tenslotte peilden we naar de levensbeschouwelijke zelfidentificatie van de respondenten. Onderzoek toonde reeds meermaals aan dat personen die de kaders van de levensbeschouwing verlaten, zich zowel persoonlijk als maatschappelijk onbehaaglijk

voelen.⁷³ Religieuze onverschilligheid blijkt in sterke mate tot zingevingproblemen te leiden, die zich vertalen in onbehagen.⁷⁴

Welvaart en zekerheid

Een minder goede of slechte financiële situatie kan het welzijn op verschillende manieren beïnvloeden, rechtstreeks, maar ook indirect omdat zij bijvoorbeeld leidt tot gezondheidsstoornissen, tot depressie en isolatie, tot een lagere levenskwaliteit.^{10,43,75} De welvaart van de respondenten werd gemeten aan de hand van de meer 'objectieve' financiële situatie (inkomen, mogelijkheid tot sparen, bezit woning) enerzijds, de subjectieve inschatting door de respondenten van die financiële situatie anderzijds (hebben zij het gevoel gemakkelijk rond te komen?).

Een ander aspect binnen de materiële sfeer is de huisvesting.^{10,75} Zij maakt een belangrijk deel uit van het welzijn van burgers, zeker van ouderen. Door de grotere kans op beperkingen in hun leefwereld en op afnemende mobiliteit en validiteit, kunnen de woning en de lokale buurt het centrum van het bestaan van een oudere worden. Naast de financiële situatie van de 75-jarigen, bevroegen we daarom ook de uitrusting van of de voorzieningen in de woning (zoals het hebben van centrale verwarming, van bad of douche) en de tevredenheid met de woning en de woonomgeving of buurt.

Resultaten

In tabel 3 wordt het uiteindelijke model weergegeven van de determinanten van het subjectief persoonlijk welzijn bij Vlaamse 75-jarigen. Dit werd onderzocht via een multiële regressieanalyse. Niet-significante variabelen of variabelen die doorheen de opbouw van het model werden 'wegverklaard', werden weggelaten. We zijn in deze bijdrage vooral geïnteresseerd in de rechtstreekse effecten. Op een paar uitzonderingen na, zullen we dan ook niet ingaan op de indirecte effecten. Het model heeft een zeer hoge verklaringskracht (53%). Dat onderstreept het belang van de variabelen die een rechtstreeks effect hebben en in het model zijn opgenomen.

Het bijzonder grote belang van een goede gezondheid voor het welzijn van ouderen wordt ontegensprekelijk aangetoond (beta van 0.44). Naarmate 75-jarigen een goede fysieke en mentale gezondheid hebben, en voor hun functioneren voornamelijk op zichzelf kunnen rekenen, hebben ze een veel positievere welzijnservaring. Het belang van een goede gezondheid en voldoende functionele mobiliteit en onafhankelijkheid, wordt nog eens bevestigd door het feit dat respondenten die niet te vaak

Tabel 3 Resultaten van regressieanalyse op persoonlijk welzijn^b (Results of the regression analysis on personal well-being)

	B	β	Sig.
Constante	69,29		
Gezondheid			
Ervaren gezondheid (MOS-schaal)	8,34	0,440	0,000
Aantal dagen bedlegerig	-0,06	-0,098	0,000
Arbeid en loopbaan			
Mate waarin werk wordt gemist	-0,11	-0,123	0,000
Duur van inactiviteit	-0,12	-0,071	0,005
Tijdsbesteding			
Actieve participatie en tijdsbesteding	1,88	0,104	0,000
Sociaal netwerk			
Sociale isolatie (ref: niet sociaal geïsoleerd) ^a	-3,23	-0,060	0,014
Tevredenheid met sociale contacten	0,11	0,115	0,000
Gesprek gevoerd van min. 10 minuten (ref: niet zo'n gesprek gevoerd) ^a	2,22	0,051	0,037
Alleenwonend – nooit gehuwd of gescheiden (ref: samenwonend) ^a	-1,86	-0,025	0,309
Alleenwonend – weduwe of weduwnaar (ref: samenwonend) ^a	-11,10	-0,254	0,000
Welvaart en zekerheid			
Financieel rondkomen met inkomen (ref: moeilijk rondkomen met inkomen) ^a	5,05	0,121	0,000
R ²	0,528		
R ² met enkel de MOS-schaal	0,372		
R ² zonder MOS-schaal	0,390		

^a Deze variabele is als 'dummy' ingevoegd. De referentiecategorie staat tussen haakjes aangegeven.

^b Niet-significante variabelen: sekse, opleiding, aantal dagen ziekenhuisopname, tv-kijken, hebben van (klein)kinderen, hebben van huisdieren, levensbeschouwing, voorzieningen in woning, tevredenheid met woning, tevredenheid met buurt.

ziek en bedlegerig zijn geweest, zich eveneens beter voelen. Dit betekent dus dat zowel meer subjectieve als objectieve gezondheidsmaten een significant effect hebben op het welzijn. De subjectieve MOS-schaal heeft evenwel veel meer verklarende kracht. Enerzijds kan dit te wijten zijn aan een zekere overlap tussen de MOS-schaal en de schalen van het persoonlijk welzijn. Eén van de componenten van de MOS-schaal, namelijk de geestelijke gezondheid, wordt ook voor een deel door de schaal van het persoonlijk welzijn gemeten. Het sterke effect van de gezondheid op het persoonlijk welzijn moet dan ook wat worden getemperd. Anderzijds menen we dat beide schalen inhoudelijk voldoende verschillend zijn van elkaar. De andere componenten van de MOS-schaal worden immers niet door de schaal van het persoonlijk welzijn gemeten (zoals het lichamelijk functioneren of de ervaren pijn). Het feit dat de MOS-schaal een zodanig sterk effect teweegbrengt, komt trouwens overeen met de bevindingen van de Klerk dat op oudere leeftijd subjectieve gezondheidsindicatoren nauwer aanleunen bij het subjectief welzijn dan in andere leeftijdscategorieën.³⁸

Verder blijkt dat respondenten die hun werk missen (het inkomen, de professionele en collegiale contacten, de beroepsbezigheden, de routine, etc.), zich minder goed voelen. Uit ander onderzoek weten we dat een deel van de 45- tot 65-jarige werknemers sterk gehecht is aan hun job,

vreest die job of aspecten ervan te zullen missen en daarom niet op vervroegd pensioen wil of zelfs met tegenzin tegen de wettige pensioenleeftijd aankijkt.² Het gaat om bij de 15% van die werknemers, 45 tot 65 jaar oud. Blijkbaar blijven die mensen ook na het pensioen het werk missen. Een aantal 75-jarigen mist het werk zodanig, dat dit gemis vrij sterk afbreuk doet aan hun welzijnservaring. Daarnaast stellen we vast dat de daling van de feitelijke pensioenleeftijd – voor mannen van ongeveer 64 naar 57 jaar over de laatste halve eeuw – waarschijnlijk afbreuk doet aan de welzijnservaring van oudere mensen. Naarmate 75-jarigen zich langer van de arbeidsmarkt hebben teruggetrokken, rapporteren ze een iets lager persoonlijk welzijn.

Ten derde verlenen onze bevindingen, zoals veel ander onderzoek overigens, meer steun aan de *activity theory* dan aan de *disengagement theory*. De 75-jarigen die hun (vrije) tijd op een actieve manier spenderen, hebben hogere niveaus van persoonlijk welbehagen. Naarmate de respondenten meer betrokken zijn bij het middenveld en naarmate ze hun vrije tijd actief doorbrengen (met sporten, lezen, reizen, op café gaan, tuinieren, etc.), voelen ze zich beter. Bij de modelopbouw stelden we ook vast dat naarmate respondenten meer TV-kijken, hun welzijnservaring negatiever is. Wie de vrije tijd actief besteedt kijkt echter minder televisie, en omgekeerd zijn

intense televisiekijkers over het algemeen passiever in hun vrijetijdsbesteding. Ten gevolge van die samenhang verdwijnt het effect van televisiekijken van zodra we controleren voor de invloed van de actieve participatie en tijdsbesteding. Dat betekent dus dat het intens televisiekijken op zich geen negatieve invloed heeft op de welzijnservaring, maar die invloed wel indirect uitoefent omdat veel televisiekijken gepaard gaat met een passieve vrijetijdsbesteding. Dat laatste doet wel afbreuk aan het persoonlijke welzijn.

Nadat de actieve participatie en tijdsbesteding in rekening wordt gebracht, verdwijnt ook de samenhang tussen het opleidingsniveau en het subjectief welzijn. Bepalend daarbij is het feit dat lager opgeleiden in het algemeen een veel passievere vrijetijdsbesteding hebben.

Ook de mate van sociale integratie speelt een rol binnen de vorming van het welzijn van 75-jarigen. Respondenten die niet sociaal geïsoleerd zijn, en die dus regelmatig gekenden zien, er steun van ervaren, en er een gesprek mee voeren, rapporteren een wat hoger welzijn. Sterker nog dan de contacten en steun, blijkt evenwel de graad van tevredenheid met de sociale contacten. 75-jarigen die hun contacten uit de familie-, vrienden- en kennissenkring positief beoordelen, voelen zich beter in hun vel. Het feit (klein)kinderen te hebben heeft geen rechtstreeks effect op het persoonlijk welzijn. Wel belangrijk is de mate waarin 75-jarigen kunnen terugvallen op een sociaal netwerk voor gezelschap en/of steun (ongeacht of daarin (klein)kinderen zijn opgenomen). Of 75-jarigen huisdieren hebben of niet, blijkt niet significant. Hoewel in sommige onderzoeken het aanschaffen van huisdieren bij ouderen sterk wordt gestimuleerd o.a. ter compensatie van een gebrekkig sociaal netwerk, merken we geen invloed terug van de aanwezigheid van huisdieren.

De burgerlijke staat is dan weer wel van groot belang voor de wijze waarop ouderen zich voelen. Respondenten die hun partner hebben verloren, hebben een beduidend lager welzijn dan respondenten die samenwonend zijn. 75-jarigen die ongehuwd bleven of gescheiden zijn, verschillen niet significant van de samenwonenden. Of 75-jarigen alleen wonen of niet is dus niet zozeer van belang. Het verlies van hun partner is dat des te meer. Het is zelfs het tweede belangrijkste effect in het model, dat bovendien de genderinvloed doet verdwijnen. Vrouwen voelen zich dus minder goed, hoofdzakelijk omdat zij meer kans hebben om weduwe te zijn dan mannen. De levensbeschouwelijke zelfidentificatie heeft dan weer geen rechtstreekse invloed – althans na controle voor overige factoren. Indirect heeft de levensbeschouwing – via de levensbeschouwelijke participatie of kerkgang – wel een effect (deze is een onderdeel van de ‘actieve participatie en tijdsbesteding’). Het effect van de

levensbeschouwing is, met andere woorden, een sociaal effect dat zich realiseert via de gezamenlijke beleving van het geloof en zijn invloed op de sociale participatie.

Verder kunnen we uit tabel 3 afleiden dat ook de welvaart van belang is. Naarmate 75-jarigen het financieel beter hebben, hebben ze een hoger welzijn. De mate waarin respondenten het gevoel hebben rond te komen met hun maandelijks inkomen is evenwel van groter belang dan de feitelijke situatie.⁴⁶ We merken daarentegen geen invloed van de mate van voorzieningen in de woningen van 75-jarigen en evenmin van de tevredenheid met de woning of de buurt. De woonomgeving van de respondenten blijkt dus van minder belang te zijn voor het subjectief welzijn dan de fysieke, sociale of financiële situatie van 75-jarigen.

Conclusie

De welzijnservaring blijkt uiteen te vallen in twee dimensies: enerzijds het persoonlijk, anderzijds het maatschappelijk welzijn of welbehagen. In deze bijdrage hebben we ons beperkt tot (de determinanten van) het persoonlijke welzijn. Meer cognitieve en affectieve aspecten van persoonlijk welzijn blijken sterk samen te hangen. Respondenten die tevreden zijn met hun (voorbij) leven, hebben meer kans zich ook gelukkig te voelen in en invulling te kunnen geven aan het leven. Ontevredenheid hangt daarentegen samen met meer kans op ongelukkig zijn en het ervaren van leegte en gevoelens van eenzaamheid.

Vlaamse 75-jarigen blijken zich vrij goed te voelen. De meesten zijn tevreden over wat ze in het verleden gedaan en bereikt hebben, zijn redelijk gelukkig en kunnen hun leven zin en invulling geven. Onder de 75-jarigen tekent zich echter ook een grote variatie in welbevinden af. Deze wordt in belangrijke mate verklaard door de gezondheid en de mate van functionele zelfredzaamheid. Respondenten die hun gezondheid positief evalueren en die niet te vaak bedlegerig zijn, hebben een beduidend hogere welzijnsbeleving. Het bevorderen van een gezonde levensstijl en het verhogen van de kans dat mensen langer in goede gezondheid leven, is, naast het toegankelijk houden van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, daarom meteen de beste manier om het welbevinden van de oudere bevolking te bevorderen. Het is belangrijk dat alles ook voor de sociaal-economisch zwakkere groepen toegankelijk te maken.⁷⁶ Naarmate 75-jarigen minder financiële middelen hebben, minder menen rond te kunnen komen met hun inkomen, rapporteren ze immers een slechtere gezondheid.

Personen die hun levensgezel verloren hebben, rapporteren een veel lager welbevinden dan de anderen. Niet zozeer het alleen wonen is doorslaggevend, wel het feit of

respondenten ooit geconfronteerd werden met het verlies van hun partner. Dit verklaart zelfs het gevonden gender-effect: het lagere persoonlijke welzijn van vrouwen kan grotendeels worden toegeschreven aan hun groter risico op weduwschap. Vrouwen bevinden zich dikwijls in die positie omdat ze een hogere levensverwachting hebben dan mannen en daarenboven dikwijls jonger zijn dan hun levensgezel. Hierop kan moeilijk beleidsmatig worden ingegrepen. Heden ten dage is er wel een lichte tendens van het naar elkaar toegroeien van de levensverwachtingen van mannen en vrouwen.⁷⁷

Ten derde stellen we vast dat respondenten die hun werk en de arbeidsrol missen, zich daar minder goed bij voelen. Uit ander onderzoek weten we dat zo'n 15% van de nog werkende mensen tussen 45 en 65 jaar vreest hun werk te zullen missen en dan ook met tegenzin naar de pensionering toekijkt.² Over de laatste vijftig jaar is de gemiddelde pensioenleeftijd of leeftijd van arbeidsmarkt-exit sterk gedaald. We merken in onze analyses een licht negatief effect van de duur van inactiviteit op het persoonlijk welzijn van 75-jarigen. Deze vaststellingen pleiten voor een meer flexibele pensionering en een betere spreiding van de actieve levensperiode over het leven.

De inkomenssituatie en de mate waarin respondenten het gevoel hebben rond te komen is eveneens belangrijk voor de welzijnservaring. Hoewel studies erop wijzen dat het welvaartspeil van de ouderen dicht is genaderd tot dat van de actieven, blijkt de armoede onder ouderen nog steeds hoger dan bij de actieven. Zij bedroeg in België (in 1997) 12.9% bij de ouderen tegenover 7.7% in de gehele bevolking en 1% in de tewerkgestelde actieve bevolking. De bejaarden maken zelfs 43% uit van de armen van België.⁷⁸ De huidige groep ouderen heeft bovendien een andere levensstijl en andere verwachtingen dan 25 jaar geleden. Een onderzoek van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies (CBGS) stelde een opvallende stijging vast van het minimumbedrag dat 65-plussers nodig achten om op een 'menswaardige' manier te participeren aan de maatschappij.⁷⁹ Ook om een dergelijke levensstandaard aan te houden zal de verlenging van de actieve levensfase een noodzaak zijn.

Verder blijkt de mate waarin 75-jarigen hun tijd actief (kunnen) invullen van belang voor hun persoonlijk welzijn. Zowel de actieve participatie aan het middenveld (verenigingsleven, vrijwilligerswerk) als de deelname aan minder formeel georganiseerde vrijetijdsbestedingen blijken een effect te hebben. Bovendien zijn deze aspecten cumulatief. 75-jarigen die in het middenveld geëngageerd zijn, hebben meer kans ook hun overige vrije tijd actief door te brengen, en vice versa. Via stimulatie van de middenveldwerking zou het persoonlijk welzijn dus direct en indirect – via de actieve vrijetijdsbesteding – kunnen worden bevorderd. Hierbij dienen we wel te

Tabel 4 Frequentieverdelingen LSI-schaal, in rijpercentages (frequencies LSI scale, in row percentages)

LSI	Oneens	Eens
1. Terugblikkend op mijn leven, ben ik tamelijk tevreden	8.1	91.9
2. Vergeleken met andere mensen van mijn leeftijd, zie ik er goed uit	19.1	80.9
3. Ik bereikte heel wat van hetgeen ik verwachtte in het leven	19.7	80.3
4. Ik voel mijn ouderdom, maar dat hindert me niet	32.1	67.9
5. De dingen die ik doe, zijn even interessant als vroeger	32.6	67.4
6. Ik ben nu even gelukkig als toen ik jonger was	42.9	57.1
7. Mijn leven zou gelukkiger kunnen zijn dan het nu is *	56.9	43.1
8. Ik voel me oud en nogal vermoeid *	72.8	27.2
9. Dit is de treurigste tijd van mijn leven *	82.3	17.7
10. Vergeleken met andere mensen van mijn leeftijd, zit ik vaak in de put *	86.7	13.3
11. De meeste dingen die ik doe, zijn vervelend en eentonig *	86.9	13.1

* item werd omgescoord

waarschuwen voor een selectie-effect: vooral 'gezonde' mensen blijken zeer actief te zijn.

Actieve mensen zijn tenslotte ook minder sociaal geïsoleerd en beoordelen hun sociale contacten op een positievere wijze, wat op hun beurt ook een effect heeft op het persoonlijk welzijn. De mate waarin 75-jarigen kunnen terugvallen op een sociaal netwerk voor gezelschap en/of steun is inderdaad ook van significant belang (ongeacht of daarin (klein)kinderen zijn opgenomen). In de praktijk blijken kinderloze ouderen en alleenwonenden echter minder (alleenstaande en gescheiden 75-jarigen nog minder dan weduwen/weduwnaars) over een dergelijk ondersteunend netwerk te beschikken, wat betekent dat het hebben van (klein)kinderen en een partner het subjectief welzijn dus wel indirect beïnvloedt.

Bij het bevorderen van het welzijn van ouderen is er dus naast de evidente taak van het gezondheidsbeleid en het klassieke sociale beleid, ook een rol weggelegd voor

Tabel 5 Frequentieverdelingen ervaren leegte in het leven, in rijpercentages (frequencies scale 'experienced emptiness in life', in row percentages)

Ervaren leegte	Oneens	Tussen beide	Eens
1. Ik voel me vaak in de steek gelaten	86.3	5.9	7.8
2. Ik verveel mij dikwijls	80.9	6.0	13.0
3. Ik mis een echt goede vriend of vriendin	77.9	6.1	16.0
4. Voor mij gaat de tijd soms heel traag voorbij	76.9	7.0	16.1
5. Ik mis gezelligheid om mij heen	76.4	6.9	16.7
6. Ik mis mensen om mij heen	74.7	8.9	16.4
7. Ik ervaar een leegte om mij heen	75.2	6.0	18.8

het meer specifieke welzijnswerk. Dat laatste zou vooral de opname in een sociaal netwerk moeten bevorderen. Het verdient aanbeveling dat daarvoor nauw wordt samengewerkt met het verenigingsleven.
Aanvaard februari 2005

Bijlagen

Literatuur

- Bron: NIS, in: Ooghe E, Pepermans G, Schokkaert E. Kanttekeningen bij het activeringsbeleid. Nieuwsbrief-Steunpunt WAV 2000; 1/2: 43-47.
- Elchardus M, Cohen J. Gedrag en verwachtingen in verband met het einde van de loopbaan. Eindrapport. Brussel: VUB, Vakgroep Sociologie/Onderzoeksgroep TOR, 2003.
- Grundy E, Bowling A. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging Ment Health* 1999; 3: 199-212.
- Schmitt M, Jüchtern J-C. The structure of subjective well-being in middle adulthood. *Aging Ment Health* 2001; 5: 47-55.
- Westerhof GJ, Dittmann-Kohli F, Thissen T. Beyond life satisfaction: Lay conceptions of well-being among middle-aged and elderly adults. *Social Indicators Research* 2001; 56: 179-204.
- Bramston P, Pretty G, Chipuer H. Unravelling subjective quality of life: An investigation of individual and community determinants. *Social Indicators Research* 2002, 59: 261-274.
- Marcoen A, Van Cotthem K, Billiet K, Beyers W. Dimensies van subjectief welbevinden bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002; 33: 156-164.
- Bury M, Holme A. Measuring quality of life. In: Johnson J, Slater R, red. *Aging and later life*. London: Sage, 1993: 233-238.
- Hughes B. Gerontological approaches to quality of life. In: Johnson J, Slater R, red. *Aging and later life*. London: Sage, 1993.
- Smith A. Defining quality of life. *Newsletter Growing Older Programme* 2001; 2: 3.
- Delhey J, Böhnke P, Habich R, Zapf W. Quality of life in a European perspective: The euromodule as a new instrument for comparative welfare research. *Social Indicators Research* 2002; 58: 163-176.
- Beardon L B. Successful aging: What does the "good life" look like? *The Forum for Family and Consumer Issues* 1996, 1.
- Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Ment Health* 2002; 6: 355-371.
- Stathi A, Fox K R, McKenna J. Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *J Aging Physical Activity* 2002; 10: 76-92.
- Westerhof G J. De beleving van het eigen ouder worden. Multidimensionaliteit en multidirectionaliteit in relatie tot succesvol ouder worden en welbevinden. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003; 34: 96-103.
- Russell R V. Correlates of life satisfaction in retirement. AM Arbor MI: University Microfilms International, 1984.
- Odell K S, Soloninka J W, Lawrence L D, Gartin S A. Life satisfaction of retired West Virginia secondary school agriculture teachers. *J Agric Educ* 1992; 33: 17-22.
- Hortulanus R P, Liem P P M, Sprinkhuizen A M M. Domeinen van welzijn. Welzijnsbeleving en welzijnsbeleid in de jaren '90. 's Gravenhage: VUGA, 1993.
- Baltes P B, Baltes M M. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990.
- Okma, P, Veenhoven R. Is langer leven nog wel leuk? Levensvoldoening van hoogbejaarden in 8 EU-landen. *Sociale Wetenschappen* 1999; 42: 38-62.
- Von Faber M. *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2002.
- Bruyninckx E, Mortelmans D. Kwaliteit van leven en gezondheidszorg in verandering. *Tijdschr Sociolog* 1999; 20: 25-49.
- Van Linschoten C P, Gerritsen J C, Romijn C. De schaal subjectief welzijn ouderen nader onderzocht. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1993; 24: 57-65.
- The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (whoqol): Position paper from the world health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-1409.
- Elchardus M, Huysse L, Hooghe M. Het maatschappelijk middenveld in Vlaanderen. Een onderzoek naar de sociale constructie van democratisch burgerschap. Brussel: VUBPress, 2001.
- Elchardus M, Smits W. *Anatomie en oorzaken van het wantrouwen*. Brussel: VUBPress, 2002.
- Elchardus M, De Groof S, Smits W. *Onveiligheidsgevoelens - een literatuurstudie*. Studie uitgevoerd in opdracht van de Koning Boudewijnstichting. Brussel: VUB, Vakgroep Sociologie/Onderzoeksgroep TOR, 2003.
- Elchardus M, Faelens A. Technisch verslag bij het onderzoek naar effecten langdurige pensionering. *Veldwerk en responsanalyse*. Brussel: VUB, Vakgroep Sociologie/Onderzoeksgroep TOR, 2003.
- Neugarten B I, Havighurst R J, Tobin S S. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961; 16: 134-143.
- Wallace K A, Wheeler A J. Reliability generalization of the life satisfaction index. *Educ Psychol Measurement* 2002; 62: 674-684.
- Helmes E, Goffin R D, Chrisjohn R D. Confirmatory factor analysis of the life satisfaction index. *Social Indicators Research* 1998; 45: 371-390.
- Jong Gierveld J de. Eenzaamheid onder oudere mensen; een overzicht van het onderzoek. *Geron. Tijdschr Soc Gerontol* 1999; 1: 5-15.
- Srole L. Social integration and certain corollaries. *American Sociological Review* 1956; 21: 709-768.
- Jacobs D, Abts K, Phaet K, Swyngedouw M. Verklaringen voor etnocentrisme. De rol van sociaal kapitaal, sociaal-economische onzekerheid, sociale integratie en gevoelens van discriminatie. Een verkenning. *IPSoM-bulletin* 2001; 3.
- Billiet J, Carton A, Huys R. Onbekend of onbemind? Een sociologisch onderzoek naar de houding van de Belgen tegenover migranten. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven/ Departement Sociologie, 1990.
- Elchardus M, Smits W. Bedreigd, kwetsbaar en hulpeloos. Onveiligheidsgevoelens in Vlaanderen, 1998-2002. Vlaanderen gepeild! Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap/ Administratie Planning en Statistiek, 2003.
- Holmes K, Ericsson K, Winblad B. Quality of life among the elderly: State of mood and loneliness in two selected groups. *Scand J Caring Sciences* 1999; 13.
- Klerk M M Y de. *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie*. Den Haag: SCP, 2001.
- Breeze E, Grundy C, Fletcher A, Wilkinson P, Jones D, Bulpitt C. Inequalities in quality of life among people aged 75 years and over in Great-Britain. *Research Findings From the Growing Older Programme* 2002, 1.
- Vanden Boer L, Pauwels K. Het subjectief welbevinden. In: Jacobs T, Vanderleyden L, Vanden Boer L, red. *De leefsituatie van*

- ouderen (55+) in Vlaanderen. Brussel: CBGS, 2003. (te verschijnen)
- Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M D, Ruíz M A. The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Aging and Society* 2001; 21: 25-43.
- Meeks, S, Murrell, S A. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *J Aging Health* 2001, 13: 92-119.
- Wolcott I. Families in later life: Dimensions of retirement. Australian Institute of Family Studies, 1998.
- Vogel J. Ageing and living conditions of the elderly: Sweden 1980-1998. *Social Indicators Research* 2002; 59: 1-34.
- Deeg D J H, Braam A W. Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwantitatieve benadering. *Medische antropologie* 1997; 9: 136-149.
- Bowling A, Gabriel Z, Banister D, Sutton S. Adding quality to quantity: Older people's views on their quality of life and its enhancement. *Research Findings From the Growing Older Programme* 2002; 7.
- Kempen G I J M. Het meten van de gezondheidstoestand van ouderen. Een toepassing van een Nederlandse versie van de Mos-schaal. *Gerontologische Geriatrie* 1992; 23: 132-140.
- Kim J E, Moen P. Moving into retirement: Preparation and transitions in late midlife. In: Lachman M E, red. *Handbook of midlife development*. New York: John Wiley & Sons, 2001: 487-527.
- Bijsterveld K. Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussie rond ouderen in Nederland. 1945-1982. Amsterdam: Van Gennep, 1996.
- Henkens K, Solinge H van. Het eindspel. Werknemers, hun partners en leidinggevend over uitreden uit het arbeidsproces. Assen: Kon. Van Gorcum, 2003.
- Floyd F J, Haynes S N, Soll E R, et al. Assessing retirement satisfaction and perceptions of retirement experiences. *Psychol Aging* 1992; 7: 609-621.
- Fouquereau E, Fernandez A, Mullet A. The retirement satisfaction inventory: Factor structures in a French sample. *Eur J Psychological Assessment* 1999; 15: 49-56.
- Cumming E, Henry W E. *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books Inc, 1961.
- Kelly J R. *Activity and aging. Staying involved in later life*. Newbury Park: CA, Sage, 1993.
- Herzog A R, Franks M M, Markus H R, Holmberg D. Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychol Aging* 1998; 13: 179-185.
- Dupuis S L, Smale B J. An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Society and Leisure* 1995; 18: 67-92.
- Coleman D. Leisure based social support, leisure dispositions and health. *J Leisure Research* 1993; 25: 350-361.
- Morrow-Howell N. *Productive engagement of older adults: Effects on well-being*. Washington: Center for Social Development, 2000.
- Gauthier A H, Smeeding T M. Patterns of time use of people aged 55 to 64 years old: Some cross-national comparisons. New York: Center for Policy Research/Syracuse University, 2000.
- Houben M, Mortelmans D, Jacobs T, Vanden Boer L. (Vrije-)tijdsbesteding van Vlaamse ouderen. Paper gepresenteerd op de 10e Sociaal-Wetenschappelijke Studiedagen Amsterdam, 2002.
- Thijssen L. Sociale relaties en eenzaamheid bij ouderen. *Mens & Maatschappij* 1983; 58: 271-284.
- Baxter J, Shetterly S M, Eby C, Mason L, Cortese CF, Hamman R F. Social network factors associated with perceived quality of life. *J Aging Health* 1998; 10: 287-310.
- Asakawa T, Koyano W, Ando T, Shibata H. Effects of functional decline on quality of life among the Japanese elderly. *Int J Aging Human Development* 2000; 50: 319-328.
- Litwin H. Social network and morale in old age. *The Gerontological Society of America* 2001; 41: 516-524.
- Aquino J A, Russell D W, Cutrona C E, Altmaier E M. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *J Counseling Psychol* 1996; 43: 480-489.
- Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology* 2001; 23: 245-266.
- Schilling O, Wahl H W. Familiäre Netzwerke und Lebenszufriedenheit alter Menschen in ländlichen und urbanen Regionen. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2002; 54: 304-317.
- Gibson D M. Interaction and well-being in old age: Is it quantity or quality that counts? *Int J Aging Human Development* 1986; 24: 29-40.
- Fernández-Ballesteros R. Social support and quality of life among older people in Spain. *J Social Issues* 2002; 58: 645-659.
- Verté D, Ponjaert-Kristoffersen I. Depressieve symptomen bij ouderen. *Antenne* 2001: 49-52.
- Furber S. Effects of companion animals on the quality of life of older people: A critical review and research agenda. Sidney: Australian Centre for Health Promotion, 1998.
- Miller M, Lago D. The well-being of older women: The importance of pet and human relations. *Anthrozoös* 1990, 3: 245-251.
- Moberg D O. Religion and aging. In: Johnson J, red. *Ageing and later life*. London: Sage, 1996.
- Elchardus M, Siongers J. Het onbehagen van de grenzeloosheid. Een empirisch onderzoek naar het verband tussen detraditionalisering, zingeving en onbehagen. In: De Witte H, Elchardus M, Gruwez C, et al. *Openheid of leegte? Over zingeving bij jongeren*. Brussel: Acco, 2001: 35-73.
- Dooghe G, Vanden Boer L, Vanderleyden L. De leefsituatie van bejaarden. Brussel: CBGS, 1988.
- Deleecq H. Dood en verdeling. Over sociale ongelijkheid in ziekte, zorg en dood. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid, Ufsia, 2002.
- Lodewijckx E, Jacobs T. De burgerlijke staat van ouderen in 2000 en in 1990. De situatie in het Vlaamse gewest. Brussel: CBGS, 2002.
- Deleecq H. Wettelijke en aanvullende pensioenen, complementair of concurrent? Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid, Ufsia, 2002.
- Pauwels K, Vanden Boer L, Houben M. De sociaal-economische status. In: Jacobs T, Vanderleyden L, Vanden Boer L. *De leefsituatie van ouderen (55+) in Vlaanderen*. Brussel: CBGS, 2003 (in voorbereiding).
- Reker G T, Wong P T P. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: Birren J, Bengston V L, red. *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publishing, 1988: 214-246.
- Bernheim, J. How to get serious answers to the serious question: "How have you been?": Subjective quality of life (QOL) as an individual experiential emergent construct. *Bioethics* 1999; 13: 272-287.
- De Groof S, Elchardus, M. Onderzoek naar de effecten van langdurige pensionering. Deelrapport 1: Welzijn. Brussel: VUB - Vakgroep Sociologie/Onderzoeksgroep TOR, 2003.
- Elchardus M, De Groof S. Het maatschappelijk onbehagen van Vlaamse 75-jarigen. *Tijdschrift voor Sociologie (verschijnt in 2005)*.