



Vrije Universiteit Brussel

Het welbevinden van ouderen in RVT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Eindwerk in de Agogische wetenschappen, Sociale Agogiek
Gert Thielemans

Promotor: Prof. dr. I.Ponjaert-Kristoffersen

Organisatie: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg -
deelwerking Brussel Oost

Academiejaar 2006-2007

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Het welbevinden van ouderen in RVT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Well-being of the elderly in caring homes in the Brussels Capital District

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad licentiaat
van licentiaat Sociale- en Culturele Agogiek door

Gert Thielemans

Academiejaar 2006–2007

Promotor: Prof. Dr. Ingrid Ponjaert – Kristoffersen

Aantal woorden: 9839



Samenvatting

Vrije Universiteit Brussel

Academiejaar 2006-2007

Faculteit: Psychologie en educatiewetenschappen

Vakgroep: Agogiek

Gert Thielemans

Licentiaat Sociale- en Culturele Agogiek

“Het welbevinden van ouderen in RVT’s in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest”

Promotor: Prof. Dr. I. Ponjaert – Kristoffersen

Dit onderzoek gaat bij 56 RVT-bewoners na welke variabelen er een invloed hebben op hun welbevinden. Aan de hand van een kwantitatief onderzoek wordt nagegaan welke van de 15 determinanten significante resultaten vertonen met het welbevinden. 10 Determinanten vertonen een significantie met één van de 7 factoren van welbevinden. Deze 7 factoren zijn: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, materieel welbevinden, cultureel welbevinden, existentieel welbevinden, sociaal welbevinden en de factor RVT. Deze factoren vormen samen het algemeen subjectief welbevinden. De algemene scores voor welbevinden op verschillende factoren liggen vrij hoog. Hierdoor kunnen we stellen dat het welbevinden van de onderzochte ouderen vrij hoog is.

Ouderen die kinderen hebben scoren hoger op het welbevinden dan ouderen zonder kinderen. Hoger opgeleide RVT-bewoners halen gemiddeld een hogere score op het welbevinden, net als bewoners die 4 of meer vrienden hebben. Ouderen die zelf gekozen hebben om in het RVT opgenomen te worden blijken eveneens een hoger welbevinden te hebben. RVT-bewoners hebben voldoende privacy nodig om een positief welbevinden te ervaren, het gebruik van antidepressiva daarentegen is nefast voor het welbevinden. Ook 4 persoonlijkheidsaspecten vertoonden significanties met het welbevinden: hoge scores voor extraversie, ordelijkheid, stabiliteit en intellect hebben een positief effect op het welbevinden. Aan de hand van kwalitatieve interviews worden er nieuwe aandachtspunten aan het licht gebracht. Zo hechten ouderen veel belang aan sociale relaties met de medebewoners en activiteiten in het RVT. Voldoende autonomie blijkt positief ervaren te worden, contact met dementerenden blijkt echter negatief ervaren te worden.

Dankwoord

Bij het schrijven van mijn eindverhandeling ben ik veel mensen tegengekomen die mij geholpen hebben. Ik zou ze graag via deze weg willen bedanken.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Ingrid Ponjaert – Kristoffersen bedanken. Zij heeft mij met raad en daad bijgestaan en mij uitstekend begeleid. Het was voor mij een uitermate positieve ervaring om met haar samen te werken.

Verder wil ik Prof. Dr. Dominique Verté en de assistenten bedanken die mij geholpen hebben met de statistische verwerking.

Ik bedank ook Stefanie Goovaerts van de Wetenschapswinkel voor het aanbieden van dit interessant onderwerp en de ondersteuning.

Tenslotte bedank ik de directies, het verzorgend personeel en alle RVT-bewoners voor de vrijwillige medewerking aan het onderzoek.

Inhoudstafel

Samenvatting.....	I
Dankwoord.....	II
1. Inleiding.....	1
1.1. Probleemstelling.....	1
2. Literatuur.....	2
2.1. Welbevinden: een begripsomschrijving.....	2
2.1.1. subjectief welbevinden.....	2
2.1.2. Het 6 dimensionele model door Marcoen (1987).....	3
2.1.2.1. Hedonistisch/eudaimonisch perspectief.....	3
2.1.2.2. Basaal/actueel welbevinden.....	4
2.1.2.3. 6 dimensies van welbevinden (Marcoen 1987).....	4
2.1.2.4. Empirisch onderzoek op het 6 dimensionele model.....	6
2.2. Succesvol onderworpen in een RVT.....	7
2.3. Andere beïnvloedende elementen.....	8
2.3.1. Het RVT en haar omgevingsfactoren.....	9
2.3.2. De keuze voor een RVT.....	9
2.3.3. Demografische verschillen.....	10
2.3.4. Sociale klasse.....	10
2.3.5. Gezondheid.....	11
2.3.6. Relaties/sociale contacten.....	11
2.3.6.1. Familie.....	11
2.3.6.2. Vrienden.....	12
2.3.7. persoonlijkheid.....	12
2.4. Onderzoeksvragen.....	13
3. Onderzoeksmethode.....	15
3.1. Populatie.....	15
3.2. Vragenlijsten.....	15
3.2.1. Kwantitatief luik.....	15

3.2.1.1. Personalia.....	16
3.2.1.2. Gesloten vragenlijst.....	16
3.2.1.3. Vragenlijst voor personeel.....	17
3.2.2. Kwalitatief luik.....	17
3.2.2.1. Open vragenlijst.....	17
4. Onderzoeksresultaten.....	18
4.1. Controle van de nieuwe itempool.....	18
4.2. demografische gegevens en welbevinden.....	19
4.2.1. Populatie.....	19
4.2.2. Geslacht.....	20
4.2.3. Kinderen/kleinkinderen.....	20
4.2.4. Onderwijs/beroep.....	21
4.3. Sociale gegevens en welbevinden.....	23
4.3.1. Vrienden.....	23
4.3.2. Bezoek van familie of vrienden.....	23
4.3.3. Leeftijd.....	24
4.4. Keuze RVT.....	25
4.5. Antidepressiva.....	25
4.6. persoonlijkheidskenmerken.....	26
4.7. Kwalitatieve data.....	27
4.7.1. Belangrijke zaken voor het welbevinden.....	28
4.7.2. sociale contactpersonen.....	31
4.7.3. Privacy.....	32
5. Discussie.....	33
5.1. Onderzoeksvragen.....	33
5.2. Open vragen.....	36
6. Conclusie.....	39
7. Referenties.....	41
8. Bijlagen.....	45

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Uit onderzoek blijkt dat het aantal ouderen in Vlaanderen sterk zal toenemen de komende 20 jaar. Naar schatting zal het aantal 60-plussers tussen 2004 en 2025 met 44% stijgen en het aantal 80-plussers zelfs met 67% (Willems, 2005).

Vooral de opvang van hoogbejaarden en bejaarden die verblijven in een instelling zoals een ROB¹ of een RVT^{**} vormt een zware kost voor de samenleving en de sociale zekerheid. Het is dan ook belangrijk om de zorgen optimaal te benutten en de kosten zo laag mogelijk te houden. Dit op een manier dat deze groep ouderen zich niet verwaarloosd voelt. Een onderzoek naar het welbevinden van ouderen in de residentiële opvang is interessant om te weten welke aspecten van hun leven in een RVT belangrijk zijn om zich goed te voelen. Zij verdienen immers ook een menswaardig bestaan.

De toenemende vergrijzing is echter niet de enige reden waarom men aandacht moet schenken aan ouderenzorg. Het CGGZ^{***} Brussel-Oost heeft in samenwerking met de Wetenschapswinkel een voorstel voor onderzoek ingediend om het welbevinden van ouderen in RVT's na te gaan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Blijkbaar komen er steeds meer depressies bij ouderen aan het licht en vraagt men zich af wat er aan de hand is. Het zou een agogisch onderzoek te ver leiden om depressies bij ouderen te onderzoeken, depressie is een klinische aandoening waarover een agoog niet voldoende achtergrondkennis bezit. Anderzijds is een studie naar het welbevinden wel zeer relevant. Het welbevinden behandelt de sociale, psychologische en levensbeschouwelijke kant van een individu, wat juist het studiegebied is van een agoog.

Dit onderzoek heeft tot doel meer inzicht te verwerven in het welbevinden van ouderen binnen een RVT. Hierbij zal aandacht worden besteed aan een gamma van aspecten die met welbevinden in verband worden gebracht.

¹ ROB: Rustoord voor bejaarden

^{**} RVT: Rust - en Verzorgingstehuis

^{***} CGGZ: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

2. Literatuur

2.1. Welbevinden: een begripsomschrijving

Het begrip welbevinden heeft geen vaste betekenis. Er bestaan immers meerdere omschrijvingen voor het begrip “welbevinden” en al even veel methoden om welbevinden te bepalen. Voor veel auteurs worden de begrippen “welbevinden” en “subjectief welbevinden” als hetzelfde omschreven.

Wanneer er in dit onderzoek over welbevinden gesproken wordt impliceert dit het subjectief welbevinden. Men kan objectief bepaalde zaken meten zoals bv. de grootte van de kamer waarin men verblijft, het aantal bezoeken dat men krijgt. Maar daarom weten we nog niet hoe goed de RVT-bewoner zich hierbij voelt; een grote kamer wordt niet altijd positief ervaren, sommige bezoeken zijn minder aangenaam,... Daarom is het belangrijk om vanuit de ervaringen van de bewoner zelf te gaan zoeken welke zaken hij belangrijk vindt en vooral waarom. Elke bewoner vindt een goede verzorging belangrijk, maar bij de ene is de dagdagelijkse verzorging meer een vorm van sociaal contact, terwijl voor de andere het lichamelijk noodzakelijk is om te overleven.

Hieronder gaan we dieper in op het begrip subjectief welbevinden.

2.1.1. Subjectief welbevinden

De meeste definities van subjectief welbevinden zijn niet zoveel verschillend van elkaar (Brunstein, 1993, Griffin, 1986). Diener, Lucas & Oishi (2005) omschrijven subjectief welbevinden als:

“a person’s cognitive and affective evaluations of his or her life. These evaluations include emotional reactions to events as well as cognitive judgements of satisfaction and fulfilment. Thus subjective well-being is a broad concept that includes experiencing pleasant emotions, low levels of negative moods, and high life satisfaction”. (2005, p.63)

Subjectief welbevinden wordt hier omschreven als een evaluatie van het leven. Het is niet het leven zelf dat welbevinden meebrengt, maar wel hoe men zijn of haar leven ervaart. In deze definitie komt ook het begrip levenstevredenheid voor. Welbevinden en leventevredenheid zijn twee andere begrippen, maar hangen zeer nauw samen. We bespreken in een volgend hoofdstuk kort het begrip levenstevredenheid.

2.1.2. Het 6-dimensionele model van welbevinden door Marcoen

We hebben nu kort een omschrijving gegeven van wat subjectief welbevinden omvat. Veel auteurs (Brunstein et. al.) blijken ongeveer dezelfde definitie te hanteren als deze van Diener et al. (2005). Het grote verschil ligt in de analyses van welbevinden door de auteurs. Er bestaan veel verschillende modellen en meetinstrumenten van welbevinden. Ook voor verschillende doelgroepen bestaan er meerdere modellen van subjectief welbevinden.

In dit onderzoek zullen we ons vooral baseren op het 6-dimensionele model van subjectief welbevinden door Prof. Marcoen (1987, 1993, 2006). Dit is een algemeen model voor meerdere doelgroepen, maar is in hoofdzaak toegepast op ouderen. Daarom wordt er voor dit 6-dimensionele model gekozen.

Marcoen beschouwt welbevinden als een subjectieve ervaring die kan opgesplitst worden in 6 dimensies. Deze zes dimensies zijn: *materieel welbevinden*, *sociaal welbevinden*, *psychologisch welbevinden*, *lichamelijk welbevinden*, *cultureel welbevinden* en *existentieel welbevinden*. Volgens Marcoen valt elke vorm van subjectief welbevinden onder één van deze 6 dimensies. Deze zes dimensies worden nader toegelicht. Verder lichten we enkele verschillen binnen het subjectief welbevinden toe.

2.1.2.1 Hedonistisch/eudaimonisch perspectief

Marcoen (2006) spreekt van 2 verschillende perspectieven van welbevinden. Het hedonistische en het eudaimonische.

Het hedonistisch perspectief bevat vooral zich goed voelen door middel van genotsactiviteiten, zowel psychisch als lichamelijk. Het is gebaseerd op het Griekse Hedonisme waarbij men zoveel mogelijk probeerde van het leven te genieten met zoveel mogelijk plezier en zo weinig mogelijk pijn. Het hedonistisch perspectief bevat vooral

positieve zelf- en levenstevredenheid, de aanwezigheid van positieve gevoelens en stemmingen en de afwezigheid van negatieve gevoelens en stemmingen.

Het Eudaimonische perspectief is niet gebaseerd op genot, maar op het realiseren van zijn ware aard of “daimon”. Niet alleen genot leidt tot welzijn, maar ook persoonlijke groei. Het eudaimonische perspectief betracht welbevinden te verkrijgen via zelfrealisatie. Deze zelfverwezenlijking hangt sterk samen met het begrip “persoonlijke expressiviteit”. Deze persoonlijke expressiviteit wordt bekomen door succesvol uitdagingen aan te gaan en inspanningen te leveren.

2.1.2.2. Basaal/actueel welbevinden

Marcoen (1987) maakt ook nog een onderscheid tussen het algemeen basaal welbevinden en het wisselend actueel welbevinden. Zo is het basale welbevinden een algemene toestand van welbevinden die redelijk stabiel is door de jaren heen. Zo heb je bv. een optimist die alles positief bekijkt doorheen de levensloop. Deze visie blijft stabiel maar kan wel veranderen door de jaren heen door allerlei gebeurtenissen (dood geliefde, ernstige ziekte, geboorte kind,...). Het wisselend actueel welbevinden verschilt van moment tot moment. Zo is bv. een slechte dag hebben, of (kortstondig) ziek zijn en zich slecht voelen, een vorm van actueel welbevinden (Lenders, 2004).

2.1.2.3. 6 dimensies van welbevinden (Marcoen 1987)

Hierna volgt een bondige omschrijving van de 6 dimensies van welbevinden zoals ze door Marcoen worden omschreven.

Psychisch welbevinden

Deze vorm van welbevinden omvat de positieve omgang van een persoon met ervaringen, emoties, herinneringen,... Hoe tevreden is men met zichzelf, met het verleden en het heden?, Hoe kijkt men naar de toekomst? Het psychisch welbevinden kan dus opgevat worden als de mate van tevredenheid over zichzelf en zijn leven.

Lichamelijk welbevinden

Het lichamelijk welbevinden is tweeledig. Enerzijds omvat het de lichamelijke gezondheid van een persoon, zoals de afwezigheid of controle van pijn en ziekte. Anderzijds heeft het ook te maken met de tevredenheid over het eigen lichaam, het accepteren van zijn uiterlijk.

Sociaal welbevinden

Sociaal welbevinden is tevreden zijn met de sociale contacten die men heeft en de mate waarin men zich aanvaard voelt binnen de sociale context (het RVT, de familie, de samenleving,...).

Materieel welbevinden

Hier wordt vooral verwezen naar de mate waarin men tevreden is met de materiële omgeving waarin men verblijft. Hiermee wordt vooral het RVT beoordeeld. Aspecten zoals het interieur en de verzorging komen dus aan bod, ook de persoonlijke materiële situatie, zoals bv. het nog bezitten van een eigen huis.

Cultureel welbevinden

“Cultureel welbevinden” moet hier in ruime zin genomen worden: zaken zoals taal, waarden en normen naast Cultuur met de grote C zoals kunst. De taalproblematiek die dikwijls voorkomt in Brussel valt hieronder. Ook hoe men denkt over de actualiteit en de persoonlijke cultuurbeleving zoals het luisteren naar muziek en het lezen van een goed boek zijn vormen van cultureel welbevinden.

Existentieel welbevinden

Grote levensvragen die gaan over het leven en de dood, over het universum, over religie worden hier geplaatst. Oudere mensen gaan al wat meer nadenken over het leven en de naderende dood. In welke mate zijn zij tevreden met betrekking tot de vragen die ze hierover stellen?

De beschreven zes dimensies zijn zeker geen alleenstaande entiteiten die elk apart werken. Ze overlappen en beïnvloeden elkaar. Er is dus een samenhang tussen al deze dimensies. Uit verder onderzoek (zie paragraaf 2.1.2.4.) blijkt bovendien dat deze 6 dimensies niet de volledige lading dekken van het algemeen subjectief welbevinden.

2.1.2.4. Empirisch onderzoek op het 6-dimensionele model

E. Amelinckx (1997) onderzocht of de zes dimensies van Marcoen (1987) ook van toepassing zijn voor ouderen, in dit geval 65-plussers. Uit factoranalyses bleek dat het zesdimensionale model niet volledig van toepassing is op ouderen. Amelinckx vond 5 van de 6 dimensies terug, maar dan in een bredere context en herleidde ze tot 6 nieuwe verengde factoren. Cultureel welbevinden was de enige dimensie die niet terugkwam in de analyse.

Ook I. Linsen (1997) Toetste het 6-dimensionele model (Marcoen 1987) aan andere bestaande vragenlijsten en kwam tot de conclusie dat de 6 dimensies wel teruggevonden kunnen worden bij gepensioneerden, maar dat de psychologische en de existentiële dimensie nauw samenhangen.

Billiet (2001) en Van Cotthem (2001) Toetsten de 6-dimensionele schaal van Marcoen opnieuw bij ouderen en kwamen via een factoranalyse tot de conclusie dat men niet 6, maar 4 dimensies kan onderscheiden. Materieel en lichamelijk welbevinden waren de enige 2 dimensies die overbleven. De twee nieuwe factoren waren positieve zelf- en levenservaring en angst & vervreemding. Deze verandering wordt verklaard doordat ouderen nieuwe en andere prioriteiten stellen qua behoeftes dan jongere volwassenen.

M. Lenders (2004) ging dan weer na of de oorspronkelijke 6 dimensies van Marcoen (1987) wel opgaan voor volwassenen vanaf 45 jaar. Zij kwam (eveneens) tot de conclusie dat de 6 dimensies niet voldoende zijn om het welbevinden te bepalen. Haar onderzoek leverde 6 factoren op waarbij enkel lichamelijk en materieel welbevinden bleven en er 4 nieuwe factoren ontstonden. De onderscheiden factoren waren: sociaal welbevinden/vertrouwen, materieel welbevinden, positieve zelf- en levenservaring, lichamelijk welbevinden, negatieve emoties en angst & vervreemding.

Uit deze voorgaande onderzoeken blijkt dus dat de 6 dimensies van Marcoen (1987) niet toereikend zijn voor verschillende populaties. Nieuwe factoren kwamen aan het licht en per doelgroep veranderden deze onderling. Ondanks deze nieuwe factoren van welbevinden die aan het licht kwamen is het 6-dimensionele model van Marcoen een goede basis om het welbevinden te bepalen van ouderen in RVT's. Ook zij zullen nieuwe behoeftes hebben tegenover ouderen die niet in een RVT verblijven. Het basismodel helpt bij het zoeken naar nieuwe factoren van welbevinden of kunnen bestaande toetsen.

2.2. Succesvol ouder worden in een RVT

Succesvol ouder worden wordt dikwijls gelinkt aan welbevinden. We gaan hieronder wat verder in op dit thema.

Wanneer men spreekt over succesvol ouder worden, roept dit niet direct het beeld van een rusthuisbewoner op. Toch is het succesvol ouder worden ook voor hen weggelegd. Volgens Baltes & Baltes (1990) is succesvol ouder worden het maximaliseren van de winsten en het minimaliseren van verliezen. Is het omdat iemand een groot deel van zijn/haar vrijheid verloren heeft, en dikwijls veel zware verliezen geleden heeft, dat hij/zij is afgeschreven? Marcoen (2006) aanziet constructief ouder worden als een taak waarin we adequaat moeten reageren op wat het leven met zich meebrengt op lichamelijk en sociaal gebied. Dus zelfs wanneer een oudere niet goed te been is en in een rolstoel zit, kan hij/zij zich nog altijd goed voelen, mits men zich aanpast aan deze nieuwe situatie.

Rowe & Kahn (1998) Geven twee belangrijke zaken aan die essentieel zijn voor succesvol ouder worden: actief blijven en engagement. Actief blijven op hogere leeftijd is echter niet vanzelfsprekend en het RVT is ook geen ideale plaats voor engagement. Kunnen RVT-bewoners überhaupt succesvol ouder worden?

Vanuit deze optiek blijkt dat een RVT geen plaats hoeft te zijn waar men naartoe gaat om er te sterven, maar meer een plek waar men aan een nieuw leven kan beginnen. Deze zienswijze vormt een goede reden om te onderzoeken hoe ouderen hun welbevinden ervaren in een RVT, en wat ze belangrijk vinden om zich er thuis te voelen.

2.3. Beïnvloedende elementen

Niet alleen de verschillende aspecten van welbevinden zullen hier aan bod komen. Uiteraard zijn er heel wat elementen die invloed uitoefenen op iemand zijn welbevinden. Aspecten zoals demografische gegevens of persoonlijkheid zullen hier onderzocht worden, en ook de kenmerken van het RVT zelf mogen niet vergeten worden. In dit hoofdstuk overlopen we deze aspecten door middel van de literatuur.

2.3.1. Het RVT en haar omgevingsfactoren

Welke omgevingsaspecten zijn bepalend voor het welbevinden in een RVT?

Parmelee & Lawton (1990) kwamen tot de conclusie dat autonomie en veiligheid belangrijk zijn voor de levenskwaliteit in rusthuizen. Onder autonomie verstaan we vooral begrippen zoals inspraak, privacy en zelfbeschikking. Onder veiligheid verstaan we vooral een veilige omgeving, vertrouwen en een respectvolle behandeling (Van Campen & Kerkstra, 1998).

2.3.2. De keuze voor een RVT

Een belangrijke vraag die gesteld kan worden is waarom ouderen de keuze maken om naar een RVT te verhuizen. Naarmate men ouder wordt neemt de populatie van ouderen in RVT's toe. Bij de 55-plussers verblijft maar 3,9% in een rusthuis. Bij de 85-plussers is dat aandeel al opgelopen tot 15% van de mannelijke populatie en 30% voor de vrouwelijke 85-plussers (Audenaert, 2003).

Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat mannen zich vroeger inschrijven in een rusthuis dan vrouwen die in dezelfde gezondheidstoestand verkeren. Ouderen die alleen wonen en/of geen kinderen hebben en er alleen voor staan zonder hulp van familie of vrienden vinden ook sneller de weg naar een rusthuis (Rijnders, 1993). Ouderen zullen dus naar een rusthuis of een RVT stappen wanneer de dagelijkse zelfredzaamheid moeilijk wordt (Steverink, 1996). Maar in welke mate beïnvloedt dit het welbevinden? Is de keuze voor een RVT nefast voor het welbevinden? Hierover zijn de meningen verdeeld.

Baltes (1996) kwam tot de conclusie dat het welbevinden van een bewoner er zelfs op vooruit gaat wanneer deze naar een RVT verhuist. Vanaf dan neemt de zorg toe en de ouderen worden dus beter opgevangen in tegenstelling tot thuis waar ze niet meer voor zichzelf konden zorgen.

Toch blijkt niet elke oudere even tevreden te zijn met zijn of haar verhuis. Het is immers zo dat een verhuis naar een rusthuis of een RVT samen valt met een verlies van zelfstandigheid en privacy en ook leidt tot meer afhankelijkheid (Naafs, 1997).

2.3.3. Demografische verschillen

Welke demografische variabelen spelen in op het welbevinden van ouderen? Oefent op oudere leeftijd het demografisch verleden nog steeds een invloed uit?

Wilson (1967) beweerde dat een gelukkig persoon de volgende kenmerken bezit: jong, gezond, goed opgeleid, goed verdienend, extravert, optimistisch, zorgeloos, gelovig en getrouwd. Verder beschikt hij/zij over een hoge eigenwaarde, werkmoraal, heeft bescheiden doelstellingen, is van elk geslacht en beschikt over een breed intelligentieniveau. Al deze kenmerken zijn niet bepaald eigenschappen die men automatisch toeschrijft aan RVT-bewoners.

Toch blijkt het inkomen, de leeftijd en het opleidingsniveau niet zo'n grote rol te spelen op het subjectief welbevinden (Campbell, Converse, Rodgers, 1976).

Uit een internationaal onderzoek naar welbevinden blijkt bovendien dat het welbevinden met de leeftijd niet veel verandert. Positieve gevoelens verminderden wel naarmate men ouder wordt, maar de negatieve gevoelens blijven stabiel (Diener; Suh, 1998).

2.3.4. Sociale klasse

Op jongere leeftijd heeft de sociale klasse waartoe men behoort een grote impact op het sociaal leven en op het welbevinden. Naarmate men ouder wordt en men bv. naar een RVT verhuist, vervagen deze sociale verschillen. Vooral de uiterlijke kenmerken van een sociale klasse worden vervaagd. Men is gestopt met werken, en zaken zoals een huis of een wagen

heeft men dikwijls niet meer. Toch blijven bepaalde zaken die blijk geven van het behoren tot een sociale klasse bestaan zoals bv. het opleidingsniveau.

Allan (1989) onderzocht of klassenverschillen een rol spelen bij vriendschapsrelaties op latere leeftijd. Mensen met een hogere of gemiddelde beroepsopleiding blijken meer vrienden te hebben, dan mensen uit lagere klassen. Ouderen uit lagere klassen hebben minder vriendschapsrelaties, maar ze hebben wel meer “maten” die ze kennen van vroeger. Deze vriendschapsbanden voltrekken zich dan ook meestal in groep en zijn minder diepgaand.

2.3.5. Gezondheid

De gezondheidstoestand van een persoon kan op 2 manieren gemeten worden, objectief en subjectief. Indien men objectief meet, controleert men de fysieke gezondheidstoestand van een persoon. Bij een subjectieve meting wordt aan de persoon gevraagd hoe hij/zij zijn gezondheidstoestand zou omschrijven. De objectieve gezondheidstoestand zou weinig invloed hebben op het subjectief welbevinden, terwijl de subjectieve gezondheidstoestand er sterk mee correleert (Okun, Stock, Haring, 1984). Dus een persoon kan zwaar ziek zijn, dit zal het welbevinden maar gedeeltelijk beïnvloeden indien hij zichzelf nog als gezond beschouwt.

2.3.6. Relaties/sociale contacten

De sociale contacten die bejaarden hebben in RVT's reiken veel verder dan het bezoek van familie en vrienden. Een RVT is een volledig nieuwe sociale omgeving waar men nieuwe mensen leert kennen en dus ook nieuwe contacten legt. Toch gaan de meeste publicaties meer over bezoeken van vrienden en familie dan over contacten met “internen” of medebewoners (Pauwels, Vanden Boer 2005).

2.3.6.1 Familie

De bezoeken van familieleden verdienen speciale aandacht. Meestal zijn de ouderen ook weduwe of weduenaar, waardoor het contact met de kinderen en kleinkinderen op de voorgrond komt, en dit meestal in de vorm van bezoeken.

Het meeste bezoek komt van de kinderen: ongeveer 73% van de residenten krijgt bezoek van de kinderen. 3% zegt nooit zijn/haar kinderen te zien en 24% heeft er geen. Tevens blijkt dat het aantal bezoeken dat de RVT-bewoners krijgen toeneemt naarmate ze ouder worden, terwijl het bezoek van vrienden en kennissen na verloop van tijd afneemt. (Pauwels, Vanden Boer, 2005).

Billiet (2001) schreef in haar onderzoek neer dat ouderen met 4 of meer kinderen een beter welbevinden ervaren dan mensen zonder kinderen of minder dan 4.

2.3.6.2. Vrienden

“Vriendschapsrelaties” is als begrip moeilijker te onderzoeken. Er is nog niet veel onderzoek gevoerd naar vriendschapsrelaties op oudere leeftijd, laat staan in een RVT. Toch vindt 62% van de 40-plussers vriendschap zeer belangrijk, en 34% belangrijk wat een totaal maakt van 96%. Daarmee hechten volwassenen evenveel belang aan vriendschap dan aan familierelaties (Westerhof, 2003). Ouderen zouden hun vriendenkring verruimen naarmate hun leeftijd toeneemt. Wegens een verlies van hun oude vrienden, worden nu andere kennissen en vertrouwenspersonen als vrienden beschouwd (Jerrome & Wenger, 1999). Dus hulpverleners zoals de verpleegkundigen of huisartsen krijgen vaak naast een louter medische ook een sociale rol toebedeeld. Ook de medebewoners kunnen tot deze groep van een verruimde vriendenkring behoren, maar men moet hiermee opletten. Men kan zelfs immers afvragen of deze nieuwe relaties wel genoeg voldoening geven aan ouderen in het RVT (Marcoen, 2006).

2.3.7. Persoonlijkheid

Vele aspecten van de persoonlijkheid kunnen we klasseren onder het algemeen basaal welbevinden (zie paragraaf 2.1.2.2.). Over het algemeen ondergaat de persoonlijkheid geen al te grote veranderingen wanneer men in een RVT terechtkomt. Toch ervaart men op oudere leeftijd veel emotionele gebeurtenissen die iemand zijn leven danig overhoop kunnen gooien zoals de dood van een partner of het verlies van autonomie. Desondanks blijft de persoonlijkheid vrij stabiel gedurende de hele levensloop. Dit omdat ouderen verschillende copingmechanismen ontwikkelen die de eigen persoonlijkheid verdedigen tegen dergelijke “events” (Carver & Scheier 2005). Zo zal een optimist zich beter weren tegen bv. de dood

van zijn of haar partner. Niet door deze “weg te lachen” maar wel door de sterfte te aanvaarden en positieve herinneringen en gevoelens te koesteren.

2.4. Onderzoeksvragen

Uit voorgaand literatuuroverzicht kan afgeleid worden dat het welbevinden door veel factoren beïnvloed kan worden. Dit onderzoek zal kijken in welke mate meerdere factoren met elkaar samenhangen en/of een invloed hebben op het algemeen welbevinden. We trachten na te gaan of volgende 15 variabelen (10 + de 5 persoonlijkheidsschalen) een invloed hebben op het welbevinden:

1. Het geslacht
Heeft het geslacht een invloed op het welbevinden?
2. Kinderen
Hebben ouderen met kinderen een hoger welbevinden?
3. Het opleidingsniveau/beroep
Zijn lager opgeleiden meer ontevreden? Heeft de sociale klasse waartoe men behoort een invloed op het welbevinden?
4. Het aantal vrienden
Hoeveel vrienden heeft een RVT-bewoner, wie zijn deze vrienden en wat is hun invloed op het sociaal welbevinden? In welke mate wordt het personeel en de medebewoners als vrienden beschouwd?
5. Bezoek van familie/vrienden
Hoe dikwijls krijgen RVT-bewoners bezoek? Heeft het aantal bezoeken dat men ontvangt een positieve invloed op het welbevinden?
6. De leeftijd
Worden RVT-bewoners naarmate ze ouder worden minder gelukkig?
7. De keuze voor een RVT
Hoe is de oudere in de RVT terechtgekomen? Heeft de persoon in kwestie zelf mogen kiezen om naar een RVT te verhuizen, of beslissen andere personen over hun lot? Heeft de eigen keuze voor een RVT een invloed op het welbevinden?
8. Het gebruik van antidepressiva
Hoeveel personen gebruiken antidepressiva en wat is de invloed van medicatie op het welbevinden?

9. De persoonlijkheid

Hoe nauw hangen persoonlijkheid en welbevinden samen? Zijn positief ingestelde personen ook gelukkiger? De persoonlijkheid wordt hier opgedeelt in 5 componenten:

- Extraversie
- Mildheid
- Odelijkheid
- Stabiliteit
- Intellect

10. Nog een goed gesprek kunnen voeren

Gaan de conversaties in een RVT meer dan over het weer alleen? Over wat wordt er gesproken en kunnen de ouderen hun problemen kwijt? Heeft praten een invloed op het welbevinden?

11. De ervaren privacy

Krijgt een RVT-bewoner voldoende privacy? Is het hebben van privacy belangrijk voor het welbevinden?

3. Onderzoeksmethode

3.1. Populatie

De populatie bestaat uit bewoners die allen gehuisvest zijn in een rust- en verzorgingstehuis binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De keuze van het RVT is random bepaald en toegekend mits toestemming van het bestuur van het RVT. Per instelling zijn er gemiddeld 10 respondenten die deelnemen aan het onderzoek. En dit om per RVT een duidelijk beeld te schetsen of er zaken zijn eigen aan de instelling die invloed hebben op het welbevinden van de residenten. Per RVT worden de respondenten at random gekozen door een afgevaardigde van het RVT. Dit kan zowel iemand zijn van de directie als van het verplegend personeel. Voorwaarde is dat de respondent in een nog goede geestelijke gezondheid verkeert en in staat is om degelijk op de vragen te kunnen antwoorden. Personen met de RIZIV-categorie C-dement worden uit het onderzoek weerhouden. Verder moet men het Nederlands dusdanig machtig zijn om de vragen te begrijpen en te kunnen beantwoorden.

Voor de persoonlijkheid te meten is er telkens een proxy aangeduid vanuit het personeel die een korte vragenlijst invult waarin hij/zij een mening geeft over de persoonlijkheid van de desbetreffende RVT-bewoner.

3.2. Vragenlijsten

Er werden meerdere vragenlijsten opgesteld, waarvan er 3 door de RVT-bewoners moeten beantwoord worden en één door het personeel. Het onderzoek heeft zowel een kwantitatief als een kwalitatief luik.

3.2.1. Kwantitatief luik

Het kwantitatief luik bestaat uit 3 delen waarvan 2 voor de RVT-bewoners: een personalia vragenlijst en gesloten vragenlijst met een 5-punten Likert schaal. Voor het personeel is er een aparte vragenlijst met gesloten vragen over de RVT-bewoner in kwestie. Hieronder worden deze vragenlijsten verder besproken.

3.2.1.1. Personalia

De RVT-bewoners krijgen een personalia vragenlijst voorgelegd waarin hun demografische gegevens worden bevraagd. Deze vragenlijst telt 19 vragen waaronder, naast vragen met betrekking tot demografische gegevens, ook vragen naar doktersbezoeken, bezoeken van vrienden/familie, gezondheid, keuze voor het RVT, etc. Deze vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijsten uit reeds bestaande onderzoeken (Van Cotthem, 1997; Billiet, 2001; Lenders, 2004) (zie bijlage 1).

De personalia vragenlijst helpt bij het onderzoek naar de samenhang van demografische variabelen bij het welbevinden. De vragen over de sociale toestand van de respondent worden gebruikt om te kijken of sociaal welbevinden en de sociale situatie wel samenvallen. Ook de vragen over de gezondheidstoestand van de respondent maken een vergelijking tussen gezondheid en lichamelijk welbevinden mogelijk.

3.2.1.2. Gesloten vragenlijst

Naast de personalia vragenlijst wordt aan de bewoners ook een gesloten vragenlijst voorgelegd. Deze bestaat uit 52 vragen waarop de respondenten aan de hand van een 5-punten Likert schaal een score moeten geven. Deze score gaat voor de eerste 25 vragen van “nooit” tot “altijd”. Voor de laatste 27 vragen gaat de score van “helemaal niet akkoord” tot “helemaal akkoord”. Deze vragenlijst bestaat grotendeels uit vragen overgenomen uit vorige onderzoeken naar het 6-dimensionele model van Marcoen (1987) aangevuld met eigen vragen die voornamelijk over het RVT gaan (Van Cotthem, 1997; Billiet, 2001; Lenders, 2004) (zie bijlage 2).

Via deze gesloten vragenlijst wordt gemeten welke aspecten verband houden met het welbevinden van de respondenten. Er zal nagekeken worden of er verbanden zijn tussen de verschillende dimensies. Nieuw is ook dat er componenten in aanwezig zijn die het mogelijk maken om de invloed van het RVT in al zijn aspecten te associëren met het welbevinden.

3.2.1.3. Vragenlijst voor het personeel

Het personeel beantwoordt een vragenlijst waarin nog gegevens gevraagd worden over de ondervraagde RVT-bewoner(s). Het eerste luik bevat vragen over verdere demografische gegevens zoals de lengte van het verblijf in het RVT. Tevens worden nog enkele medische gegevens bevroegd die betrekking hebben op hulpverlening en medicatie. In het tweede luik worden de subjectieve ervaringen van het personeel over de bewoner(s) nagegaan aan de hand van een vragenlijst gebaseerd op de Five-Factor Personality Inventory (FFPI) (Hendriks, Hofstee, de Raad, 1999) (zie bijlage 3). De vragenlijst bestaat uit 15 vragen en is opgedeeld in 5 categorieën: extraversie, mildheid, ordelijkheid, stabiliteit en intellect. We gaan na welke van deze 5 categorieën een invloed hebben op het welbevinden.

In paragraaf 2.1.2.2. werd er gesproken over een constant (basaal) en een wisselend (actueel) welbevinden. Om de factor actueel welbevinden te reduceren bij de vragenlijsten is het handig om een proxy het basaal welbevinden van de residenten te laten scoren. Zo wordt de invloed van humeurschommelingen als een eventuele bias beperkt en krijgt men een meer globaal beeld van de resident in kwestie. Toch moet men rekening houden met de relatie onderling tussen de proxy en de RVT-bewoner.

3.2.2. Kwalitatief luik

3.2.2.1. Open vragenlijst

Deze vragenlijst bestaat uit 12 open vragen en wordt via een interview afgenomen bij de RVT-bewoners. In dit interview worden hen vragen gesteld over hun welbevinden en hun ervaringen in het RVT met betrekking tot hun privacybeleving, sociale contacten etc. (zie bijlage 4).

Voorgaande onderzoeken over welbevinden betreffen wel ouderen, maar geen ouderen die gehuisvest zijn in een RVT. De gestelde vragen geven een goede aanvulling bij het kwantitatief onderzoek om nieuwe aandachtspunten te ontdekken in zake het welbevinden van ouderen in RVT's.

4. Onderzoeksresultaten

4.1. Controle van de nieuwe itempool

Voor het onderzoek zijn er enkele nieuwe items toegevoegd aan de vragenlijst en zijn er ook enkele weggelaten. Deze nieuwe itempool bevat vragen die meer van toepassing zijn op RVT-bewoners, zoals omgevingsfactoren, verzorging, eindigheidbeleving, ... We ordenen deze vragen volgens de 6 dimensies van Marcoen (1987) en we gingen na of er een correlatie bestond tussen de nieuwe en de oude vragen. Voor alle schalen was $p < 0.01$ significant. Voor het sociaal welbevinden konden we een goede correlatie vaststellen $r = .732$. Cultureel ($r = .583$), existentieel ($r = .697$), Psychisch ($r = .524$) en lichamelijk ($r = .591$) welbevinden hebben een matige correlatie met de vorige itempool. De nieuwe items van materieel welbevinden ($r = .464$) hebben een zwakke onderlinge correlatie.

In dit kwantitatief luik behandelen we de gegevens die uit de gesloten vragenlijst komen. Deze vragenlijst is gebaseerd op bestaande vragenlijsten (Billiet, 2001, Van Cotthem, 2001, Lenders, 2004) aangevuld met enkele nieuwe vragen.

Onze onderzoekspopulatie bedraagt 56 personen en is te klein voor een factoranalyse. De resultaten zouden immers te veel op het toeval berusten. Ook is het aantal vragen per dimensie te klein. Daarom worden de nieuwe items uit het gesloten onderzoek weerhouden met uitzondering van de vragen die direct met het RVT te maken hebben. We bekijken facultatief de invloed van de onderzoeksvragen en de tevredenheid van de RVT en het welbevinden. Aangezien deze vragen allemaal positieve vragen zijn, kunnen we stellen dat de positieve emoties in een RVT ook een bijdrage zijn aan het welbevinden.

Uit tests blijkt dat deze vragen, die we labelen onder de naam "factorRVT" significant correleren met de andere 6 dimensies op $p < 0.01$ met een correlatie van .419 voor lichamelijk welbevinden tot .822 voor materieel welbevinden (zie tabel 4.1.). De vragen hebben een goede interne consistentie (Cronbach alfa = .882).

Tabel 4.1.

Correlations

		factorRVT	lichWB	psychWB	matWB	existWB	cultWB	socWB
factorRV	Pearson	1	,419(**)	,552(**)	,822(**)	,521(**)	,534(**)	,526(**)
T	Correlation							
	Sig. (2-tailed)		,001	,000	,000	,000	,000	,000
	N	56	56	56	55	56	56	56

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Wanneer we kijken naar het algemeen welbevinden voor de gehele onderzoekspopulatie bekomen we voor de 6 dimensies en de factor welbevinden volgende scores op 5:

- o Lichamelijk welbevinden: 3,70
- o Psychisch welbevinden: 3,69
- o Materieel welbevinden: 4,32
- o Existentieel welbevinden: 3,61
- o Cultureel welbevinden: 3,65
- o Sociaal welbevinden: 4,07
- o Factor RVT: 4,40

Uit deze scores kunnen we afleiden dat onze onderzoekspopulatie een vrij hoog welbevinden heeft. Vooral het materieel welbevinden en de factor RVT scoren zeer hoog. Maar ook de andere gemiddelden liggen hoog. We kunnen dus al stellen dat het het goed gesteld is met het algemeen welbevinden van de RVT-bewoners.

4.2. Demografische gegevens en welbevinden

4.2.1. Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat enkel uit residenten van RVT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er kwamen 6 RVT's aan bod waar in totaal 60 ouderen werden geïnterviewd. Van deze 60 zijn er 4 weerhouden uit het onderzoek, waardoor de onderzoekspopulatie op 56 residenten komt. De leeftijd van de bevroagden gaat van 97 jaar voor de oudste tot 56 jaar voor de jongste met een gemiddelde leeftijd van 83,5 jaar. Verder bestaat de populatie uit 15 mannen en 41 vrouwen. Ook werd er gevraagd hoelang men al in

het RVT verblijft. Deze ging van minder dan 1 maand tot 12 jaar met een gemiddelde van 2 jaar en 8 maanden.

4.2.2. Geslacht

In paragraaf 4.1.1. hadden we het al over het aantal mannen en vrouwen in de onderzoekspopulatie. Iets meer dan 73% is van het vrouwelijk geslacht, de overige 27% zijn dus mannen.

Het onderzoek bracht geen significante verschillen aan het licht tussen het welbevinden van mannen en vrouwen.

4.2.3. Kinderen/kleinkinderen

Het aandeel ouderen dat kinderen heeft, ligt hier opvallend laag. Slechts 66,1% van de respondenten geeft aan 1 of meer kinderen te hebben. Dit aandeel ligt lager dan in andere onderzoeken. Het aantal dochters en het aantal zonen staan in tabel 4.2. & 4.3. vermeld.

Het procentueel aandeel van de bewoners die kleinkinderen hebben, ligt logischerwijze nog lager: 60,7% heeft kleinkinderen.

Tabel 4.2.

		aantal dochters			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	23,2	35,1	35,1
	1	16	28,6	43,2	78,4
	2	8	14,3	21,6	100,0
	Total	37	66,1	100,0	
Missing		19	33,9		
Total		56	100,0		

Tabel 4.3.

		aantal zonen			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	17,9	27,0	27,0
	1	18	32,1	48,6	75,7
	2	5	8,9	13,5	89,2
	3	3	5,4	8,1	97,3
	4	1	1,8	2,7	100,0
	Total	37	66,1	100,0	
Missing		19	33,9		
Total		56	100,0		

Ouderen met kinderen blijken significant hoger te scoren dan ouderen zonder kinderen op sociaal welbevinden. $t(53) = M 4.28$ tegen 3.66 ($p < .05$). Het hebben van kinderen beïnvloedt dus het sociaal welbevinden (zie bijlage 5.1.).

4.2.4. Onderwijs/beroep

Alle ouderen hebben onderwijs gevolgd. 16,1% heeft als hoogste onderwijsvorm “lager onderwijs” aangeduid. Het grootste deel (46,4%) heeft een diploma lager middelbaar. Het aandeel “hoger middelbaar” en “Hoger onderwijs” bedraagt telkens 14,3%. 3 respondenten geven aan dat ze universitair onderwijs gevolgd hebben, en 2 gaven aan bijgestudeerd te hebben in het avondonderwijs. We hebben onze onderzoekspopulatie opgedeeld in 6 klassen. Lager onderwijs, lager middelbaar, hoger middelbaar, hoger onderwijs, universitair onderwijs en avondschoon (zie tabel 4.4.)

Tabel 4.4.

		gevolgde onderwijsvorm			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lager onderwijs	9	16,1	16,1	16,1
	lager middelbaar	26	46,4	46,4	62,5
	hoger middelbaar	8	14,3	14,3	76,8
	hoger onderwijs	8	14,3	14,3	91,1
	universitair onderwijs	3	5,4	5,4	96,4
	avondschoon	2	3,6	3,6	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Het opleidingsniveau lijkt een significant effect te hebben op meerdere dimensies: lichamelijk welbevinden $F(5,50) = 2.49$, $p < .05$, psychisch welbevinden $F(5,50) = 3.05$, $p < .05$, existentieel welbevinden $F(5,50) = 3.37$, $p < .05$, cultureel welbevinden $F(5,50) = 2.83$, $p < .05$. en de factor RVT $F(5,50) = 3.62$, $p < .01$. (zie bijlage5.2.).

Wanneer we de post-hoc Scheffe test uitvoeren blijkt dat er twee significante effecten kunnen waargenomen worden. Bij existentieel welbevinden werd er een significantie vastgesteld ($p < .05$) tussen lager onderwijs en universitair onderwijs (mean difference van -1.92). Universitair toonden hier een hoger existentieel welbevinden. In de factor RVT was dit tussen lager middelbaar en hoger onderwijs (mean difference van 1.05) hier voelde de hoger opgeleiden zich beter in het RVT.

Ik vroeg de respondenten ook naar het beroep dat ze uitgeoefend hebben. Er was maar één antwoordmogelijkheid, dus vroeg ik naar het soort beroep dat ze het langst hebben uitgeoefend.

21,4% was huisvrouw en één persoon was werkloze voor het grootste deel van zijn leven. Bij de beroepsactieve bevolking was 12,5% zelfstandige, 41,1% bediende en 17,9% arbeider. 3 personen (5,4%) gaven aan een ander beroep uit te hebben beoefend (zie tabel 4.5.).

Tabel 4.5.

		beroep			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	huisvrouw/man	12	21,4	21,4	21,4
	zelfstandige	7	12,5	12,5	33,9
	werkloos	1	1,8	1,8	35,7
	bediende	23	41,1	41,1	76,8
	arbeider	10	17,9	17,9	94,6
	andere	3	5,4	5,4	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

4.3. Sociale gegevens en welbevinden

4.3.1. Vrienden

Er werd gevraagd aan de respondenten om het aantal goede vrienden die nog in leven zijn aan te geven. De keuze ging van “geen” tot “4 of meer”. Bij de respondenten waren 11 personen (19,6%) die aangaven geen vrienden te hebben. Bijna de helft (44, 6%) gaf aan 4 of meer goede vrienden te hebben. Een cumulatief aandeel van 35,7% zat tussen 1 en 3 goede vrienden.

Wanneer we de correlatie berekenen met behulp van de Kendall's tau_b zien we 3 significante effecten. Het aantal vrienden zou een positief effect hebben op de factor RVT ($r = .232, p < .05$), het lichamenlijk welbevinden ($r = .317, p < .01$) en het cultureel welbevinden ($r = .266, p < .05$) (zie tabel 4.6.).

Tabel 4.6.

Correlations

		Factor RVT	Lich WB	Psych WB	Mat WB	Exist WB	Cult WB	Soc WB	hoeveel goede vrienden
Kendall's tau_b	hoeveel goede vrienden	,232(*)	,317(**)	,183	,171	,107	,266(*)	,181	1,000
	Correlation Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,030	,003	,076	,122	,302	,011	,085	.
	N	56	56	56	55	56	56	56	56

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.3.2. Bezoek van familie of vrienden

Aan de bewoners werd gevraagd aan te duiden hoeveel bezoeken zij per jaar van familie of vrienden krijgen. Meer dan de helft (51,8%) gaf aan “een aantal bezoeken per week” te ontvangen, gevolgd door “een aantal bezoeken per maand” met 35,7%. 3 respondenten (5,4%)

gaven aan “dagelijks” en en 4 respondenten gaven aan “een aantal bezoeken per jaar” te krijgen. In het onderzoek gaf niemand aan geen bezoek te ontvangen van familie en vrienden (zie tabel 4.7.).

Tabel 4.7.

hoeveel bezoek van familie & vrienden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	3	5,4	5,4	5,4
een aantal bezoeken per week	29	51,8	51,8	57,1
een aantal bezoeken per maand	20	35,7	35,7	92,9
een aantal bezoeken per jaar	4	7,1	7,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Wanneer we het welbevinden en het aantal bezoeken van familie bekijken, blijkt het aantal bezoeken geen significant effect heeft op zowel de 6 dimensies van welbevinden als de factor RVT.

4.3.3 leeftijd

In deze paragraaf bekijken we het effect van leeftijd, dat wordt geformuleerd als geboortejaar, op het welbevinden en de factor RVT.

Tabel 4.8. geeft aan dat het geboortejaar geen significant effect heeft op de verschillende factoren van welbevinden. Er blijkt een lichte negatieve correlatie te zijn tussen geboortejaar en de factoren van welbevinden met uitzondering van existentieel welbevinden. Een hoger geboortejaar (dus een jongere leeftijd!), heeft een licht negatieve correlatie met het algemeen welbevinden, met uitzondering van het existentieel welbevinden. Dit kan te wijten zijn dat jongere bewoners nog niet helemaal aangepast zijn aan het RVT, terwijl ouderen zich er al thuis voelen.

Tabel 4.8.

		factorRVT	lichWB	psychWB	matWB	existWB	cultWB	socWB
geboortejaar	Pearson	-,133	-,207	-,177	-,162	,032	-,165	-,227
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,336	,132	,199	,246	,821	,234	,099
	N	54	54	54	53	54	54	54

4.4.Keuze RVT

Uit de literatuur is al gebleken dat de keuze voor een RVT zowel positieve als negatieve effecten kan hebben op het welbevinden. We gaan hier na hoe deze keuze voor onze onderzoekspopulatie een rol speelt.

We vroegen of de respondenten zelf gekozen hebben om naar het RVT te verhuizen. De meningen waar hier verdeeld. 33 Respondenten antwoordden dat ze zelf gekozen hadden voor de verhuis tegen 23 “neen”.

De t-testen toonden aan dat wanneer men zelf gekozen heeft voor het RVT er enkel een significant effect was op het sociaal welbevinden $t(54) = M 3.76$ vs. $M = 4.28$ ($p < .05$) (bijlage 5.3.). Diegenen die zelf kozen voor de RVT hebben dus een beter sociaal welbevinden.

4.5.Antidepressiva

In de vragenlijst voor het personeel werd bevestigd of de RVT-bewoner medicatie neemt en indien “ja” men hun ook antidepressiva toedienden.

55 Ouderen namen medicatie met één missing value. Dus (bijna) iedereen van de respondenten kreeg medicatie toebedeeld. 11 respondenten kreeg ook antidepressiva.

We gaan na of het verbruik van antidepressiva een significante samenhang vertoont met het welbevinden.

Antidepressiva blijken een duidelijk effect te hebben op het welbevinden. Voor alle gevallen ligt het gemiddelde beduidend lager wanneer men antidepressiva toebedeeld kreeg dan wanneer men er geen kreeg. Op bijna alle dimensies was er een significantie meetbaar op het $p < .05$ niveau.

Voor lichamenlijk welbevinden werd $t(46) = M 3.30$ vs. $M 3.89$ gemeten, voor psychisch welbevinden was dit $t(46) = M 3.11$ vs. $M 3.88$, voor materieel welbevinden $t(46) = M 3.31$ vs. 4.42 , voor existentieel welbevinden $t(46) M 3.15$ vs. $M 3.77$ en voor sociaal welbevinden $t(46) = M 3.69$ vs. 4.27 (zie tabel 4.9.). Enkel voor cultureel welbevinden en factorRVT zijn er geen significanties gemeten. Het opmerkelijke aan deze resultaten is dat mensen die antidepressiva nemen doorgaans lager scoren op welbevinden. Dit is te wijten aan de dikwijls slechte toestand van welbevinden waarin ze verkeren. Antidepressiva kunnen dus niet volledig het niveau van welbevinden herstellen.

Tabel 4.9.

Group Statistics

antidepressiva		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lichWB	ja	11	3,2955	1,07714	,32477
	neen	37	3,8919	,78515	,12908
psychWB	ja	11	3,1091	,77001	,23217
	neen	37	3,8757	1,01445	,16677
matWB	ja	11	3,9091	,85753	,25855
	neen	37	4,4234	,67426	,11085
existWB	ja	11	3,1515	,63881	,19261
	neen	37	3,7748	,94770	,15580
cultWB	ja	11	3,1818	,52549	,15844
	neen	37	3,7770	,94609	,15554
socWB	ja	11	3,6909	,75559	,22782
	neen	37	4,2703	,65016	,10688
factorRVT	ja	11	4,1818	,70012	,21109
	neen	37	4,5097	,59337	,09755

4.6.Persoonlijheidskenmerken

Aan de hand van de five-factor personality index gingen we het welbevinden van de RVT-bewoners na (zie hoofdstuk 3). Aan het personeel werd gevraagd om de persoonlijkheid van onze onderzoekspopulatie te scoren. De 5 categorieën waarin de vragen onderverdeeld zijn waren extraversie, mildheid, ordelijkheid, stabiliteit en intellect.

We bespreken kort de resultaten, de tabellen staan in bijlage 5.4.

- Extraversie blijkt een positieve invloed te hebben op het welbevinden. Ze correleert significant met alle factoren behalve materieel en sociaal welbevinden. De Pearson correlatiecoëfficiënten voor extraversie zijn: $r = .281$, $p < .05$ voor lichamelijk welbevinden, $r = .369$, $p < .01$ voor psychisch welbevinden, $r = .355$, $p < .01$ voor existentieel welbevinden, $r = .335$, $p < .05$ voor cultureel welbevinden en $r = .306$, $p < .05$ voor de factor RVT.
- Voor mildheid werden er geen significanties vastgesteld.
- Ordelijkheid correleert wel significant met materieel welbevinden ($r = .549$, $p < .01$) en factor RVT ($r = .267$, $p < .05$)
- Stabiliteit correleert dan weer significant met alle factoren behalve cultureel welbevinden. Lichamelijk welbevinden: $r = .460$, $p < .001$, Psychologisch welbevinden: $r = .338$, $p < .05$, materieel welbevinden: $r = .437$, $p < .01$, existentieel welbevinden: $r = .270$, $p < .05$, sociaal welbevinden: $r = .410$, $p < .01$ en factor RVT: $r = .338$, $p < .05$.
- Intellect had enkel een significant effect op het lichamelijk welbevinden $r = .238$, $p < .05$.

Er blijken dus wel een aantal persoonlijkheidsfactoren een rol te spelen in het welbevinden van de RVT-bewoners. Vooral extraversie en stabiliteit zijn hier de twee voornaamste persoonlijkheidskenmerken.

4.7. Kwalitatieve data

Via de kwalitatieve interviews bekomen we nieuwe onderzoeksgegevens die getoetst kunnen worden. Aan de hand van de chi-square testen gaan we na of we significante verbanden vinden tussen de variabelen en de factoren van welbevinden.

Per vraag hebben we het meest prominente antwoord behouden en dit geklasseerd onder een aantal nominale variabelen.

4.7.1. Belangrijke zaken voor het welbevinden

Onze eerste vraag van het kwalitatief onderzoek was “welke zaken vindt U belangrijk om je goed in je vel te voelen?” We konden 8 antwoordcategorieën onderscheiden. We verklaren ze even naderbij:

- 9 personen geven aan dat zij sociale contacten met externen nodig hebben om zich goed te voelen. Dit omvat voornamelijk bezoeken van familie en vrienden die niet in hetzelfde RVT verblijven als de respondent.
- Onder sociale contacten internen RVT wordt het aantal (9) weergegeven die contacten met de medebewoners maar ook het verzorgend personeel weergegeven als de belangrijkste zaak om zich goed te voelen.
- 7 antwoorden worden geklasseerd onder slapen/eten/roken. Het zijn met andere woorden respondenten die aangeven zich goed te voelen als ze voldoende kunnen slapen, goed eten krijgen of een sigaret kunnen roken.
- Met gezondheid worden de respondenten weergegeven die een goede gezondheid belangrijk vinden om zich goed te voelen.
- 11 respondenten vinden actieve en/of groepsbezigheden zoals de ergotherapie of sport belangrijk. Terwijl 4 personen liever TV kijken of naar de radio luisteren.
- 3 antwoorden worden geklasseerd onder gemoedsrust. Dit wilt vooral zeggen dat deze respondenten zich goed voelen wanneer ze zich geen zorgen meer moeten maken over zichzelf, de familie of andere zaken. Ze zijn met andere woorden gelukkig als ze zorgeloos de dag doorkomen.

In Tabel 4.10. staan de antwoordcategorieën met de frequenties.

Tabel 4.10.

zaken om goed in vel te voelen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sociale contacten externen RVT	9	16,1	16,1	16,1
sociale contacten internen RVT	9	16,1	16,1	32,1
slapen/eten/roken	7	12,5	12,5	44,6
gezondheid	9	16,1	16,1	60,7
bezigheden/activiteiten	11	19,6	19,6	80,4
muziek & TV	4	7,1	7,1	87,5
gemoedsrust	3	5,4	5,4	92,9
andere	4	7,1	7,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Er werd gevraagd of men zich meestal gelukkig of ongelukkig voelt in het RVT. Er was maar één antwoordmogelijkheid, gelukkig of ongelukkig en er zijn vier missing values. We hebben deze twee variabelen nog opgesplitst in volgende categorieën (tabel 4.11 & 4.12.)

Reden geluk:

- Eigen karakter: dit zijn de respondenten die van zichzelf zeggen dat ze altijd al een gelukkig persoon zijn geweest. Ze omschrijven hun geluk dus aan persoonlijkheidskenmerken
- Sociale contacten internen & sociale contacten externen (idem tabel 4.9.)
- Vrijheid: Onder vrijheid wordt bedoeld dat de respondenten voldoende autonomie krijgen. Vooral wanneer de respondenten nog zelf kunnen beslissen wanneer ze naar “buiten” mogen.
- Gezondheid & gemoedsrust (idem tabel 4.9.)
- Verzorging/activiteiten RVT: dit omvat voornamelijk een tevredenheid over het personeel, de activiteiten die in het RVT georganiseerd worden en haar omgevingsfactoren.

Tabel 4.11.

reden geluk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eigen karakter	9	16,1	22,5	22,5
	sociale contacten internen	8	14,3	20,0	42,5
	sociale contacten externen	7	12,5	17,5	60,0
	vrijheid	4	7,1	10,0	70,0
	gezondheid	2	3,6	5,0	75,0
	gemoedsrust	2	3,6	5,0	80,0
	verzorging/activiteiten in RVT	6	10,7	15,0	95,0
	andere	2	3,6	5,0	100,0
	Total	40	71,4	100,0	
Missing	88	12	21,4		
	99	4	7,1		
	Total	16	28,6		
Total		56	100,0		

Reden ongeluk:

- Eenzaamheid: deze respondenten geven aan dat eenzaamheid hun ongelukkig maakt.
- Deze respondenten geven aan dat een gebrek aan autonomie en vrijheid beschikken hen ongelukkig maakt.
- Deze respondenten geven aan dat ze veel zorgen hebben of nog in een rouwperiode zitten.
- Deze respondenten geven aan ontevreden te zijn over het RVT

Tabel 4.12.

reden ongeluk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eenzaamheid	4	7,1	33,3	33,3
	tekort aan vrijheid	2	3,6	16,7	50,0
	zorgen/rouw	3	5,4	25,0	75,0
	ontevredenheid RVT	3	5,4	25,0	100,0
	Total	12	21,4	100,0	

Sociale contactpersonen

We vroegen aan de respondenten of ze nog regelmatig een goed gesprek hadden en met wie. 17,9% Van de respondenten gaf aan dat ze geen goed gesprek meer hadden. Nog eens 17,9% stelde dat ze vooral met familie of vrienden van buiten het RVT nog konden praten over belangrijke zaken. Iets meer dan 7% heeft de dokter of iemand van het verplegend of verzorgend personeel als gesprekspartner. De meerderheid (55,4%) kan nog een goed gesprek voeren met een medebewoner (zie tabel 4.13). We kunnen hier dus stellen dat de RVT-bewoners het vooral van elkaar moeten hebben als het neerkomt op een goed gesprek.

Tabel 4.13.

goed gesprek met wie?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	personeel/dokter	4	7,1	7,3	7,3
	bewoners RVT	31	55,4	56,4	63,6
	familie/vrienden buiten RVT	10	17,9	18,2	81,8
	niemand	10	17,9	18,2	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	99	1	1,8		
Total		56	100,0		

De tests konden echter geen significantie aantonen dat het voeren van een goed gesprek ook kan bijdragen tot het welbevinden.

Verder werden de respondenten bevraagd op wie ze konden terugvallen tijdens mindere momenten. Hier kon men dezelfde groepen onderscheiden als bij het kunnen voeren van een goed gesprek, maar de verdeling was wel licht anders. Hier ligt het aantal dat op niemand kan terugvallen op 12,5%, wat lager is dan het kunnen voeren van een goed gesprek. De groep familie en vrienden scoort hier beduidend hoger: 35,7% kan op de familiale of vriendenkring terugvallen. Ook bij het personeel is er een lichte stijging (8,9%). De meeste RVT-bewoners kunnen terugvallen op de medebewoners, maar hier is er dan weer een lichte daling merkbaar (42,8%).

Ook hier konden de χ^2 -testen geen significanties aantonen.

Privacy

We bevroegen de RVT-bewoners of ze voldoende privacy kregen. Hier bleek het overgrote deel (87,3%) voldoende privacy te ervaren. Tevens waren er 6 respondenten die meldden dat ze nu wel voldoende privacy hebben, maar vroeger wel eens problemen met hun privacy hadden. 1 Respondent gaf aan niet genoeg privacy te hebben. Dit gebrek aan privacy is dikwijls te wijten aan het feit dat men samen ligt op een kamer met twee en dat de onderlinge verstandhouding tussen de kamergenoten niet erg goed was. Ook worden in sommige RVT's de dementerenden en de zwaar zieken op één afdeling gelegd, wat kan leiden tot rumoerige afdelingen of “verdiepen”. Soms gebeurt het dat een “gezondere” RVT-bewoner op deze afdelingen terecht komt wegens een plaatsgebrek. Een rondlopende dementerende die soms onverwachts een kamer binnenvalt of een dementerende die soms een hele dag door schreeuwt kan dan dikwijls nefast zijn voor de privacybeleving van de andere bewoners.

We konden significanties van privacy vaststellen bij existentieel welbevinden ($\chi^2(50) = 80,571, p < .01$) en de factor RVT ($\chi^2(24) = 45,889, p < .001$).

5.Discussie

5.1. Onderzoeksresultaten

In dit onderzoek gingen we door middel van een bestaand meetinstrument het welbevinden na van RVT-bewoners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Door gebruik te maken van de 6-dimensionele schaal van subjectief welbevinden (Marcoen 1987), trachtten we na te gaan welke aspecten een invloed hebben op het welbevinden en het zich goed voelen in het RVT. Via kwantitatieve vragenlijsten gingen we het welbevinden na bij de bewoners. Naast de 6 dimensies van Marcoen werd er een nieuwe “factor RVT” toegevoegd om na te gaan hoe tevreden men is over het RVT. Via een personalia vragenlijst werden de demografische gegevens opgevraagd, en het personeel werd kort bevraagd om de persoonlijkheid en enkele medische gegevens van de respondenten weer te geven. Ten slotte was er een kwalitatieve studie om nieuwe aandachtspunten aan het licht te brengen.

Algemeen genomen bleek dat het welbevinden van de RVT-bewoners vrij hoog is. Vooral het materieel welbevinden en de tevredenheid over het RVT scoren zeer hoog.

We bespreken de belangrijkste resultaten verder in deze paragraaf. Om het geheel overzichtelijk te houden staan in tabel 5.1. alle onderzoeksvragen. De kruisjes in de tabel geven aan dat er een significantie is met de desbetreffende factor. Wanneer er geen kruisjes staan wil dit zeggen dat er geen significantie boven het $p < .05$ niveau is.

X = $p < .05$

XX = $p < .01$

XXX = $p < .001$

Tabel 5.1.

	FactorRVT	Lichamelijk welbevinden	Psychisch welbevinden	Materieel welbevinden	Existentieel welbevinden	Cultureel welbevinden	Sociaal welbevinden
Geslacht							
Kinderen							X
Opleidingsniveau /beroep	XX	X	X		X	X	
Aantal vrienden	X	XX				X	
Bezoek familie /vrienden							
Leeftijd							
Keuze RVT							X
Antidepressiva	X	X	X	X	X	X	
Extraversie	X	X	XX		XX	X	
Mildheid							
Ordelijkheid	X			XX			
Stabiliteit	X	XXX	X	XX	X		XX
Intellect		X					
Goed gesprek							
Privacy	XXX				XX		

We gaan dieper in op de significanties die hierboven in tabel 5.1. weergegeven zijn.

Eerst en vooral zijn er al een aantal variabelen die geen significant verband kunnen weergeven met één van de dimensies van welbevinden. Het geslacht en de leeftijd blijken geen rol te spelen op het welbevinden, net zoals het aantal bezoeken dat men ontvangt. Het voeren van een goed gesprek heeft ook geen significant verband met het welbevinden, net zoals de persoonlijkheidsfactor “Mildheid”.

We overlopen nu aan de hand van de onderzoeksvragen de variabelen die wel een significant verband hadden met het welbevinden. Om het geheel overzichtelijk te houden laten we de cijfergegevens achterwege die al staan in de onderzoeksresultaten. De significante verbanden staan vet gedrukt. Voor de cijfergegevens verwijzen we U door naar het hoofdstuk 4 “onderzoeksresultaten”

Het hebben van **kinderen** bleek significant te zijn met het **sociaal welbevinden**. Dit is een lichte aanpassing met de literatuurstudie waar het welbevinden pas beïnvloed wordt vanaf 4 of meer kinderen (Billiet 2001).

Het **opleidingsniveau** vertoonde significanties met: **lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, existentieel welbevinden, cultureel welbevinden** en de **factor RVT**. Uit de literatuur blijkt dat het opleidingsniveau wel een invloed zou hebben op het sociaal welbevinden (Allan, 1989), maar dit konden we in dit onderzoek niet terugvinden.

Het aantal vrienden zou een positief effect hebben op de **factor RVT, het lichamelijk welbevinden** en **het cultureel welbevinden**. Vreemd genoeg is er geen significantie vastgesteld inzake het sociaal welbevinden. Dus de stelling dat men zich sociaal beter zou voelen indien men meer vrienden heeft blijkt hier onjuist te zijn.

Wanneer men **zelf heeft gekozen om te verhuizen naar het RVT** wordt een positieve invloed op **het sociaal welbevinden** vastgesteld. Ook Baltes (1996) stelde dat de keuze voor het RVT een positieve invloed kan hebben op het welbevinden. Dit laatste kan erop wijzen dat ouderen de eenzaamheid ontvluchten wanneer zij zelf beslissen om naar een RVT te verhuizen.

Personen die **antidepressiva** nemen scoren lager op volgende schalen: **lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, materieel welbevinden, existentieel welbevinden** en **sociaal welbevinden**. Personen die antidepressiva nemen ervaren ipso facto een laag welbevinden. Zij scoren dus lager dan gemiddeld hierop.

De persoonlijkheidskenmerken van RVT-bewoners hebben invloed op het algemeen welbevinden. Deze kenmerken zijn:

- **extraversie:** op **lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, existentieel welbevinden, cultureel welbevinden** en op de **factor RVT**. Vooral de relatie tussen psychisch en lichamelijk welbevinden hebben een goede significantie. Extraversie en optimisme worden dikwijls met elkaar vergeleken (Hendriks et.al., 1999) wat volgens Carver et.al. (2005) bijdraagt tot een positief welbevinden.
- **Ordelijkheid:** op **materieel welbevinden** en op de **factor RVT**.

- **Stabiliteit:** op **lichamelijk welbevinden, psychologisch welbevinden, materieel welbevinden, existentieel welbevinden, sociaal welbevinden** en op de **factor RVT**. Dat emotionele stabiliteit en psychisch welbevinden een goede significantie vertonen is niet verwonderlijk. Een stabiel leven leidt tot een beter welbevinden.
- **Intellect:** op **lichamelijk welbevinden**.

Wanneer we de meest voorkomende variabelen selecteren blijken het opleidingsniveau, antidepressiva en het aantal vrienden frequent voor te komen. Ook de persoonlijkheidsfactoren “extraversie” en “stabiliteit” blijken veel significante verbanden te vertonen.

Wanneer we de tevredenheid in het RVT naderbij bekijken, blijkt het opleidingsniveau, en de persoonlijkheid hier goede verbanden te hebben. Privacy heeft de grootste significantie bij de factor RVT. We concluderen hieruit dat zowel de persoonlijkheid als de sociale tevredenheid belangrijk zijn voor de RVT-bewoners en dat de RVT's voldoende privacy bieden aan hun bewoners.

5.2. Open vragen

Uit kwalitatieve data blijkt dat vooral sociale contacten en bezigheden belangrijk zijn voor RVT-bewoners. Merk op dat het hier voornamelijk aspecten betreffen die verveling en eenzaamheid tegengaan. Het is dus van belang dat RVT-bewoners zich kunnen bezighouden en interpersoonlijke contacten onderhouden. Ook de lichamelijke gezondheid vinden veel ouderen belangrijk.

Op de vraag waarom men zich meestal gelukkig voelt, zijn de antwoorden diverser. Sociale contacten en activiteiten nemen nog altijd een belangrijke plaats in, maar er wordt meer aandacht geschonken aan de psychologische aspecten. Zo schrijven velen hun geluk toe aan de eigen persoonlijkheid, of aan hun “gerust” zijn. Verder valt ook op dat het begrip vrijheid in dit alles een rol speelt, zowel bij de gelukkigen als de ongelukkigen. Zo worden autonomie en onafhankelijkheid door sommigen als de belangrijkste reden van geluk (of ongeluk bij een tekort aan autonomie) aangehaald.

Verder is het zo dat de belangrijkste sociale contacten zich voordoen met mensen met wie de RVT-bewoners het meest in contact komen, namelijk de medebewoners en het verzorgend

personeel. De conclusies van Jerrome & Wenger (1999) worden hierdoor gestaafd. Ouderen verruimen hun vriendenkring en zoeken meer contact op met personen die ze veel ontmoeten. Voor hun persoonlijke problemen gaan ouderen echter meer ten rade bij familie dan bij medebewoners. Om vereenzaming tegen te gaan en het welbevinden te verhogen bij bejaarden is het stimuleren van sociale contacten onder de bewoners een belangrijk streefdoel voor RVT's.

Verder werd vastgesteld dat privacybeleving een belangrijk gegeven vormt, vooral bij RVT-bewoners. Ouderen die weinig privacy ervaren scoren beduidend lager op de factor RVT dan mensen die voldoende privacy ervaren.

Tot slot is er nog één opvallend punt dat tot nog toe niet aan bod is gekomen. Het grote verschil tussen een RVT en een ROB betreft de afwezigheid van zwaar zieke en dementerende residenten. In een RVT leven dementerende en gezonde bejaarden samen onder één dak. Dit boezemt vele ouderen angst in. De idee dat ze hetzelfde lot zullen ondergaan als de dementerenden laat hen moeilijk los. Ze hebben dikwijls medelijden met de dementerenden, maar tegelijk voelen ze ook een afkeer. Één van de bewoners verwoordde het zo:

“Toen ik hier binnengekomen ben, hadden ze meer mensen die “verstandig” waren, en nu komen er hier meer mensen binnen in een “karreke” omdat ze ze in de gasthuizen niet willen houden. dit is geen rusthuis meer. Ze zouden voor de mensen die nog wat verstandig zijn een plaats moeten hebben waar ze rustig kunnen bijeen zitten. Dat doet pijn om dat te zien. We hebben hier 2 tafels en aan de eerste tafel zitten allemaal mensen die zitten te zeveren, en gevoederd moeten worden. Ze moeten ze wegdoen, en passeert u en dat doet pijn om te zien. Dat is geen rusthuis meer. Vroeger kwamen ze naar hier voor te rusten, nu is het meer een kliniek geworden.”

RVT's zouden in de toekomst best meer rekening houden met het onderscheid tussen ouderen met een lichamelijke beperking én dementerenden.

In de literatuur hadden we het ook over autonomie en afhankelijkheid (Van Campen & Kerkstra, 1998). Uit de bezoeken aan de RVT's blijkt dat er verschillende regels bestaan over het vrij naar binnen en buitengaan van de bewoners. Ouderen die vrij waren om naar buiten te

gaan ervaren dit zeer positief. Ze kunnen hun sociaal leven buiten het RVT verderzetten en de dagelijkse sleur van het RVT ontvluchten. Bovendien krijgen de gelovige bewoners de kans om hun religie in een kerk te beleven. Dit blijkt uit de interviews met de bewoners:

“Ik mag gaan naar wie ik wil, maar ge moet het wel zeggen ... In de dag tikt ge de code in en ge kunt binnen en buiten. Voor ‘s avonds en ‘s nachts na acht uur moet ge bellen en dan komt iemand van wacht opendoen. Ge moet wel zeggen da ge laat terug zijt, maar das wel goed, want dan kan je ergens naartoe gaan, zoals een familiefeest of theater.”

“Ik mag nog buitengaan. Ik heb hier veel vrijheid en dat is heel belangrijk, dat is heel goed. (en naar waar ga je dan?) Eens tot aan de kerk, of de blok rond. Het is fantastisch dat ik nog buitenkan.”

Veel RVT's houden omwille van veiligheidsredenen de bewoners binnen. Hierdoor verliezen ze meer en meer het contact met de buitenwereld. Toch zijn er nog RVT's die (blijkbaar met succes) de bewoners de kans geven om vrij naar buiten te gaan. Naar de toekomst toe is een onderzoek naar de bewegingsvrijheid van ouderen zeker interessant om voeren.

Conclusie

In dit onderzoek werd nagegaan welke determinanten een invloed hebben op het welbevinden van ouderen in RVT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Om het begrip "welbevinden" te bepalen werd de 6-dimensionele schaal van Marcoen als basis gebruikt. Om de tevredenheid over het RVT te meten werd een nieuwe factor berekend: de factor RVT, die samen met het 6-dimensionele model 7 factoren van welbevinden vormt.

Verder gingen we aan de hand van een kwalitatief onderzoek na of er geen nieuwe aandachtspunten aan het licht kwamen, en gingen we na wat ouderen in RVT's belangrijk vinden en hoe het gesteld was met hun sociale leefwereld.

Vooreerst kan gesteld worden dat het welbevinden van de onderzochte bejaarden vrij hoog ligt. Zoals reeds vermeld werden er in het totaal 15 determinanten nagegaan. Van deze determinanten zijn er 10 die een significant verband vertonen met het welbevinden.

We overlopen ze kort per categorie.

Op vlak van demografische gegevens kunnen we enkel een significantie vaststellen tussen het hebben van kinderen en het welbevinden.

Op vlak van socio-economische gegevens kunnen we meer significante verbanden leggen. Zo hebben ouderen die een hoger opleidingsniveau hebben een betere score op het welbevinden. Op sociaal vlak blijkt dat ouderen die meer dan 4 vrienden hebben een beter welbevinden ervaren.

Wanneer we kijken naar de determinanten die met het RVT te maken hebben merken we enkele significante verbanden met het welbevinden. Ouderen die zelf gekozen hebben om in het RVT opgenomen te worden blijken een hoger welbevinden te ervaren dan ouderen die niet zelf hebben gekozen voor het RVT. Op vlak van de privacybeleving scoren de RVT-bewoners die voldoende privacy ervaren hoger op het welbevinden.

De laatste significanties vonden we bij de persoonlijkheid en bij het gebruik van antidepressiva. Ouderen die antidepressiva gebruiken hebben een lager welbevinden. Verder

deelden we de persoonlijkheid op in 5 factoren. 4 ervan vertoonden significanties met het welbevinden: extraversie, ordelijkheid, stabiliteit en intellect.

Het kwalitatief onderzoek bracht aan het licht dat ouderen het vooral belangrijk vinden om bezig te zijn met sociale contacten (32.1%) en activiteiten (55.4%). Ze willen vooral de verveling vermijden. Hun sociale contacten bevinden zich voornamelijk bij mensen die dicht in hun buurt leven zoals medebewoners en het verzorgend personeel (63.6%). Dit resultaat ligt hoger dan bij hun eigen familie en vrienden (18,2%). In moeilijke tijden praat men ook meer met de medebewoners en het verzorgend personeel (51,7%) dan met de familie (35,7%).

Niet alleen deze vorige determinanten blijken een invloed uit te werken. Uit de interviews stelden we vast dat er een nood zou zijn aan meer vrijheid en autonomie. Vooral de bewegingsvrijheid buiten het RVT blijkt een belangrijk aspect te zijn.

Naar de toekomst toe zouden RVT's ook meer aandacht moeten schenken aan de privacy van de bewoners en een grotere scheiding tussen demente en niet-demente bewoners. De niet-demente bewoners blijken zich niet goed te voelen tussen dementerenden. Toch mogen we dementerenden niet volledig afsluiten van de buitenwereld. Ook het stimuleren van sociale contacten onder de medebewoners is ten zeerste aanbevolen. Verder onderzoek is hierover aangewezen vermits dit onderzoek een beperkte steekproef omvatte. Er is dus enige voorzichtigheid gewenst bij het veralgemenen van de bekomen resultaten, naar een bredere populatie van RVT-bewoners.

7. Referenties

- Allan G. (1989). *Friendship: developing a psychological perspective*, Harvester wheatsheaf, Hemel Hempstead
- Amelinckx E. (1997). *Dimensies van welbevinden op ouderen leeftijd: exploratieve analyse, constructie van een meetinstrument en empirisch onderzoek*, proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Audenaert V. (2003). *Changes in older people's living arrangements in Flanders, 1993-1998*, *Ageing and society* 23, 451-469.
- Baltes P.B., Baltes M. (1990). *Successful ageing: perspectives from the behavioural sciences*, Cambridge University press, Cambridge.
- Baltes M. (1996). *The many faces of dependency in old age*, Cambridge University press, New York.
- Billiet K. (2001). *Een zesdimensioneel model van welbevinden: verdere uitwerking en empirische toetsing bij ouderen*, proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Brunstein J.C. (1993). *Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study*, In: *Journal of personality and social psychology*, 65 (5), pp. 917-929.
- Carver S., Scheier M.F. (2005). *Optimism*, In: *Handbook of positive psychology* (red. C.R. Snyder, S.J. Lopez), Oxford University Press inc., New York, pp 231-243.
- Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. (1976). *The quality of American life*, Russel Sage Foundation, New York.

- Diener E., Suh E.M. (1998). Subjective Well-being and age: an international analysis. In: Annual review of gerontology and geriatrics vol.17 (red. K.W. Schaie, M.P. Lawton), Springer, New York, pp 304-324.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2005). Subjective well-being : The science of happiness and life satisfaction, In: Handbook of positive psychology (red. C.R. Snyder, S.J. Lopez), Oxford University Press inc., New York, pp 63-73.
- Griffin J., Well-being: Its meaning, measurement, and moral importance, Clarendon Press, Oxford.
- Hendriks J.A.A., Hofstee W.K.B., de Raad B. (1999), The Five-Factor Personality Inventory, Swets Test Publishers, Lisse.
- Jerome D., Wenger G.C. (1999). Stability and life in late-life friendships, In: Ageing and society (19) (red. T. Warnes), Cambridge University Press, Cambridge, pp 661-676.
- Lenders M. (2004). Dimensies van welbevinden bij ouderen: verdere uitwerking en empirisch onderzoek, proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Linsen I. (1997). Een multidimensioneel model van subjectief welbevinden: empirische toetsing bij ouderen, proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Marcoen A. (1987). Welbevinden bij ouderen, In: Gerontologie & geriatrie (red: J.P. Baeyens), Acco, Leuven, pp 165-181.
- Marcoen A. (1993). Duurzame zelfzorg: Een ethische opdracht. In: Ouderen en solidariteit: Vlaams Welzijnscongres 1993, Kluwer (red.), Zaventem, pp 161-171.
- Marcoen A. (2006). Subjectief welbevinden op hogere leeftijd, In: Als de schaduwen langer worden: psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn (red: A. Marcoen, R. Grommen, N. Van Ranst), LannooCampus, Leuven, pp 335-357.
- Naafs J. (1997). Met zorg wonen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

- Okun M.A., Stock W.A., Haring M.J. (1984). Health and subjective well-being: a meta-analysis, *International journal of aging and human development* 19, pp. 111-132.
- Parmelee P.A., Lawton M.P. (1990). The design of special environment, In: *Handbook of the psychology of ageing*, third edition (red: J.E. Birren, K.W. Schaie), Academic Press inc., Toronto, pp 464-488.
- Pauwels K., Vanden Boer L., CBGS (2005), 75-plussers en hun sociale contacten, <http://aps.vlaanderen.be/cbgs/content/163.html>.
- Rijnders P.T. (1993). Zorgbehoefte versus zorgverbruik, een bron van toenemende zorg. Een kwantitatief onderzoek waarbij de zorgbehoefte van alleenstaande ouderen zich aanmelden voor opname in een verzorgingstehuis in kaart wordt gebracht, Sociaal Geriatrisch en gerontologisch centrum, Rotterdam.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1998). *Successful aging*, Pantheon Books, New York.
- Steverink N. (1996). Zo lang mogelijk zelfstandig. Naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen. Thesis publishers, Amsterdam.
- Van Campen C., Kerkstra A. (1998). Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten: constructie van een meetinstrument, *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 29, pp 20-28.
- Van Cotthem K. (2001). Dimensies van welbevinden bij ouderen: samenstelling van een zesdimensionele schaal en empirisch onderzoek, proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Westerhof G.J. (2003). The personal experience of aging. Multidimensionality and multidirectionality in relation to successful aging and well-being, *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 34 (3), pp 96-103.

Willems P. (2005). SVR-2005 bevolkingsprojecties per gemeente voor de periode 2004-2025, Studiedienst van de Vlaamse Overheid, Brussel.

Wilson W. (1967). Correlates of avowed happiness, *Psychological Bulletin* 67, pp 294-306

6. Bijlagen

1. Personaliavragenlijst
2. Gesloten vragenlijst
3. Vragenlijst voor het personeel
4. Open vragenlijst

Personalialia

1. Heeft u kinderen? (ja/nee)

2. Hoeveel dochters...../zonen.....?

3. Heeft u kleinkinderen? (ja/nee)

4. Hoeveel kleindochters...../kleinzonen.....?

5. Gevolgde onderwijsvorm?
 - Geen onderwijs
 - Lager onderwijs
 - Lager middelbaar (algemeen/technisch/beroeps)
 - Hoger middelbaar (algemeen/technisch/beroeps)
 - Hoger onderwijs (richting
 - Universitair onderwijs (richting
 - Avondschoon (richting
 - Andere

6. Beroep (was u)
 - Huisvrouw/man
 - Zelfstandige
 - Werkloos
 - Bediende
 - Arbeider

- Arbeidsonbekwaam
- Andere

7. Hoe lang bent u al gepensioneerd?

8. Maandelijks inkomen

- < €500
- €500 - €750
- €750 - €1000
- €1000 - €1500
- €1500 - €2000
- > €2500

9. Hoeveel goede vrienden heeft u?

- Geen
- Één
- Twee
- Drie
- Vier of meer

10. Hoeveel bezoeken krijgt u van familie en vrienden?

- Dagelijks
- Een aantal bezoeken per week
- Een aantal bezoeken per maand
- Een aantal bezoeken per jaar

- Nooit

11. Hoeveel keer per jaar gaat u op reis?

12. Heeft u zelf gekozen om in deze RVT opgenomen te worden?

- Ja
- Neen

13. Als u terugkijkt op het voorbije jaar, hoe vaak raadpleegde u dan een arts (huisarts/specialist)?

- Meerdere keren per week
- Wekelijks
- Enkele keren per maand
- Maandelijks
- Enkele keren per jaar
- Eens per jaar
- Zelfs niet eens per jaar

14. Hoe is uw gezondheidstoestand op een schaal van 1 tot 10 ten opzichte van uw leeftijdsgenoten?

1 zeer slecht
2
3
4
5
6
7
8
9 zeer goed

15. wat zijn uw hobby's?

.....

16. Bent u meertalig?

- Ja
- Neen

Indien ja, welke talen spreekt u ook?

- Frans
- Spaans
- Italiaans
- Andere

17. Hebt u huisdieren? Welke?

18. Heeft u onlangs een belangrijke levensgebeurtenis meegemaakt (vb. huwelijk, geboorte, overlijden, ernstige ziekte, ...)? welke.

.....

19. Geef aan hoe belangrijk volgende zaken voor u zijn door eerst de twee belangrijkste zaken te geven, dan de twee minst belangrijke zaken. Geef dan de belangrijkste en de minst belangrijkste weer.

- Mij lichamelijk goed voelen
- Tevreden zijn met mijn sociale contacten
- Materieel niets tekort komen
- Cultureel niets tekort komen
- Tevreden zijn met mezelf
- De zin van het leven

Bijlage 2

Gesloten vragenlijst

1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = altijd

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ik vind dat ik er goed uitzie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ik voel mij een vreemde in mijn lichaam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ik heb mijn eigen leven in handen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ik voel me veilig in mijn buurt/ RVT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ik vind dat elke dag nieuw en anders is | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ik verveel mij | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ik voel mij goed in de wereld van vandaag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Als ik ontevreden ben met mijn levenssituatie,
neem ik maatregelen om daar iets aan te veranderen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ik ben tevreden met de sociale contacten die ik heb | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ik voel me aanvaard door de mensen in mijn omgeving | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Er zijn mensen op wie ik kan rekenen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Ik hou van het leven | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ik put steun uit geloof of levensvisie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ik heb schrik om te sterven | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ik heb een goede eetlust | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ik maak mij zorgen over mijn gezondheidstoestand | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ik heb inspraak in mijn persoonlijke geldzaken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ik heb contact met mijn (klein)kinderen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ik ben gelukkig om de persoon wie ik ben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ik voel me verdrietig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ik voel me angstig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Ik mis een goede levensvisie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ik beleef gelukkige momenten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ik maak me zorgen om mijn geestelijke toestand | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ik heb het moeilijk met bepaalde vernieuwingen
in de maatschappij | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = helemaal niet akkoord
2 = eerder niet akkoord
3 = ik weet het niet
4 = eerder akkoord
5 = helemaal akkoord

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ik hou van het leven zoals het is | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Wanneer ik op het leven terugkijk,
ben ik tevreden over hoe de dingen verlopen zijn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ik ben tevreden met het interieur van de RVT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ik ben tevreden over de activiteiten die in de RVT
georganiseerd worden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ik voel mij thuis in de RVT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ik ben tevreden met de welvaart die ik heb | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ik voel mij voldoende aanvaard in de maatschappij | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ik heb de relaties die ik nodig heb | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mijn kinderen zijn bezorgd om mij | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ik ben tevreden over mijn conditie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Ik heb een gevoel van richting of doel in mijn leven	1	2	3	4	5
12. Ik wordt goed behandeld door het personeel van de RVT	1	2	3	4	5
13. Een goede verzorging (in de RVT) is belangrijk voor mij	1	2	3	4	5
14. Ik ben tevreden over de RVT waarin ik verblijf	1	2	3	4	5
15. Geld is voor mij belangrijk	1	2	3	4	5
16. Ik maak me veel zorgen	1	2	3	4	5
17. Ik heb veel vrienden	1	2	3	4	5
18. Ik zou graag een einde willen maken aan mijn leven	1	2	3	4	5
19. Ik ben er in geslaagd een levensstijl te ontwikkelen waarin ik het naar mijn zin heb	1	2	3	4	5
20. Ik vind dat ik me op tijd boven tegenslagen kan zetten	1	2	3	4	5
21. Ik vind dat ik succesvol ben geweest in het bereiken van mijn levensdoelen	1	2	3	4	5
22. Ik voel me lichamelijk goed	1	2	3	4	5
23. Ik hou van de meeste aspecten van mijn persoonlijkheid	1	2	3	4	5
24. Ik lig in de knoop met mezelf	1	2	3	4	5
25. Ik heb schrik om ziek te worden	1	2	3	4	5

26. Ik voel me zelfstandig tegenover mijn leeftijdsgenoten 1 2 3 4 5

27. Veiligheid in de RVT is belangrijk
om mij goed te voelen 1 2 3 4 5

Bijlage 3

Vragenlijst voor personeel

Naam personeelslid:

Naam RVT-bewoner:

1. Geboortjaar

2. Geslacht

- Man
- Vrouw

3. Burgerlijke staat

- Gehuwd
- Weduwe/weduwenaar
- Gescheiden
- Ongehuwd
- Andere.....

4. Hoe lang verblijft deze persoon al in deze RVT?

5. Heeft de persoon het voorbije jaar bij één of andere hulpverlener psychische ondersteuning gezocht?

- Ja
- Neen

Zo ja, bij wie?

- Huisarts
- Psychiater
- Psycholoog

- Maatschappelijk werker
- Pastor
- Verpleging
- Andere

6. Gebruikt deze persoon medicatie?

- Ja
- Neen

Indien ja, ook antidepressieva?

- Ja
- Neen

Indien ja, welke antidepressieva?

.....

7. omschrijf in welke mate volgende aspecten bij de persoonlijkheid van de persoon passen.

1 = helemaal niet van toepassing
2 = weinig van toepassing
3 = matig van toepassing
4 = grotendeels van toepassing
5 = helemaal van toepassing

Omcircel het nummer dat het meest van toepassing is

▪ Uitbundig	1	2	3	4	5
▪ Gedisciplineerd	1	2	3	4	5
▪ Kritisch	1	2	3	4	5

▪ Besluitvaardig	1	2	3	4	5
▪ Dynamisch	1	2	3	4	5
▪ Mild	1	2	3	4	5
▪ Bescheiden	1	2	3	4	5
▪ Optimistisch	1	2	3	4	5
▪ Volhardend	1	2	3	4	5
▪ Stabiel	1	2	3	4	5
▪ Verdraagzaam	1	2	3	4	5
▪ Hardnekkig	1	2	3	4	5
▪ Ongeremd	1	2	3	4	5
▪ Zelfverzekerd	1	2	3	4	5
▪ Zorgvuldig	1	2	3	4	5

vragenlijst

1. Welke zaken vindt u belangrijk om je goed in je vel te voelen?
2. Voelt u zich meestal gelukkig of meer ongelukkig? Waarom?
3. Vindt u dat u psychische hulp nodig heeft? En waarom?
4. Heeft de omgeving van de RVT een goede of eerder een slechte invloed op je humeur? Waarom?
5. Wat is volgens u de belangrijkste reden waarom u in een RVT verblijft?
6. Vindt u dat u genoeg privacy heeft in de RVT? En heeft dit een invloed op uw gevoelens?
7. Zijn er materiële dingen waar je echt belang aan hecht? Zou je ze kunnen missen?
8. Vormt de taal een barrière om te communiceren met anderen in de RVT? Welke?
9. Kent u genoeg mensen waarop je kan terugvallen bij mindere momenten? Met wie? Hoe belangrijk zijn deze personen voor u?

10.Heeft u nog regelmatig een goed gesprek, kunt u praten met iemand over belangrijke dingen? Met wie?

11.bent u eerder voor een rustige oude dag of vindt u het belangrijk om nog actief te zijn?

12.Gelooft u in gebed, herinneringen van overledenen, god, ... ? waarin?

5. Tabellen

Noot:

De interne consistentie van de gesloten vragen kunnen niet gevalideerd worden door de te kleine onderzoekspopulatie. De kans bestaat dat de gegevens op het toeval kunnen berust zijn. Omdat er ook kwalitatieve interviews zijn afgenomen is een onderzoekspopulatie van meer dan 60 te groot.

5.1. Invloed van kinderen op welbevinden en RVT (t-test).

Group Statistics

	kinderen	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lichWB	ja	37	3,6351	,87320	,14355
	neen	19	3,8158	1,08922	,24988
psychWB	ja	37	3,6108	1,08443	,17828
	neen	19	3,8421	,91913	,21086
matWB	ja	37	4,2613	,80559	,13244
	neen	18	4,4259	,62419	,14712
existWB	ja	37	3,5886	,96682	,15894
	neen	19	3,6550	,81641	,18730
cultWB	ja	37	3,5878	,95419	,15687
	neen	19	3,7632	,73821	,16936
socWB	ja	37	4,2811	,75345	,12387
	neen	19	3,6632	,62912	,14433
factorRVT	ja	37	4,3707	,67214	,11050
	neen	19	4,4436	,97578	,22386

5.2. Gevolgde onderwijsvorm en welbevinden (ANOVA)

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
lichWB	Between Groups	9,821	5	1,964	2,493	,043
	Within Groups	39,393	50	,788		
	Total	49,214	55			
psychWB	Between Groups	13,598	5	2,720	3,048	,018
	Within Groups	44,616	50	,892		
	Total	58,214	55			
matWB	Between Groups	3,665	5	,733	1,348	,260
	Within Groups	26,650	49	,544		
	Total	30,315	54			
existWB	Between Groups	11,507	5	2,301	3,365	,011

	Within Groups	34,197	50	,684		
	Total	45,704	55			
cultWB	Between Groups	9,467	5	1,893	2,826	,025
	Within Groups	33,505	50	,670		
	Total	42,972	55			
socWB	Between Groups	5,356	5	1,071	1,984	,097
	Within Groups	26,998	50	,540		
	Total	32,354	55			
factorRVT	Between Groups	8,902	5	1,780	3,624	,007
	Within Groups	24,567	50	,491		
	Total	33,469	55			

5.3. Keuze voor het RVT en sociaal welbevinden

Group Statistics

	zelf gekozen om in rvt opname	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lichWB	ja	33	3,8712	,87080	,15159
	neen	23	3,4457	1,01118	,21085
psychWB	ja	33	3,8152	1,08574	,18900
	neen	23	3,5087	,93464	,19489
matWB	ja	32	4,4688	,66591	,11772
	neen	23	4,1014	,81918	,17081
existWB	ja	33	3,6465	1,09448	,19052
	neen	23	3,5604	,57489	,11987
cultWB	ja	33	3,7500	,99019	,17237
	neen	23	3,5000	,69903	,14576
socWB	ja	33	4,2848	,71069	,12371
	neen	23	3,7652	,75475	,15738
factorRVT	ja	33	4,3896	,94846	,16511
	neen	23	4,4037	,46121	,09617

5.4. De persoonlijkheidsfactoren en de correlatiecoëfficiënten

Correlations

		lichWB	psychWB	matWB	existWB	cultWB	socWB	Factor RVT
extraversie	Pearson Correlation	,281(*)	,369(**)	,230	,355(**)	,335(*)	,122	,306(*)
	Sig. (2-tailed)	,038	,006	,094	,008	,013	,377	,023
	N	55	55	54	55	55	55	55
mildheid	Pearson Correlation	,022	,182	,091	,210	,260	,225	,082
	Sig. (2-tailed)	,876	,184	,511	,125	,055	,098	,553
	N	55	55	54	55	55	55	55
ordelijkheid	Pearson Correlation	,241	,163	,549(**)	,020	,099	,254	,267(*)
	Sig. (2-tailed)	,077	,235	,000	,887	,471	,061	,049
	N	55	55	54	55	55	55	55

stabiliteit	Pearson Correlation	,460(**)	,338(*)	,437(**)	,270(*)	,238	,410(**)	,338(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	,012	,001	,046	,080	,002	,012
	N	55	55	54	55	55	55	55
intellect	Pearson Correlation	,283(*)	-,033	,136	-,108	-,197	,031	,080
	Sig. (2-tailed)	,036	,808	,326	,433	,149	,823	,559
	N	55	55	54	55	55	55	55

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).