

Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf Een kwantitatieve benadering

Dorly J.H. Deeg & Arjan W. Braam

Met behulp van een grootschalig survey-onderzoek onder de Nederlandse bevolking van 55-85 jaar (de Longitudinal Aging Study Amsterdam, LASA) werd nagegaan aan welke levensaspecten ouderen prioriteit toekennen, hoe die toekenning samenhangt met de werkelijke beschikbaarheid van ieder aspect, en of een discrepantie tussen prioriteit en beschikbaarheid de ervaren kwaliteit van leven aantast. De overgrote meerderheid van de ouderen bleek een goede gezondheid als prioriteit te stellen. Ruim de helft van de ouderen hechte groot belang aan een goed huwelijk. Ouderen die niet of niet meer de beschikking over een levensaspect hadden, bleken aan dit aspect een minder hoge prioriteit te geven. Voorts bleek het niet meer ter beschikking hebben van iets wat belangrijk werd gevonden (een discrepantie tussen prioriteit en beschikbaarheid) inderdaad samen te hangen met minder goede kwaliteit van leven.

[ouderen, kwaliteit van leven, satisfactie, cognitieve aanpassing, survey-onderzoek]

Kwaliteit van leven is wellicht het meest benadrukte aspect van het ouder worden. Dit komt kernachtig tot uitdrukking in het adagium: "Geen jaren aan het leven, maar leven aan de jaren toevoegen." In sociaal-wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek bestaat dan ook een keur van instrumenten om de kwaliteit van leven van ouderen te meten. Er wordt op grote schaal onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven als uitkomstmaat bij chronische ziekte, naar voorspellers van kwaliteit van leven, en zelfs naar consequenties van kwaliteit van leven (Veenhoven 1989). Dit type onderzoek levert statistische samenhangen die zouden gelden voor de hele groep ouderen, soms uitgesplitst naar geslacht of burgerlijke staat, en soms gecontroleerd voor individuele en situationele factoren.

Uitkomstmaten in sociaal-wetenschappelijk onderzoek vatten kwaliteit van leven veelal samen als satisfactie: tevredenheid met het leven als geheel, tevredenheid met bepaalde aspecten van het leven zoals gezondheidstoestand, huisvesting, of sociale contacten. De antwoorden van ouderen op vragen naar satisfactie zijn in de regel sterk positief, zelfs wanneer de omstandigheden daar geen aanleiding toe lijken te geven. Zo bleek 34 procent van de chronisch zieke vrouwen in een representatieve steekproef van 55-89 jaar haar gezondheid subjectief als goed te beoordelen (Deeg 1994). Dit soort discrepantie blijkt groter te zijn bij oudere leeftijdsgroepen, en zou kunnen samen-

hangen met een sociaal-wenselijke beantwoordingsstijl. Een andere uitleg van deze discrepantie wordt gevormd door een verlaging van het aspiratieniveau (Van den Bos 1989). Dit is echter maar een gedeeltelijke verklaring: waarom het aspiratieniveau zou dalen wordt in het midden gelaten.

In epidemiologisch onderzoek worden uitkomstmaten voor kwaliteit van leven vaak opgevat als zelfredzaamheid. De veronderstelling is dan, dat de kwaliteit van leven gewaarborgd is wanneer de oudere nog in staat is zichzelf te verzorgen en andere belangrijke dagelijkse activiteiten te volbrengen. Kwaliteit van leven is echter veeleer de subjectieve ervaring van de oudere, welke niet aan hoeft te sluiten bij het objectief kunnen uitvoeren van bepaalde activiteiten – hoe basaal ook.

Op zowel de sociaal-wetenschappelijke als de epidemiologische benadering is eenzelfde punt van kritiek mogelijk. Noch de aspecten waarover naar tevredenheid wordt gevraagd, noch het lijstje van activiteiten die worden geacht zelfredzaamheid aan te geven, hoeven niet tot de prioriteiten van de oudere te behoren. Bijgevolg hoeven zij weinig van doen te hebben met diens ervaren kwaliteit van leven (Krause 1996, Verbrugge 1995). Vanuit dit gezichtspunt moeten, alvorens de voorspellers van (verlies van) kwaliteit te kunnen bepalen, eerst de prioriteiten van de oudere worden vastgesteld. De veronderstelling daarbij is dat de kwaliteit van leven pas in het geding komt wanneer datgene wat de oudere zelf belangrijk vindt niet (meer) tot de mogelijkheden behoort. Bijvoorbeeld een oudere vrouw die een chronische ziekte heeft gekregen zal haar kwaliteit van leven als slecht ervaren indien zij voor zichzelf belang blijft hechten aan een goede gezondheid. Anderzijds zal zij, gezien de chroniciteit van haar ziekte, haar kans om te genezen vermoedelijk laag inschatten en daardoor wellicht minder belang gaan hechten aan een goede gezondheid. Het is dus waarschijnlijk dat de beschikbaarheid van het genoemde levensaspect zal beïnvloeden hoe belangrijk een oudere dit aspect vindt. Verondersteld zou kunnen worden dat het, bij ontbreken van een levensaspect, de kwaliteit van leven ten goede komt indien de oudere minder belang hecht aan dit aspect.

In deze bijdrage wordt nagegaan aan welke aspecten van het leven door ouderen zelf belang wordt gehecht. De volgende levensaspecten worden daarbij beschouwd: lichamelijke en geestelijke gezondheid, huisvesting, inkomen, huwelijk, gezin, vrienden en kennissen, geloof, en tijdsbesteding. Vervolgens wordt getoetst of er verschillen in prioriteiten zijn afhankelijk van de beschikbaarheid van deze aspecten. Tenslotte wordt nagegaan of de ervaren kwaliteit van leven inderdaad lager is wanneer een levensaspect niet beschikbaar is terwijl de prioriteit van de oudere daar wèl ligt. Omgekeerd wordt nagegaan of de kwaliteit van leven als hoger wordt ervaren wanneer een levensaspect niet beschikbaar is en de oudere er ook geen belang aan hecht.

Methode

Steekproef

Gebruik werd gemaakt van de eerste waarneming van de Longitudinal Aging Study Amsterdam, een 10-jarig survey-onderzoek naar veranderingen in zelfstandigheid en welbevinden in de oudere bevolking in drie regio's van Nederland (Deeg, Knipscheer & Van Tilburg 1993). Het cohort van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) werd oorspronkelijk gerecruteerd voor het NESTOR-onderzoek "Leefvormen en sociale netwerken van ouderen". De steekproef werd getrokken uit de bevolkingsbestanden van elf gemeenten in West-, Noord-Oost-, en Zuid-Nederland, en was gestratificeerd naar leeftijd, sekse en verwachte sterfte na vijf jaar, en wel zo dat iedere leeftijdsgroep (55-59, ..., 80-85 jaar) na vijf jaar ongeveer evenveel mannen als vrouwen zou bevatten. Ieder van de drie onderzoeksregio's omvatte een stad en enkele plattelandsgemeenten. De steekproef weerspiegelt de landelijke verdeling naar urbanisatiegraad. Aan het NESTOR-onderzoek namen 3805 personen (62,3%) deel (Broese van Groenou et al. 1995).

Na elf maanden, van september 1992 tot september 1993, werden zij benaderd voor de eerste LASA-waarneming. Daarbij werden bij de respondenten thuis gestructureerde interviews afgenomen van gemiddeld 110 minuten. De interviewers waren getraind en werden begeleid door de LASA-staf. Bij 178 personen die te zwak waren om een volledig interview door te maken, werd een verkort interview afgenomen ("30 minuten). De totale respons was 81,7 procent ($n=3107$) van de deelnemers aan het NESTOR-onderzoek. Van de 698 niet-deelnemers was 18,1 procent overleden, was 19,2 procent te zwak om te worden geïnterviewd, kon met 6,3 procent na acht pogingen geen contact worden gelegd, en weigerde 56,4 procent. Niet-deelnemers kwamen relatief vaak voor onder de oudste respondenten ($p < 0,01$). De deelname verschilde niet naar geslacht (Smit & De Vries 1994).

Na afloop van het interview werd een schriftelijke vragenlijst achtergelaten met aanvullende vragen. Deze werd door 2303 personen (74,1%) teruggestuurd. Ook hier hing deelname samen met leeftijd, maar niet met geslacht.

Van de 3107 deelnemers aan het interview was 48,4 procent van het mannelijk en 51,6 procent van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd was 70,2 jaar. Van de onderzochten rekende 1,0 procent zich niet tot de Nederlandse bevolkingsgroep.

Gegevens

In de schriftelijke vragenlijst werd de ouderen gevraagd aan te geven welke drie van een lijstje van negen aspecten zij in hun huidige leven het belangrijkste achtten. Het lijstje bevatte de volgende levensaspecten: lichamelijke en geestelijke gezondheid, huisvesting, inkomen, huwelijk, gezin, vrienden en kennissen, geloof, en tijdsbesteding. Deze vragenlijst is ontleend aan onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Gijsberts 1993, Kooiker 1996), met enige aanpassingen om deze geschikt te maken voor de oudere bevolking. Met name is het aspect gezondheid opgesplitst in

lichamelijke en geestelijke gezondheid, is het aspect prettig werk vervangen door zinvolle tijdsbesteding, en is het aspect veel vrije tijd vervangen door goede huisvesting.

De aan- of afwezigheid van ieder levensaspect werd geoperationaliseerd met de volgende variabelen.

Lichamelijke gezondheid:

Afwezigheid, of aanwezigheid van één resp. meer chronische ziekten (Kriegsman 1994).

Geestelijke gezondheid:

1. Depressieve symptomen werden bepaald met de Nederlandse vertaling van de Center for Epidemiologic Studies Depression scale (Radloff 1977, Beekman et al. 1994). Deze schaal bestaat uit 20 vragen met vier antwoordmogelijkheden, resulterend in een scorebereik van 0-60. De betrouwbaarheid in deze steekproef was goed (Cronbach's alpha: 0,87). De schaal werd gedichotomiseerd bij de veelgebruikte afkapscore 16, van waaraf een klinisch relevant depressief syndroom aanwezig geacht mag worden (Beekman et al. 1997).

2. Cognitieve stoornissen werden bepaald met de MiniMental State Examination (Folstein et al. 1975, Launer et al. 1994). De betrouwbaarheid in deze steekproef was goed (Cronbach's alpha: 0,84). De schaal werd gedichotomiseerd bij de afkapscore van 24, waaronder een cognitieve stoornis aannemelijk geacht mag worden (Tombaugh & McIntyre 1992).

Huisvesting:

1. Bewoner van zelfstandige woning vs. verzorgings- of verpleeghuis.
2. Bewoner van eigen vs. gehuurde woning. Verondersteld werd dat zelfstandig wonen resp. in een eigen huis wonen een wenselijke situatie is (Mootz & Konings-VanderSnoek 1990).

Inkomen:

Netto inkomen per maand. Deze variabele werd gedichotomiseerd bij f 2000.

Huwelijk:

Burgerlijke staat. Deze variabele werd gedichotomiseerd als gehuwd vs. niet-gehuwd.

Gezin:

1. Wel vs. niet alleen wonen.
2. Gezinsleden in het sociale netwerk. Om het sociale netwerk vast te stellen werd de respondenten gevraagd in zeven domeinen de personen te noemen waarmee zij regelmatig contact hadden en die belangrijk voor hen waren. De domeinen waren: huisgenoten waaronder partner, (schoon)kinderen en kleinkinderen, overige familie waaronder (schoon)ouders, buren, contacten via werk of cursus, contacten via verenigingen of organisaties, en overige contacten (Van Tilburg 1995). Onder "gezin" werd gevat: (schoon)kinderen en kleinkinderen. Bepaald werd het aantal personen dat in deze cate-

gorie werd genoemd. Dit aantal liep van 0 tot 38. Het werd gedichotomiseerd als één of minder vs. twee of meer.

Vrienden en kennissen:

Deel van het sociale netwerk. Bepaald werd het aantal als belangrijk en regelmatig contact genoemde niet-familieleden en niet-huisgenoten. Dit aantal liep van 0 tot 53 werd gedichotomiseerd bij de mediaan, nl. tussen 3 en 4.

Geloof:

Frequentie van kerkbezoek minder dan eenmaal per maand vs. eenmaal per maand of meer (Braam et al. s.d.).

Tijdsbesteding:

Betrokkenheid bij één of meer van twaalf soorten organisaties en verenigingen zoals kerk, ouderenbond, of sportvereniging (CBS 1984, Van Rijsselt 1994).

De operationalisatie van kwaliteit van leven was zoveel mogelijk specifiek voor ieder levensaspect. Satisfactie werd nagevraagd op het gebied van de lichamelijke gezondheid ("Hoe is over het algemeen uw gezondheid?", minimum 1, maximum 5: CBS 1989), de huisvesting ("Hoe tevreden of ontevreden bent u met uw huidige woonsituatie?", minimum 1, maximum 3), en het inkomen (twee vragen: "Bent u tevreden met de hoogte van uw inkomen?" en "Bent u tevreden over hoe u van dit inkomen kunt rondkomen?", opgeteld tot minimum 2, maximum 10: Arts et al. 1989). Op het gebied van sociale contacten (leuk gezin, veel vrienden en kennissen) werd de eenzaamheidschaal gebruikt. Deze schaal bestaat uit 11 vragen, bijvoorbeeld "Ik mis mensen om me heen" of "Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt" (minimum 0, maximum 11: De Jong Gierveld & Kamphuis 1985). Over de satisfactie met de aspecten geestelijke gezondheid, geloof en tijdsbesteding werden geen specifieke vragen gesteld. Daarom is met betrekking tot deze aspecten de tevredenheid met het huidige leven gebruikt ("Bent u, alles bij elkaar genomen, de laatste tijd tevreden over uw leven?", minimum 1, maximum 5: CBS 1990). Alle indicatoren van kwaliteit van leven werden voor dit onderzoek gestandaardiseerd naar een schaal lopend van 0 tot 10. Hierbij geeft 10 de hoogste kwaliteit van leven aan.

Analysemethode

Het percentage ouderen dat een levensaspect als prioriteit opgeeft wordt onderscheiden voor ouderen die dit aspect wel en ouderen die het niet ter beschikking hebben. Verschillen tussen beide groepen ouderen worden getoetst met de chi-kwadraat toets.

Per levensaspect wordt nagegaan of er verschil is in ervaren kwaliteit van leven tussen ouderen wier prioriteit wel overeenkomt met de werkelijkheid en ouderen wier prioriteit dat niet doet. Daartoe wordt variantie-analyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele de gerapporteerde satisfactie over dat levensaspect of met het leven als geheel. In deze variantie-analyse wordt het effect van de interactieterm tussen prioriteit

van dit aspect (ja-nee) en werkelijke situatie (aspect wel-niet aanwezig) op de afhankelijke variabele getoetst.

Resultaten

In Tabel 1 staan de percentages ouderen die de genoemde levensaspecten tot de drie belangrijkste rekenden. Af te lezen valt dat de overgrote meerderheid een goede gezondheid als prioriteit stelt. Ruim de helft van de ouderen hecht groot belang aan een goed huwelijk. Bij ongeveer een derde van de ouderen staan respectievelijk een goede geestelijke gezondheid en een leuk gezin bovenaan het prioriteitenlijstje. Materiële aspecten als een goede huisvesting en een goed inkomen wordt door ongeveer een kwart van de ouderen zeer belangrijk gevonden. De aspecten geloof, zinvolle tijdsbesteding en vrienden en kennissen worden door een minderheid (10-20%) van de ouderen tot hun prioriteiten gerekend.

Tabel 1 De negen levensaspecten en het percentage ouderen (van n=2254) dat ieder aspect tot de drie belangrijkste rekent

<i>levensaspect</i>	<i>% belangrijk</i>
1 goede lichamelijke gezondheid	75,5
2 goed huwelijk	55,1
3 goede geestelijke gezondheid	37,0
4 leuk gezin	30,0
5 goede huisvesting	28,7
6 goed inkomen	23,7
7 sterk geloof	18,7
8 zinvolle tijdsbesteding	14,8
9 veel vrienden en kennissen	10,6

Tabel 2 laat zien dat het belang dat wordt gehecht aan de levensaspecten kan afhangen van leeftijd (of cohort) en geslacht. Zo is het percentage ouderen dat prioriteit legt bij een goede gezondheid lager in oudere leeftijdsgroepen. Hetzelfde geldt voor een goed huwelijk en een leuk gezin. Daarentegen is het percentage ouderen dat belang hecht aan een sterk geloof en een goede huisvesting hoger in oudere leeftijdsgroepen. Ook zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: de laatsten hechten minder vaak belang aan een goed huwelijk en een goed inkomen, maar vaker aan veel vrienden en kennissen, een zinvolle tijdsbesteding, en een sterk geloof.

Tabel 2 De negen levensaspecten en het percentage ouderen (van n=2254) dat ieder aspect tot de drie belangrijkste rekent, naar leeftijd en geslacht

<i>levensaspect</i>		55-64	65-74	75-85
1 goede lichamelijke gezondheid		79,3	76,1	70,9 ¹
	♂	75,8	74,9	72,0
	♀	82,5	77,3	69,8
2 goed huwelijk		60,4	57,0	47,8 ¹
	♂	66,0	68,3	61,1
	♀	55,3	47,0	33,3 ²
3 goede geestelijke gezondheid		38,9	35,4	36,6
	♂	37,5	32,0	35,0
	♀	40,3	38,4	38,4
4 leuk gezin		34,5	29,5	25,8 ¹
	♂	33,4	28,3	27,2
	♀	35,3	30,6	24,3
5 goede huisvesting		23,6	27,7	34,9 ¹
	♂	21,5	25,7	31,6
	♀	25,5	29,5	38,4
6 goed inkomen		22,8	22,5	25,9
	♂	28,5	28,0	26,7
	♀	17,5	17,7	25,1 ²
7 sterk geloof		12,6	18,6	25,3
	♂	11,7	14,0	22,5
	♀	13,3	22,7	28,2 ²
8 zinvolle tijdsbesteding		14,3	16,4	14,8
	♂	13,9	13,7	10,9
	♀	14,8	18,7	16,9 ²
9 veel vrienden en kennissen		8,9	11,0	11,9
	♂	7,1	8,3	8,0
	♀	10,5	13,4	16,1 ²

¹ Verschil tussen leeftijdsgroepen (55-64, 65-74, 75-85 jaar) significant, p 0,05.

² Verschil tussen mannen (%) en vrouwen (&) significant, p 0,05.

In Tabel 3 staan de percentages ouderen die een levensaspect tot hun prioriteit rekenen, afhankelijk van de aan- of afwezigheid van dat aspect. Het blijkt dat in het algemeen een levensaspect vaker belangrijk wordt gevonden wanneer het beschikbaar is. Dit verschil komt het duidelijkst naar voren op het aspect huwelijk. Op de meeste andere levensaspecten is een verschil in dezelfde richting waarneembaar: geloof, gezin, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid wanneer die cognitief functioneren betreft (maar niet wanneer die depressiviteit betreft), inkomen, tijdsbesteding en vrienden en kennissen. Er is één uitzondering: huisvesting. Voor beide operationalisering (zelfstandig vs. tehuis en eigen vs. gehuurde woning) is het percentage ouderen dat veel belang hecht aan een goede huisvesting hoger bij de categorie die geacht wordt een minder wenselijke situatie (dus gebrek aan beschikbaarheid) aan te geven, d.w.z. bij tehuusbewoners en bij bewoners van huurwoningen.

Tabel 3 Het percentage ouderen dat een levensaspect tot de drie belangrijkste rekent, uitgesplitst naar de aan- of afwezigheid van dat aspect

<i>levensaspect</i>	<i>% belangrijk</i>
1 goede lichamelijke gezondheid	
geen chronische ziekte	83,5
een chronische ziekte	77,0
meer dan één chronische ziekte	68,4 ¹
2 goed huwelijk	
gehuwd	75,1
niet gehuwd	17,5 ¹
3 goede geestelijke gezondheid	
geen depressiviteit	37,2
depressief syndroom	37,6
geen cognitieve stoornis	37,9
cognitieve stoornis	28,7 ¹
4 leuk gezin	
woont met anderen	34,0
woont alleen	19,9 ¹
> 1 (klein)kindere	34,6
≤ 1 (klein)kind	8,2 ¹
5 goede huisvesting	
zelfstandige woning	28,5
verzorgings- of verpleeghuis	35,7
eigen woning	21,9
huurwoning	33,4 ¹
6 goed inkomen	
inkomen > f 2000	30,1
inkomen ≤ f 2000	21,2 ¹
7 sterk geloof	
kerkbezoek ≥ 1x per maand	29,8
kerkbezoek < 1x per maand	2,3 ¹
8 zinvolle tijdsbesteding	
betrokken in organisatie/vereniging	15,5
niet betrokken in organisatie/veren.	11,4 ¹
9 veel vrienden en kennissen	
> 3 vrienden en kennissen	12,3
≤ 3 vrienden en kennissen	7,4 ¹

¹ Het verschil in percentage ouderen dat belang hecht aan dit aspect is significant ($p < 0,05$).

Tenslotte wordt de veronderstelling getoetst dat ouderen die een aspect belangrijk vinden maar dit niet ter beschikking hebben, een minder goede kwaliteit van leven ervaren dan ouderen die wel over dat aspect beschikken of die dit aspect niet belangrijk vinden.

Tabel 4 De ervaren kwaliteit van leven¹ van ouderen die een levensaspect al dan niet tot de drie belangrijkste rekenen, uitgesplitst naar de aan- of afwezigheid van dat aspect

<i>levensaspect</i>	<i>belangrijk</i>	<i>niet belangrijk</i>
1 ervaren gezondheid	8,0	7,6
geen chronische ziekte	6,8	6,6
één chronische ziekte	5,5	5,0
meer dan één chronische ziekte		
2 eenzaamheid		
gehuwd	1,2	1,7
niet gehuwd	2,9 ²	2,7
3 tevredenheid met het leven		
geen depressief syndroom	7,5	7,5
depressief syndroom	6,0	6,1
geen cognitieve stoornis	7,3	7,4
cognitieve stoornis	6,8	6,9
4 eenzaamheid		
woont met anderen	1,1	1,5
woont alleen	2,9	2,9
> 1 (klein)kinderen	1,3	1,7
≤ 1 (kleinkinderen)	2,2	2,6
5 tevredenheid met woning		
zelfstandige woning	9,4	9,6
verzorgings- of verpleeghuis	9,1	9,3
woning in eigendom	9,4	9,7
woning gehuurd	8,4	9,1
6 tevredenheid met inkomen		
inkomen > f 2000	9,3	9,3
inkomen ≤ f 2000	7,7	8,1
7 tevredenheid met het leven		
kerkbezoek ≥ 1x per maand	7,6	7,4
kerkbezoek < 1x per maand	6,7 ²	7,2
8 tevredenheid met het leven		
betrokken in organisatie/vereniging	7,3	7,4
niet betrokken in organisatie/veren	6,9	7,2
9 eenzaamheid		
> 3 vrienden en kennissen	1,3	1,4
≤ 3 vrienden en kennissen	2,3	2,2

¹ Ervaren kwaliteit van leven gestandaardiseerd op schaal van 0 (laag) tot 10 (hoog); ook de eenzaamheidschaal loopt van: 0 = zeer eenzaam tot 10 = niet eenzaam.

² De interactieterm belang*beschikbaarheid is significant ($p < 0,05$); ² staat bij de hoogste of laagste kwaliteit-van-leven-score.

De resultaten per levensaspect staan in Tabel 4. In het algemeen is een tendens waar te nemen dat ouderen die een aspect belangrijk vinden maar er niet over beschikken, minder tevreden zijn dan andere ouderen. Echter bij slechts twee van de negen aspecten valt de toets significant uit: huwelijk (aspect 2) en geloof (aspect 7). Wat aspect 2 betreft blijkt het volgende. Ouderen die niet gehuwd zijn maar toch een goed huwelijk belangrijk vinden, voelen zich eenzamer dan ouderen die wél gehuwd zijn of die niet gehuwd zijn en een goed huwelijk niet tot hun prioriteiten rekenen. Wat aspect 7 betreft blijkt dat ouderen die een sterk geloof belangrijk vinden maar niet frequent naar de kerk gaan, minder tevreden zijn over hun huidige leven. Ouderen die wel regelmatig naar de kerk gaan zijn even tevreden, ongeacht het belang dat zij aan een sterk geloof hechten.

Discussie

Uit de beschreven resultaten komt naar voren dat ouderen die niet of niet meer de beschikking hebben over een levensaspect, dit aspect minder hoog op hun prioriteitenlijstje hebben staan. Een verklaring voor deze bevinding is mogelijk met behulp van het begrip cognitieve aanpassing. Dit begrip is afkomstig uit de theorie van de mentale incongruentie (Tazelaar 1980, Dykstra & De Jong Gierveld 1993). Deze theorie behelst dat wanneer een persoon een spanning ervaart tussen wat hij wenselijk vindt en wat hij feitelijk ervaart, hij in de regel ernaar zal streven deze spanning op te heffen. Naarmate hij daarin meer succes heeft, zal hij een groter welbevinden bereiken. Het opheffen van spanning kan gebeuren ofwel door gedragsmatige, ofwel door cognitieve aanpassing. Mensen die iets belangrijk vinden, zullen streven naar de beschikbaarheid daarvan. Dit streven zal in veel gevallen succesvol zijn. Indien dit streven niet wordt beloond, of indien streven naar beschikbaarheid niet zinvol wordt geacht, volgt cognitieve aanpassing. Omdat het bij ouderen niet altijd realistisch is om te verwachten dat een levensaspect (weer) beschikbaar komt, zal cognitieve aanpassing bij ouderen waarschijnlijk vaker voorkomen (Deeg 1995). In deze bijdrage is een specifieke vorm van cognitieve aanpassing onderzocht, namelijk het mechanisme dat een levensaspect dat niet, en vooral: niet meer, beschikbaar is, minder belangrijk wordt gevonden.

De bevindingen laten voorts zien dat het niet ter beschikking hebben van iets wat belangrijk wordt gevonden, met andere woorden een discrepantie tussen belang en beschikbaarheid, inderdaad samenhangt met minder goede kwaliteit van leven. Met name is dit het geval voor de levensaspecten huwelijk en geloof. Voor de meeste andere levensaspecten was een tendens in dezelfde richting waar te nemen. Dat de toets hier geen significantie vertoonde, kan te wijten zijn aan drie dingen. Ten eerste, de vaak kleine aantallen in de 'meest interessante' groep, nl. de ouderen met discrepantie tussen beschikbaarheid en belang. Ten tweede, de relatief kleine variantie in de uitkomstmaten. Deze bestonden, met uitzondering van de eenzaamheidsschaal, uit slechts één of twee vragen. Daarnaast zijn de antwoorden op de verschillende vragen naar tevredenheid scheef verdeeld: de overgrote meerderheid van de ouderen geeft aan tevreden tot zeer tevreden te zijn. Uit eerder onderzoek bleek dat de mate van gerapporteerde tevredenheid op diverse aspecten bovendien met de leeftijd toeneemt (Deeg 1994). Ten derde

zou het uitblijven van de verwachte samenhang erop kunnen duiden dat ouderen redelijk in staat zijn mentale incongruentie te tolereren.

Een verdere beperking van dit onderzoek is het gebruik van cross-sectionele gegevens. Hierdoor kunnen oorzaak en gevolg niet empirisch uiteengehaald worden. Het zou bovendien van belang zijn na te gaan hoe de ouderen die een discrepantie ervaren daar vervolgens mee omgaan. Stellen zij hun prioriteiten bij? Passen zij daarmee ook hun aspiratieniveau aan? Worden zij alsnog succesvol in het verkrijgen van het gewenste levensaspect? Of leven zij verder met een minder goede kwaliteit van leven? Deze mogelijke uitkomsten kunnen deels worden nagegaan met behulp van longitudinale gegevens, zodra die in het LASA-onderzoek beschikbaar zijn. Voor een ander deel kan gericht kwalitatief onderzoek waardevolle informatie opleveren over hoe ouderen zelf hun proces van cognitieve aanpassing beschrijven, of hoe zij met blijvende ambivalentie omgaan (Gubrium & Sankar 1994).

Een andere mogelijke verklaring van de resultaten is met behulp van het begrip sociale wenselijkheid. Dit is de neiging van geïnterviewden om zich gunstig voor te doen, ongeacht hoe ze zich in werkelijkheid voelen (McCrae 1986). Individuen verschillen in deze neiging. Het is mogelijk dat ouderen die niet de beschikking hebben over een levensaspect, daarover niet willen klagen, en de ander niet lastig willen vallen met hun negatieve gevoelens. Hiermee kan echter niet worden verklaard dat in sommige gevallen ouderen die een discrepantie ervaren toch gemiddeld ontevredener zijn dan ouderen die geen discrepantie ervaren.

Een sterk aspect van dit onderzoek is het grote aantal onderzochten. Vermeld werd al dat de meest interessante groep, nl. die met discrepantie, soms al te klein bleek om significante samenhangen op te leveren. Zou niet met een grote steekproef gestart zijn, dan waren wellicht op alle levensaspecten niet-significante resultaten gevonden, en zouden interessante processen over het hoofd zijn gezien. Voorts wordt door het gebruik van een grote steekproef de statistische onzekerheid, die inherent is aan gestandaardiseerd onderzoek in heterogene populaties, gereduceerd.

Concluderend: de beschreven resultaten laten zien dat er geen lineaire samenhang is tussen ervaren kwaliteit van leven en omstandigheden. Er blijkt een zekere plasticiteit: wanneer de omstandigheden te wensen over laten, worden de wensen aangepast. Anders gezegd wijzen de resultaten erop dat er geen vaste maat is voor de kwaliteit van het leven, los van de leefomstandigheden en het belang dat daaraan wordt toegekend. De resultaten werpen ook nieuwe vragen op. Een belangrijke vraag is hoe sommige ouderen er wél in slagen de discrepantie tussen beschikbaarheid en prioriteit te overbruggen, en wat anderen daarin belemmert. Voor beantwoording van deze vraag is meer subtiele en intieme informatie nodig. Kwantitatief onderzoek kan deze informatie niet goed leveren. Antropologisch onderzoek met zijn methode van participerende observatie en diepte-interviews zou hierbij behulpzaam kunnen zijn.

De beschreven bevindingen houden een waarschuwing in om niet al te vèrgaande conclusies te trekken op grond van een enkele meting van kwaliteit van leven, zonder daarbij de leefomstandigheden en de prioriteiten van de onderzochten te betrekken.

Noot

Dorly J.H. Deeg, epidemioloog en gerontoloog, is werkzaam als universiteit hoofddocent bij de Vrije Universiteit Amsterdam. Zij is projectleider van het interdisciplinaire onderzoek Longitudinal Aging Study Amsterdam. Adres: Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologie, Faculteit SCW/LASA, VUA, De Boelelaan 1081c, 1081 HV Amsterdam. E-mail: djh.deeg@scw.vu.nl

Arjan W. Braam is als arts-promovendus verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Daarnaast is hij in opleiding tot psychiater.

De Longitudinal Aging Study Amsterdam werd geïnitieerd, en wordt grotendeels ondersteund, door de Directie Ouderenbeleid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Literatuur

Arts C.H. et al.

- 1989 *Ouderen geprofileerd. Meetinstrumenten ten behoeve van het gemeentelijk ouderenbeleid*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociologie.

Beekman, A.T.F. et al.

- 1997 Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): Results from a community based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine* 27: 231-35.

Beekman, A.T.F. et al.

- 1994 Een screeningsinstrument voor depressie bij Nederlandse ouderen in de algemene bevolking: De bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 25: 95-103.

Bos, G.A.M van den

- 1989 *Zorgen van en voor chronisch zieken*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Houten: Bohn Scheltema Holkema.

Braam, A.W. et al.

- s.d. Religious involvement and depression in older Dutch citizens. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (in druk).

Broese van Groenou, M.I. et al.

- 1995 Data collection. In: C.P.M. Knipscheer et al. (eds.) *Living arrangements and social networks of older adults in the Netherlands. First results*. Amsterdam: VU University Press, pp. 183-97.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

- 1984 *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder 1982. Deel IB, Kerncijfers*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- 1990 Trends uit de Leefsituatie-onderzoeken. *Mens en Maatschappij* 65 (4).

Deeg, D.J.H.

- 1994 Evenwichtig ouder worden. Omstandigheden en beleving van vrouwen. In: J. Baars, C.P.M. Knipscheer, Th.N.M. Schuyt (red.). *Zelfstandigheid en ouder worden*. Utrecht: Lemma, pp. 117-25.

- Deeg, D.J.H.
 1995 Research and the promotion of quality of life in older persons in the Netherlands. In: E. Heikkinen, J. Kuusinen, I. Ruoppila (eds) *Preparation for aging*. New York: Plenum Press, pp. 155-63.
- Deeg, D.J.H., C.P.M. Knipscheer & W. van Tilburg (eds.)
 1993 *Autonomy and well-being in the aging population: Concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. NIG-Overzichtstudies Nr. 7. Bunnik: Nederlands Instituut voor Gerontologie.
- Dykstra, P.A. & J. de Jong Gierveld
 1993 The theory of mental incongruity, with a specific application to loneliness among widowed men and women. In: R. Gilmour (ed.) *Theoretical frameworks in personal relationships*. Hillsdale: Erlbaum.
- Folstein M.F., S.E. Folstein & P.R. McHugh
 1975 "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-98.
- Gijsberts, M.
 1993 *Culturele veranderingen: Het wegen waard?* Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gubrium, J.F. & A. Sankar (eds.)
 1994 *Qualitative methods in aging research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jong-Gierveld, J. de & F.H. Kamphuis
 1985 The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement* 9: 289-99.
- Kooiker, S.E.
 1996 "Je gezondheid is je kostbaarste bezit". De veranderde waarde van gezondheid in de periode 1966-1993. In: S.E. Kooiker & M. Mootz (red.) *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau / Den Haag: VUGA, pp. 63-95.
- Krause N.
 1996 Stressors in salient social roles and well-being in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*.
- Kriegsman, D.M.W.
 1994 Chronic diseases, living arrangements, and mobility limitations. In: D.J.H. Deeg & M. Westendorp-de Serière (eds.) *Autonomy and well-being in the aging population I: Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU University Press, pp. 15-20.
- Launer, L.J. et al.
 1993 Are age and education independent correlates of the Mini-Mental State Exam performance of community-dwelling elderly? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 48: 271-77.
- McCrae, R.R.
 1986 Well-being scales do not measure social desirability. *Journal of Gerontology* 41: 390-92.

- Mootz, M. & M. Konings-VanderSnoek
 1990 *De mate van welzijn*. Cahier 79. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijsselt, R.J.T. van
 1994 Societal participation. In: D.J.H. Deeg & M. Westendorp-de Serièrè (eds.) *Autonomy and well-being in the aging population I: Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU University Press, pp. 97-102.
- Smit, J.H. & M.Z. de Vries
 1994 Procedures and results of the field work. In: D.J.H. Deeg & M. Westendorp-de Serièrè (eds.) *Autonomy and well-being in the aging population I: Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU University Press, pp. 7-13.
- Tazelaar, F.
 1980 *Mentale incongruenties, sociale restricties, gedrag*. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.
- Tilburg, T.G. van
 1995 Delineation of the social network and differences in network size. In: C.P.M. Knipscheer et al. (eds.) *Living arrangements and social networks of older adults in the Netherlands. First results*. Amsterdam: VU University Press, pp. 83-96.
- Veenhoven, R. (ed.)
 1989 *How harmful is happiness*. Rotterdam: Rotterdam University Press.
- Verbrugge, L.M.
 1995 New thinking and science on disability in mid- and late life. *European Journal of Public Health* 5: 20-28.