MAATSCHAPPELIJKE BETROKKENHEID EN LEVENSVOLDOENING BIJ BEJAARDEN

door

Francis VAN LOON
Docent aan de Universiteit te Antwerpen — U.F.S.I.A.
Assistent aan het Seminarie voor Sociologie
van de Rijksuniversiteit te Gent

en

Gilbert DOOGHE
Werkleider aan het Centrum
voor Bevolkings- en Gezinsstudiën te Brussel

SUMMARY — *Social participation and life satisfaction of aged people* — The aim of this paper is to explore the relationship between social participation of the aged and the life satisfaction as measured by the revised Life Satisfaction Index of Adams. Three indicators of social participation are used: informal relations with husband, family and friends; formal participation in associations and hobby practice. By testing the effect of these three variables several other factors are controlled: age, marital status, invalidity, health evaluation, marital satisfaction, income evaluation and the number of living children of the aged. The data employed for the analysis are drawn from a survey of the Population and Family Study Center (1977). Multiple linear regression analysis indicates that hobby practice is more important as a predictor of life satisfaction than participation in associations and informal relations. In comparison to most of the controlfactors these effects are rather small.

I. OPZET VAN HET ARTIKEL

De bevolkingsgroep van de bejaarden — 65 jaar en ouder — neemt in ons land, demografisch gezien, een bijzondere plaats in: hun aantal neemt voortdurend toe en hun procentueel aandeel in de totale bevolking tegen het jaar 2000 wordt op nagenoeg 15 % geschat [1]. Deze demografische druk van de bejaardengroep is opvallend bij het vrouwelijke bevolkingsdeel. Het procentueel aandeel van de vrouwelijke bejaarden bedraagt nu al meer dan 16 % van de totale vrouwelijke populatie [2].

Dat op oudere leeftijd probleemsituaties ontstaan hoeft geen betoog. Het ouderdomsproces wordt hoofdzakelijk gekarakteriseerd door een geleidelijke afzwakking van de lichamelijke en psychische vermogens. Hoewel die teruggang niet bij elke bejaarde identiek verloopt, is de kans op medische problemen bij bejaarden groot.

Bejaard-zijn betekent voor de meerderheid van de bevolking ook een abrupte terugtrekking uit het actieve beroepsleven, gevolgd door een totaal veranderde levenswijze. Eén van de belangrijke gevolgen is o.m. een volledige wijziging in de verhouding arbeid - vrije tijd. Het terugtrekken uit het beroepsleven brengt in de meeste gevallen bovendien een verandering in de financiële positie van de bejaarde. Ofschoon de sociale voorzieningen voor bejaarden de laatste decennia toenamen, kennen vele ouderen toch financiële moeilijkheden [3]. Ook een ommekeer in het woonpatroon van de bejaarde en de eventuele gewijzigde keuze van het woontype

(bv. bejaardentehuis, al of niet inwonen bij kinderen) veroorzaken materiële en psychologische moeilijkheden en aanpassingen [4].

De op pensioen stelling doet een aantal relaties met een professioneel karakter wegvallen en vermindert het contact met de buitenwereld; eenzaamheid en afzondering zijn hiervan mogelijke gevolgen. De ontwikkeling van een breder gezinsverband naar het kerngezin (vader, moeder en ongehuwde kinderen) en het voortdurend toenemend aantal buitenshuis werkende vrouwen maakt dat ook die vorm van informele sociale relaties problematischer wordt voor de bejaarden. Traditionele levenspatronen worden vaak verbroken door een wijziging in de economische status ingevolge de op pensioen stelling, door het afsterven van de huwelijkspartner, door ziekte of vermindering van de fysieke en psychische krachten. Het bejaard-zijn, dit is een levensperiode waarin fundamentele veranderingen zich voordoen, vraagt vanwege de bejaarde om voortdurende aanpassing.

Het ouder-worden wordt door de bejaarden verschillend ervaren en die ervaringen kunnen positief of negatief worden gewaardeerd. Sommige bejaarden voelen zich nutteloos, overbodig en afgedankt; anderen beleven het bejaard-zijn positief. Zij vinden op oudere leeftijd de nodige rust en trachten nieuwe belangstellingspunten te ontwikkelen ter vervanging van vroegere activiteiten of ze trachten de bestaande interesse te activeren. De bejaarde is genoodzaakt zich sociaal en economisch aan te passen, met het oog op een levenspatroon dat aanvaardbaar is voor zijn zelfbeeld. De levensvoldoening van bejaarden was dan ook al vaak een voorwerp van onderzoek [5]. De opzet van dit artikel is de betekenis te analyseren van de maatschappelijke betrokkenheid — of van de sociale isolatie — van bejaarde vrouwen ten opzichte van hun levensvoldoening.

Sociale isolatie wijst op het afnemen of ontbreken van sociale participatie ingevolge een beperkte bewegingsvrijheid, een slechte gezondheidstoestand, een voortdurend afnemend contact met familie- en vriendenkring, enz... Hoewel het begrip „sociale isolatie" verschillende dimensies heeft [6], is voor onderhavige studie vooral de wijziging in de graad van sociaal engagement belangrijk. Externe deelneming aan het sociale leven betekent weliswaar nog niet dat de bejaarde innerlijk minder geïsoleerd zou zijn [7]. Toch is het nagaan van de extern vast te stellen sociale contacten met de buitenwereld een belangrijk aspect van het engagement of van de vereenzaming van de bejaarde. Ofschoon sociale isolatie en eenzaamheid twee verschillende zaken zijn, die respectievelijk op een objectief en een subjectief aspect wijzen [8], bestaat er onmiskenbaar een relatie tussen beide [9].

Hier wordt de maatschappijbetrokkenheid van de bejaarde gemeten aan de hand van formele en informele relaties en via de hobbybeoefening van de bejaarde. Formele relaties zijn de contacten ingevolge het deelnemen aan het verenigingsleven, terwijl de — persoonlijke en intieme — informele relaties slaan op contacten met de echtgenoot, de kinderen, broers, zusters, vrienden en kennissen. Het verschil tussen formele en informele relaties is vanzelfsprekend niet altijd nauwkeurig vast te stellen, omdat beide soorten relaties elkaar kunnen beïnvloeden.

Bij het verklaren van de relatie tussen de maatschappelijke betrokkenheid van de bejaarde en de levensvoldoening staat vooral de activiteitstheorie centraal [10]. Volgens deze theorie staat een gunstig verlopend proces van ouderworden in relatie met de sociale levensruimte, de manier waarop de bejaarde zich inleeft in een nieuwe situatie. Interactie met anderen draagt bij tot een positieve levenshouding. Door interactie met anderen kan de bejaarde zichzelf bevestigen, wat gevolgen heeft voor het zich emo-

tioneel welbevinden. De relatie tussen sociale participatie en levensvoldoening werd recent bestudeerd door LEMON, BENGTSON en PETERSON [11]. Zij gaan het verschil na tussen weduwen en gehuwde bejaarden inzake de frequentie aan informele relaties, formele relaties en hobby's en het verband ervan met de levensvoldoening. Alleen het contact met vrienden vertoonde een significante relatie met de levensvoldoening. CUTLER [12], BULL en AUCOIN [13] hechten eveneens betekenis aan het deelnemen aan het verenigingsleven. Er was wel een interactie met de gezondheidsfactor: participatie aan het verenigingsleven vereist een minimale lichamelijke conditie. Ook BULTENA [14] stelde vast dat respondenten die tijdens hun oprustsstelling, vergeleken met de periode ervoor, minder aan het verenigingsleven deelnemen meer kans hebben laag te scoren op de schaal van de levenstevredenheid dan degenen die actiever zijn of een zelfde activiteitspeil ontwikkelen. Uit het onderzoek van EDWARDS en KLEMMACK [15] blijkt dat de betrokkenheid bij kerkelijke activiteiten bijdraagt tot een hogere graad van levensvoldoening, zelfs na controle van andere variabelen. Deze auteurs menen dat blijkbaar niet de activiteit in het algemeen bepalend is voor de levenshouding. Welbepaalde types van activiteit, zoals „church-related involvement" kunnen daarentegen wel de levensvoldoening gunstig beïnvloeden. De besluiten van MADDOX en EISDORFER [16] gaan in dezelfde richting: hoewel er een positief verband tussen het actief-zijn en het moreel blijkt te bestaan, is het niet zo dat alle activiteitstypes noodzakelijk een hoge graad van tevredenheid tot gevolg hebben. Ook KUTNER et al. [17] hebben erop gewezen dat niet elke activiteit in dezelfde mate lonend werkt voor de bejaarde. MADDOX en EISDORFER citeren in dit verband PECK die stelt dat de sociale participatie zelfs een geringe voldoening tot gevolg kan hebben doordat de bejaarde steeds minder bekwaam is adequaat te handelen in situaties waarin hij aan kritiek is blootgesteld. Vandaar dat wordt vooropgezet dat indien een hoge activiteitsgraad gepaard gaat met een hoge graad van levenstevredenheid, het veeleer gaat om activiteiten zoals lezen en hobby's, waar de kritische evaluatie door anderen miniem is, dan om activiteiten die persoonlijk contact veronderstellen en derhalve in sterke mate een beoordeling door anderen impliceren. De stelling volgens dewelke „busy people are happy people" geldt slechts voorwaardelijk.

Om het netto-effect van de drie aspecten van de maatschappelijke betrokkenheid voor de levensvoldoening van de bejaarden te kunnen kwantificeren, moet de verstorende invloed van andere predictoren van de levensvoldoening worden uitgeschakeld. De eerste van die verstorende factoren is de burgerlijke staat van de bejaarde, nl. gehuwd of weduwe. Uit verschillende onderzoekingen [18] is gebleken dat de levensvoldoening van bejaarde weduwen kleiner is dan deze van gehuwde bejaarden. In onze hedendaagse samenleving moet de bejaarde zich aanpassen — zowel sociaal als economisch — met het oog op een levenspatroon dat aanvaardbaar is voor zijn zelfbeeld. Bij gehuwden wordt dit proces vergemakkelijkt door een reeks omstandigheden, zoals wederzijds overleg, wederkerige sociaal-emotionele hulpverlening en psycho-sociale steun. De persoon in weduwstaat heeft het door de afwezigheid van de huwelijkspartner moeilijker om tot een voldoeninggevende levenswijze te komen.

Tot de verstorende factoren die meestal in de literatuur worden vermeld, behoort de leeftijd van de bejaarde. Door een aantal onderzoekers [19] wordt een negatieve relatie vooropgezet tussen de leeftijd en het psychologisch welbevinden. In het onderzoek van ABRAMS [20] werd vastgesteld dat de groep 65-74-jarigen een iets geringere levensvoldoening ervaren dan de bejaarden van 75 jaar en ouder, uitgezonderd op het vlak van de gezondheid. EDWARDS en KLEMMACK [21] daarentegen menen dat de op

hogere leeftijd mindere levensvoldoening verband houdt met de sociaal-economische status. CAMERON [22] stelt dat het gelukkig-zijn niet leeftijdsgebonden is. GURIN et al. [23] kwamen echter wel tot de vaststelling dat er een bivariaat verband tussen leeftijd en tevredenheid bestaat.

In de meeste onderzoeken over de levensvoldoening van bejaarden wordt ook de relatie met de sociaal-economische status onderzocht. Uit die studies blijkt meestal dat de bejaarden uit de hogere sociale strata in hogere mate tevreden zijn met hun leven dan degenen uit de lagere strata [24]. Volgens EDWARDS en KLEMMACK [25] is die factor zelfs de voornaamste predictor van de levensvoldoening.

Een vierde controlefactor die moet worden ingevoerd is de gezondheidstoestand van de bejaarde, zowel op objectieve wijze (invaliditeit) als op subjectieve wijze gemeten (evaluatie door de bejaarde). Volgens EDWARDS en KLEMMACK [26] is niet het aantal kwalen dat de bejaarde in de loop van een maand of jaar heeft betekenisvol voor de levensvoldoening, maar wel de gezondheidsbeleving. Dit werd ook vastgesteld door PALMORE en LUIKART [27].

De huwelijksvoldoening, d.i. de globale indruk die de echtgenoten of één van hen hebben over het echtelijk leven, is volgens DE JONG-GIERVELD [28] positief gecorreleerd met de levensvoldoening in de leeftijdsklasse 30 tot 55 jaar. Uit een onderzoek van RILEY et al. [29] bleek echter dat die variabele weinig belangrijk is als predictor van de levensvoldoening bij bejaarden. Niettemin stelt KERCKHOFF [30] vast dat er meer voldoening merkbaar is in huwelijken waar de echtgenoot een aandeel heeft in het vervullen van huishoudelijk werk.

Aan de betekenis van het al of niet hebben van kinderen voor de levensvoldoening van de bejaarden wordt meestal voorbijgegaan. Het hebben van kinderen kan nochtans een affectieve zekerheid betekenen voor de bejaarde en een beveiligende factor die de levensvoldoening ten goede komt. Deze factor wordt dan ook als laatste controlevariabele ingevoerd.

Onderhavig artikel beoogt dus de effecten te bepalen van de informele en formele relaties en van de hobbybeoefening van de bejaarde vrouw op haar levensvoldoening bij controle van de leeftijd, de burgerlijke staat, de objectieve en subjectieve gezondheidstoestand (gemeten door invaliditeit en de gezondheidsevaluatie), de huwelijksvoldoening, de sociale status (gemeten via de inkomensevaluatie) en het aantal in leven zijnde kinderen van de bejaarde.

II. HET ONDERZOEKSMATERIAAL EN DE VARIABELEN

De data waarop onderhavig artikel steunt zijn afkomstig uit een in 1977 door het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën (Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin) ondernomen studie in twee middelgrote steden van het Nederlandse taalgebied [31]. De steekproef omvatte 240 personen ouder dan 65 jaar. 120 alleenwonende bejaarde weduwen en evenveel gehuwde vrouwen, uitsluitend wonend met hun echtgenoot werden aan de hand van een gestructureerd vragenschema ondervraagd naar hun graad van levensvoldoening.

De uiteindelijke afhankelijke variabele van dit artikel is de levensvoldoening. De levensvoldoening werd gemeten met behulp van de herziene Life Satisfaction Index van ADAMS [32], gebruikt in verschillende buitenlandse onderzoeken. De schaal tot

meting van de levensvoldoening omvatte 18 uitspraken waarmee de bejaarde zich al dan niet akkoord diende te verklaren. Een trichotoom scoringssysteem werd toegepast waarbij 2 punten werden toegekend voor een positief antwoord, 1 punt voor een onbeslist antwoord en 0 punten voor een negatief geëvalueerd antwoord. De grenswaarden van de schaal liggen tussen 0 (lage tevredenheid) en 36 (hoge tevredenheid).

De drie centrale onafhankelijke variabelen i.v.m. de maatschappelijke betrokkenheid werden als volgt geoperationaliseerd. Vooreerst werd bij de operationalisering van de informele relaties gepeild naar de frequentie van contacten met kinderen, vervolgens deze met broers, zusters en andere verwanten en ten slotte deze met degenen die niet tot de familie behoren, zijnde de contacten met vrienden, kennissen en buren. Contact houdt in dat men op bezoek gaat of bezoek ontvangt, of beide. Door het peilen naar de frequentie waarmee de contacten plaatsvinden (dagelijks, wekelijks, maandelijks, ...) werd het kwantitatief aspect van het relatienet belicht. Daarna werden die verschillende kenmerken van de informele contacten samengevat in een contactscore. Hierbij werd rekening gehouden met het aantal personen met wie men in vertrouwen omgaat, met de frequentie waarmee die relaties worden in stand gehouden, evenals met de evaluatie van die relaties door de betrokkene zelf. De berekening van de contactscore steunt op de door de bejaarde genoemde vertrouwenspersonen, of personen die werkelijk iets voor hem betekenen. De contacten met elk van die personen werd als volgt gewaardeerd: eenmaal of enkele malen per dag: 3 punten — eenmaal of enkele malen per week: 2 punten — enkele malen per maand of minder: 1 punt. Voor ieder van die relaties werd de evaluatie bepaald waarbij volgende scores worden toegekend: in ieder geval het contact willen behouden: 3 punten — liefst toch behouden: 2 punten — willen missen: 1 punt. Deelscores werden berekend door de score van de frequentie contacten te vermenigvuldigen met de waardering van de relatie. De deelscores werden berekend voor de drie nauwste relaties en werden vervolgens gesommeerd. De hoogste totaalscore bedroeg 3 (maximaal aantal personen)×3×3=27, de laagste score 0 (geen vertrouwenspersoon). Achteraf werden die scores teruggebracht tot volgende categorieën: geringe contactscore: 0 tot 14 punten, middelmatige contactscore: 15 tot 20 punten, en hoge contactscore: 21 punten en meer. Deze indeling geschiedde op grond van de bekomen resultaten van de totale groep van ondervraagden waarbij gestreefd werd naar een opsplitsing in drie naar aantal gelijke subgroepen.

De formele relaties van de bejaarden werden getoetst aan de hand van een verenigingsscore. Gepeild werd naar het lidmaatschap van één of meer verenigingen en naar de graad van participatie. De bejaarde die van geen enkele vereniging lid is, krijgt een score 0. Dit geldt ook voor degene die lid is maar nooit deelneemt aan het verenigingsleven. Al naargelang van de deelname aan het verenigingsleven neemt de waarde van de score toe.

De indirecte maatschappelijke betrokkenheid ten slotte betreft de mate van zelfactiviteit en werd gemeten op grond van het aantal hobby's.

Ook de controlevariabelen kunnen bondig worden toegelicht. De leeftijd van de bejaarde werd gehercodeerd in 4 categorieën (65-69 jaar; 70-74 jaar; 75-79 jaar en 80+ jaar). Zoals reeds vermeld bestaat de steekproef voor de ene helft uit weduwen en voor de andere helft uit gehuwde bejaarden. De invaliditeit van de bejaarde (objectieve gezondheidstoestand) werd gemeten aan de hand van een score van diverse huishoudelijke bezigheden. De subjectieve gezondheidstoestand bestond uit drie antwoordmogelijkheden (zeer goed, tamelijk goed en slecht). Er werd eveneens een

schaal gebruikt voor het meten van de huwelijksvoldoening. De inkomensevaluatie bestond uit de categorieën ruim voldoende, juist voldoende en niet voldoende. De gezinsgrootte tenslotte betreft het aantal nog in leven zijnde kinderen van de bejaarde.

III. RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Het effect van de drie componenten van de maatschappelijke betrokkenheid op de levensvoldoening van de bejaarde werd bepaald door middel van multiple lineaire regressie-analyse. Ook de zeven controlevariabelen werden in de regressie-analyse ingeschakeld. De resultaten worden samengevat weergegeven in onderstaande tabel. Deze tabel vermeldt de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (bêta-coëfficiënten) met de significantieniveaus (F-toets) van de effecten van de verschillende variabelen.

TABEL — *Overzicht van de resultaten van de multiple lineaire regressie-analyse*

Onafhankelijke variabelen	*Bêta-coëfficiënten*	*F-waarde*
Informele relaties	0,04	n.s.
Formele relaties	0,08	.05
Hobby's	0,14	.001
Leeftijd	0,14	.001
Burgerlijke staat	−0,31	.001
Invaliditeitscoëfficiënt	−0,20	.001
Gezondheidsevaluatie	−0,28	.001
Inkomensevaluatie	−0,10	.01
Huwelijksvoldoening	0,07	n.s.
Gezinsgrootte	0,08	.05
Multiple correlatiecoëfficiënt	0,63	.001
R^2	39 %	

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat van de drie aspecten van de maatschappelijke betrokkenheid de beoefening van hobby's de belangrijkste predictor is van de levensvoldoening (0,14). Dit effect is het enige van de drie dat significant is op het .001-niveau. Er bestaat dus een betekenisvolle relatie tussen de mate van zelf-werkzaamheid, gemeten aan de hand van hobbybeoefening, en de levensvoldoening. Degenen met een kleine actieradius vertonen minder levensvoldoening. De betekenis van het onderhouden van formele relaties is daarentegen slechts significant op het .05-niveau en de coëfficiënt van de informele contacten is niet eens significant.

De betekenis van de hobbybeoefening als predictor van de levensvoldoening sluit aan bij de vroeger geciteerde vaststelling van PECK, maar is volledig in tegenstelling met de resultaten van LEMON, BENGTSON en PETERSON. Het significant effect van de participatie aan het verenigingsleven werd wel in de meeste literatuur aangetroffen.

Uit die gegevens valt af te leiden dat de sociale activiteit of de mate van participatie van de bejaarde niet noodzakelijk leiden tot een hogere levensvoldoening. Wellicht speelt de mate waarin de bejaarde graag alleen is eveneens een rol. Deze variabele werd niet in het onderzoek ingeschakeld.

Ofschoon aan de andere variabelen slechts de rol van controlevariabele werd toebedeeld, kan hieraan toch bondig aandacht worden geschonken. Uitgezonderd de huwelijksvoldoening zijn de effecten van alle controlefactoren significant. Veruit de belangrijkste effecten — en overigens veel belangrijker dan de maatschappelijke betrokkenheid — gaan uit van de burgerlijke staat en de gezondheidsevaluatie van de bejaarde (respectievelijk −0,31 en −0,28). De levensvoldoening is merkelijk hoger bij gehuwde bejaarden en bij bejaarden die hun huidige gezondheidstoestand als gunstig evalueren. De subjectieve interpretatie van de gezondheidsbeleving lijkt dus belangrijk te zijn. Individuen ervaren hun gezondheid positief als zij het gevoel hebben de problemen en de noden van hun directe omgeving aan te kunnen. In dergelijke gesteltenis wordt hun leven voldoeninggevend. Een gelijkaardig effect — maar iets minder hoog — gaat uit van de invaliditeitsscore (−0,20). Het maatschappelijk betrokken-zijn komt bij bejaarden, vooral wanneer ze alleen wonen, sterk in het gedrang in geval van ziekte. Merkwaardig genoeg neemt de levensvoldoening ook toe met de leeftijd van de bejaarden (0,14). De effecten van deze vier variabelen zijn significant op het .001-niveau. Een gunstige beoordeling van het inkomenspeil beïnvloedt eveneens positief de levensvoldoeningsscore (−0,10), ook het aantal in leven zijnde kinderen (0,08). Die effecten zijn respectievelijk significant op het .01- en .05-niveau.

Samen verklaren de 10 in aanmerking genomen variabelen 39 % van de variantie van de levensvoldoening. Dit effect is ruimschoots significant op het .001-niveau.

IV. BESLUIT

Gepoogd werd, aan de hand van het C.B.G.S.-onderzoek over de levensvoldoening van gehuwde vrouwen en weduwen van 65 jaar en ouder, na te gaan wat de betekenis is van de maatschappelijke betrokkenheid van de bejaarde vrouw voor haar levensvoldoening. Om de maatschappelijke betrokkenheid van de bejaarde te bepalen werd rekening gehouden met de mate waarin informele en formele relaties worden onderhouden en met de hobbyuitoefening. Als controlevariabelen golden de leeftijd, de burgerlijke staat, de globale invaliditeit, de gezondheidsevaluatie, de huwelijksvoldoening, de inkomensevaluatie en het aantal in leven zijnde kinderen van de bejaarde.

De multiple regressie-analyse wees uit dat de hobbybeoefening als predictor van de levensvoldoening belangrijker is dan het deelnemen aan het verenigingsleven. De betekenis van het onderhouden van informele relaties was te verwaarlozen. De meeste controlevariabelen oefenden eveneens significante invloed uit op de levensvoldoening. De belangrijkste hiervan waren de burgerlijke staat en de subjectieve en objectieve gezondheidsevaluatie van de bejaarde.

Belangrijke factoren die de aanpassing op oudere leeftijd vergemakkelijken en een positieve levensvoldoening voor gevolg hebben zijn de zelfwerkzaamheid, geïndiceerd via de hobbybeoefening, het gevoel economisch onafhankelijk te zijn,

geïndiceerd in een positieve evaluatie van het inkomen, en de fysische bewegingsvrijheid die zowel door een positieve gezondheidsbeoordeling als door de validiteitsscore werd achterhaald.

[1] G. DOOGHE en L. VANDERLEYDEN: *Het weduwschap op oudere leeftijd*, Brussel, C.B.G.S. Rapport 13, 1976, blz. 13.

[2] Nationaal Instituut voor de Statistiek, *Bevolkingsstatistieken*, 1977, 4, blz. 13.

[3] G. DOOGHE en L. VANDERLEYDEN: *Levensvoorwaarden en behoeften van bejaarden*, Antwerpen, De Nederlandse Boekhandel/De Sikkel, 1976, blz. 242 e.v.

[4] G. DOOGHE: *Bewoners van bejaardentehuizen. Sociologische doorlichting*, Antwerpen, De Nederlandsche Boekhandel/De Sikkel, 1972, 220 blz.; G. DOOGHE, L. VANDERLEYDEN en F. VAN LOON: „Maatschappelijke aanpassing in bejaardentehuizen. Een multivariate analyse", *Bevolking en Gezin*, 1977, 1, blz. 25-41; „Het samenwonen van bejaarden met kinderen — een padanalytische benadering", *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, 1977.

[5] M.W. RILEY, A. FOWER, M.E. MOORE, B. GEIS, B.K. ROTH, M.E. JOHNSON en U.E. SCHEIN: *Aging en Society*, Vol. I, New York, Russell Sage Foundation, 1968.

[6] P. TOWNSEND: „Isolation, desolation and loneliness", in : E. SHANAS, P. TOWNSEND, D. WEDDERBURN, H. FRIIS: *Old people in three industrial societies*, Londen, Routledge en Kegan, 1968, blz. 260.

[7] J.M.A. MUNNICHS: *Bouwstenen voor een sociale gerontologie*, Nijmegen, Dekker en Van de Vegt, 1972, blz. 175-184.

[8] P. TOWNSEND: *The family life of old people: an inquiry in East London*, Routledge en Kegan, 1957, blz. 66.

[9] G. DOOGHE, L. VANDERLEYDEN: „Eenzaamheid bij bejaarde weduwen en gehuwde vrouwen", *Bevolking en Gezin*, 1978, 1.

[10] R. HAVIGHURST en R. ALBRECHT: *Older people*, New York, Longmans, 1953.

[11] B.W. LEMON, V.L. BENGTSON en J.A. PETERSON: „An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community", *Journal of Gerontology*, 1972, 27, 4, blz. 511-523.

[12] S.J. CUTLER: „Voluntary association participation and life satisfaction: a cautionary research note", *Journal of Gerontology*, 1973, 28, 1, blz. 96-100.

[13] C.N. BULL en J.B. AUCOIN: „Voluntary association participation and life satisfaction: a replication note", *Journal of Gerontology*, 1975, 30, 1, blz. 73-76.

[14] G.L. BULTENA: „Life continuity and morale in old age", *The Gerontologist*, 1969, 9, 4, blz. 252.

[15] J.N. EDWARDS en D.L. KLEMMACK: „Correlates of life satisfaction: a re-examination", *Journal of Gerontology*, 1973, 28, 4, blz. 499.

[16] G. MADDOX en C. EISDORFER: „Some correlates of activity and morale among the elderly", *Social Forces*, 1962, 40, 3, blz. 260.

[17] G. KUTNER, D. FANSHEL, A.M. TOGO en T.S. LANGNER: *Five hundred over sixty*, Russell, Sage Foundation, New York, 1956.

[18] Voor een uitgebreide literatuurlijst: zie G. DOOGHE en F. VAN LOON: „Levensvoldoening bij gehuwde vrouwen en weduwen van 65 jaar en ouder, een multivariate analyse", *Bevolking en Gezin*, 1978, 2 (in druk).

[19] KUTNER et al., *op. cit.*; M.F. LOWENTHAL en D. BOLER: „Voluntary versus involuntary social withdrawal", *Journal of Gerontology*, 1965, 20, blz. 363-371.

[20] M. ABRAMS: *Beyond three-score and ten. A first report on a survey of the elderly*, National Old People's Welfare Council, Mitcham, 1978, blz. 42.

[21] J.N. EDWARDS en D.L. KLEMMACK, *op. cit.*, blz. 500.

[22] P. CAMERON: „Mood as an indicant of happiness: age, sex, social class and situational difference", *Journal of Gerontology*, 1975, 30, 2, blz. 221-223.

[23] G. GURIN, J. VEROFF en S. FELD: *Americans view their mental health*, Ann Arbor, Survey Research Center, 1960.

[24] KUTNER et al., *op. cit.*, 1956; P. CAMERON, *op. cit.*, 1975.

[25] J.N. EDWARDS en D.L. KLEMMACK, *op. cit.*, 1973, blz. 500.

[26] *Idem*, blz. 499.

[27] E. PALMORE en C. LUIKART, „Health and social factors related to life satisfaction", in E. PALMORE (ed.), *Normal Aging*, Durham, Duke University Press, North Carolina, 1974, blz. 78.

[28] J. de JONG-GIERVELD, *De ongehuwden. Een sociologisch onderzoek naar de levensomstandigheden en levensinstelling van ongehuwde mannen en vrouwen*, Alphen aan den Rijn, Samson, 1969, blz. 193.

[29] M.W. RILEY et al., *op. cit.*, blz. 352.

[30] A.C. KERKHOFF: „Family patterns and morale retirement", in: I.H. SIMPSON en J.C. KINNEY: *Social aspects of aging*, Durham, Duke University Press, North Carolina, 1966, blz. 177-179.

[31] De meeste resultaten van het onderzoek maken het onderwerp uit van een afzonderlijke publikatie (G. DOOGHE en L. VANDERLEYDEN: *Bejaarden en hun levensvoldoening*, Antwerpen, De Nederlandsche Boekhandel/De Sikkel, 1978). Hierin worden tevens alle technische details van het onderzoek en van de variabelen vermeld.

[32] D.L. ADAMS: „Analysis of a life satisfaction index", *Journal of Gerontology*, 1969, 24, 4, blz. 470-474.