

Sociale integratie en welzijn aan de rand van de samenleving

De samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met
de leefsituatie en psychisch welbevinden onderzocht voor
dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en
alcoholverslaafden

Rixt Bijker

Doctoraalscriptie sociologie
Vakgroep Sociologie
Rijksuniversiteit Groningen

Augustus 2005

Begeleiders:
Dr. H. de Vos
Dr. R. Veenstra

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afronding van mijn studie Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderwerp is de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden, onderzocht voor dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. Ik wilde graag een onderzoekscriptie schrijven met een onderwerp dat beleidsmatig interessant is, omdat zowel de onderzoeks- als de beleidskant van sociologie mij aanspreken. Ik heb daarom onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL benaderd met de vraag of ik daar stage zou kunnen lopen. INTRAVAL heeft in een aantal gemeenten en regio's onderzoek gedaan naar dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. De data die deze onderzoeken hebben opgeleverd mocht ik gebruiken voor mijn scriptie. Toen ik de data bekeek viel het me op dat bijna 50 % van deze groep mensen aangeeft tevreden te zijn met de leefsituatie. Dit percentage ligt veel lager dan voor de Nederlandse bevolking als geheel, maar er bestaat wel een aanzienlijke spreiding binnen de groep in de mate van tevredenheid met de leefsituatie. Dat maakte me nieuwsgierig, ik vroeg me af waardoor dat verschil in tevredenheid verklaard zou kunnen worden. Uit onderzoek naar de kwaliteit van leven komt het hebben van sociale relaties naar voren als een belangrijke verklarende factor. Daarom leek het me interessant mijn onderzoek toe te spitsen op de rol die sociale integratie speelt in het verklaren van de variatie in de tevredenheid met de leefsituatie bij dak- en thuislozen, harddrugs- en alcoholverslaafden. Uit veel onderzoek blijkt ook een verband tussen sociale integratie en lichamelijke en geestelijke gezondheid. Ik heb er daarom voor gekozen ook het verband tussen sociale integratie en psychisch welbevinden te onderzoeken.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken die belangrijk zijn geweest voor de totstandkoming van deze scriptie. In de eerste plaats INTRAVAL, in de persoon van Bert Bieleman, voor het bieden van een stageplek, het beschikbaar stellen van de data van de doelgroepenanalyses en de goede begeleiding tijdens het schrijven van de scriptie. Vooral zijn adviezen over planning en aanpak heb ik als waardevol ervaren. De collega's van INTRAVAL wil ik bedanken voor de leuke en leerzame tijd die ik heb gehad.

Mijn begeleiders vanuit de vakgroep Sociologie, Henk de Vos en René Veenstra, wil ik heel erg bedanken voor hun goede inhoudelijke begeleiding. Hoe laat ik mijn stukken ook opstuurde, altijd waren ze kritisch en nauwkeurig gelezen. Hun commentaar en advies vond ik zeer waardevol.

Ik heb in mijn scriptie veel geschreven over het belang van sociale integratie voor het welbevinden. Ik heb gemerkt dat sociale relaties zeker ook van belang zijn bij het schrijven van een scriptie. Ik wil mijn ouders, vrienden, huisgenoten en studiegenoten daarom bedanken voor de steun, belangstelling en het bieden van de af en toe ook zeker noodzakelijke afleiding!

Rixt Bijker

Groningen, augustus 2005

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Probleemstelling	1
1.2 Data	2
1.3 Opbouw van de scriptie	3
Hoofdstuk 2 Sociale integratie en welzijn	5
2.1 Sociale integratie	5
2.2 Sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie	6
2.2.1 Tevredenheid met de leefsituatie	
2.2.2 Het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met het leven	
2.2.3 Leeftijd en geslacht en tevredenheid met het leven	
2.3 Sociale integratie en gezondheid	12
2.3.1 Onderzoek naar het verband tussen sociale integratie en gezondheid	
2.3.2 Sociale integratie en lichamelijke gezondheid	
2.3.3 Sociale integratie en psychisch welbevinden	
2.3.4 Achterliggend mechanisme	
2.3.5 Leeftijd en geslacht en psychisch welbevinden	
2.3.6 Tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden	
2.4 Een algemene theoretische verklaring	18
Hoofdstuk 3 Sociale integratie en welzijn van daklozen en verslaafden	21
3.1 Sociale relaties	21
3.1.1 Sociale relaties van daklozen	
3.1.2 Sociale relaties van drugsverslaafden	
3.2 Sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden	26
3.3 Contact met hulpverlening	28
3.4 Hypothesen	30
Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet	35
4.1 Doelgroepenanalyses	35
4.2 Beschrijving databestand	36
4.3 Methode van dataverzameling doelgroepenanalyses	36
4.4 Afbakening onderzoeksgroep	37
4.4.1 Zichtbare alcoholisten en harddrugsverslaafden	
4.4.2 Dak- en thuislozen	
4.5 Operationalisering variabelen	38
4.5.1 Tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden	
4.5.2 Sociale integratie	
4.5.3 Contact met hulpverlening	
4.5.4 Controlevariabelen	
4.6 Methoden voor dataverwerking en analyse	41

Hoofdstuk 5 Resultaten	43
5.1 Beschrijvende analyses	43
5.1.1 Sociale integratie	
5.1.2 Contact hulpverlening	
5.1.3 Tevredenheid leefsituatie	
5.1.4 Psychisch welbevinden	
5.2 Univariate analyses	47
5.2.1 Sociale integratie en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden	
5.2.2 Contact hulpverlening	
5.2.3 Achtergrondkenmerken en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden	
5.2.4 Overzicht van de resultaten	
5.3 Multivariate analyses	50
5.3.1 Tevredenheid met de leefsituatie	
5.3.2 Psychisch welbevinden	
5.3.3 Overzicht resultaten	
Hoofdstuk 6 Conclusie	53
6.1 Inleiding	53
6.2 Beantwoording onderzoeksvragen	54
6.2.1 Sociale integratie en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden	
6.2.2 Contact hulpverlening en informele sociale relaties	
6.2.3 Contact hulpverlening en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden	
6.3 Beperkingen	58
6.4 Aanbevelingen	59
6.4.1 Beleidsaanbevelingen	
6.4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek	
Literatuur	61

1. Inleiding

Dak- en thuisloosheid en verslaving vormen beide een actueel en zichtbaar maatschappelijk verschijnsel. Straatkrantverkopers, bedelaars, daklozen en verslaafden die rondhangen in stadscentra en parken zijn bijna onlosmakelijk verbonden met het straatbeeld in veel Nederlandse steden. Als buitenstaander is het moeilijk te beoordelen hoe het met deze mensen gaat. De verleiding is groot om hun situatie te beoordelen naar de eigen maatstaven en hun welbevinden laag in te schatten. Het is de vraag of dit terecht is. Misschien nog wel belangrijker is de vraag waar het subjectieve welbevinden van deze groep mee samenhangt.

Uit verschillende onderzoeken naar tevredenheid met het leven en (psychische) gezondheid komt een belangrijke samenhang naar voren met sociale integratie. Mensen die minder sociaal geïntegreerd zijn, zijn minder gezond, zowel fysiek als geestelijk, en lopen een grotere kans (vroegtijdig) te overlijden (zie o.a. House, Landis, & Umberson, 1988; Putnam, 2000; Seeman, 1996). Talloze studies tonen ook het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met het leven of geluk. Sociale relaties hebben een sterke invloed op geluk en andere aspecten van welbevinden en zijn misschien wel de belangrijkste voorspeller van geluk en welbevinden (zie o.a. Argyle, 1999, 2001; Myers, 1999; Putnam, 2000).

Dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden vormen een groep die per definitie minder sociaal geïntegreerd is. Dat maakt het wetenschappelijk interessant om te onderzoeken of ook bij deze groep het verband tussen sociale integratie en tevredenheid met het leven en (psychische) gezondheid bestaat. In het buitenland, met name in de Verenigde Staten, zijn bij daklozen en drugsgebruikers een aantal onderzoeken gedaan naar de kwaliteit van leven en de (psychische) gezondheid en de factoren die daarop van invloed zijn. Daarbij is ook aandacht besteed aan het effect van sociale integratie en sociale steun (LaGory, Fitzpatrick, & Ritchey, 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno, Purcell, Dawson-Rose, Parsons, & SUDIS Team, 2003; Rossow & Lauritzen, 1999). In Nederland is nog weinig tot geen onderzoek gedaan naar dit verband voor deze groep. Ook dat maakt het tot een wetenschappelijk interessant onderwerp. Het onderzoek heeft een maatschappelijk belang, omdat het informatie biedt over het subjectieve welbevinden van dak- en thuislozen, harddrugs- en alcoholverslaafden en de factoren die daarmee samenhangen. Als zou blijken dat sociale integratie een belangrijke positieve invloed heeft, zou gedacht kunnen worden aan het ontwerpen of verbeteren van interventies die erop gericht zijn de sociale integratie van deze groep te versterken om op die manier het subjectief welbevinden te verbeteren.

1.1 Probleemstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om het verband te onderzoeken tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. De vraagstelling kan dan als volgt worden geformuleerd:

Bestaat er een positieve samenhang tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden?

Er worden verschillende aspecten van sociale integratie onderscheiden. Er wordt gekeken naar het hebben van een partner, het hebben van kinderen, contact met familie, de woonsituatie, het hebben van werk en de tevredenheid met de vrienden - en kennissenkring. Bij het onderzoeken van deze samenhang wordt rekening gehouden met een aantal (achtergrond)kenmerken die van invloed zouden kunnen zijn op de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden: geslacht, leeftijd, harddrugs- en alcoholverslaving.

Zoals gezegd gaat het bij dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden om een groep die per definitie slecht geïntegreerd is. Tegelijkertijd gaat het om een groep die relatief veel contact heeft met verschillende vormen van hulpverlening. In Nederlands kwalitatief onderzoek (Van Doorn, 2002) kwam naar voren dat daklozen in de hulpverleningsrelatie met name die aspecten verwachten aan te treffen die kenmerkend zijn voor het 'gewone menselijke contact', die horen bij een vriendschapsrelatie. Van Doorn geeft aan dat een mogelijke verklaring voor deze behoefte zou kunnen zijn dat de daklozen in de hulpverlening zoeken naar wat ontbreekt in hun sociale netwerk. Dat roept de volgende aanvullende onderzoeksvraag op:

In hoeverre vormen de formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen een vervanging voor informele sociale relaties?

Vervolgens is dan ook de vraag van belang wat de samenhang is tussen het contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden. Dat leidt tot een tweede aanvullende onderzoeksvraag:

Wat is de samenhang tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden?

Ook bij het onderzoeken van deze samenhang wordt rekening gehouden met de hierboven al genoemde (achtergrond)kenmerken: geslacht, leeftijd, harddrugs- en alcoholverslaving.

1.2 Data

Er wordt gebruik gemaakt van data die zijn verzameld door onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL. INTRAVAL heeft sinds 1999 verscheidene doelgroepenanalyses uitgevoerd in opdracht van gemeenten en zorginstellingen in Nederland ten behoeve van lokaal beleid. De doelgroepenanalyses hebben als doel inzicht te verschaffen in de aard en omvang van bepaalde groepen in het onderzoeksgebied. Tevens wordt het gebruik en de waardering van voorzieningen door de doelgroepen geïnventariseerd (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003). In Apeldoorn, Zutphen, Deventer en de Friese Wouden zijn op een vergelijkbare manier doelgroepenanalyses uitgevoerd onder dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden (Bieleman, Bezema, Griesheimer, De Jong, & Meijer, 2002; Bieleman, Biesma, Griesheimer, Jetzes, & De Jong, 2002; Biesma, Meijer, & Bieleman, 2000; Meijer, De Jong, & Bieleman, 2000). Deze vier afzonderlijke databestanden zijn voor deze scriptie samengevoegd tot één databestand dat 173 respondenten omvat. Met behulp van dit bestand is geprobeerd de vraagstelling en de twee aanvullende onderzoeksvragen te beantwoorden.

1.3 Opbouw van de scriptie

De opbouw van de scriptie is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van eerder onderzoek en de theoretische achtergrond van de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden van de bevolking als geheel. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de resultaten van eerder onderzoek naar de doelgroep die in dit onderzoek centraal staat: dak- en thuislozen en harddrugs- en alcoholverslaafden. In hoofdstuk 4 wordt de opzet van het onderzoek uiteengezet, met daarin een beschrijving van het databestand en de methode van dataverzameling en de operationalisering van de variabelen. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek beschreven in hoofdstuk 5. Dit hoofdstuk valt uiteen in drie delen. In het eerste deel wordt het databestand beschreven aan de hand van de frequentieverdelingen van de variabelen. Daarna volgen de resultaten van de univariate analyses. Tenslotte worden achtereenvolgens de resultaten van de regressie-analyse met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele en de resultaten van de analyse met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele gegeven. Als laatste volgt hoofdstuk 6 met een conclusie en discussie van de onderzoeksresultaten.

2. Sociale integratie en welzijn

In dit hoofdstuk worden de resultaten van eerder onderzoek en de theoretische achtergrond beschreven van de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden van de bevolking als geheel. Eerst wordt een definitie van het centrale concept sociale integratie gegeven. Daarna wordt ingegaan op het concept tevredenheid met de leefsituatie en het onderzoek wat daarnaar verricht is. Vervolgens wordt voor verschillende aspecten van sociale integratie aangegeven wat uit eerder onderzoek naar voren is gekomen over de samenhang met tevredenheid met de leefsituatie. Ook voor psychisch welbevinden wordt een overzicht gegeven van de resultaten van eerder onderzoek naar de samenhang met sociale integratie. Daarvoor wordt eerst nog kort ingegaan op de geschiedenis van het onderzoek naar de samenhang tussen sociale integratie en gezondheid en de samenhang tussen sociale integratie en lichamelijke gezondheid. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van het achterliggende mechanisme waardoor sociale relaties samenhangen met psychisch welbevinden. Er is ook onderzoek gedaan naar de samenhang tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Er wordt kort ingegaan op de resultaten van dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een algemene theoretische verklaring voor de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden.

2.1 Sociale integratie

In het onderzoek naar het effect van sociale relaties op de tevredenheid met de leefsituatie en de (psychische) gezondheid spelen twee concepten een belangrijke rol, namelijk sociale integratie en sociale steun. Het is belangrijk om een onderscheid tussen deze twee begrippen te maken. De mate van sociale integratie van een persoon kan worden gedefinieerd als 'de mate waarin hij of zij sociale relaties heeft, met andere personen verbonden is' (Seeman, 1996). Sociale integratie wordt binnen de sociologie als het tegenovergestelde van sociale isolatie gezien; geen sociale relaties hebben, geen institutionele bindingen en niet participeren in de maatschappij. Het concept 'sociaal netwerk' heeft veel met sociale integratie te maken. Dit begrip staat voor het web van sociale relaties dat mensen kunnen onderhouden, waarbij het zowel gaat om intieme persoonlijke relaties met familie en goede vrienden, als om meer formele relaties met andere individuen en groepen. Via dit 'web' van sociale relaties zijn mensen sociaal geïntegreerd in de maatschappij waarin ze leven (Seeman, 1996).

Sociale integratie heeft dus vooral betrekking op structurele kenmerken van de sociale omgeving. Er is ook veel onderzoek gedaan naar de meer kwalitatieve aspecten van de sociale omgeving. Deze aspecten kunnen worden samengebracht onder de noemer 'sociale steun'. Waar het bij onderzoek naar de structurele kenmerken meer gaat om het tellen van de aanwezige relaties, gaat het bij onderzoek naar sociale steun meer om het vaststellen van de inhoud van sociale interacties, bijvoorbeeld de hoeveelheid emotionele of instrumentele steun die wordt gegeven (Seeman, 1996).

2.2 Sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie

2.2.1 Tevredenheid met de leefsituatie

Geluk, subjectief welbevinden, kwaliteit van leven en tevredenheid met het leven zijn termen die allemaal net iets anders betekenen, maar wel hetzelfde uitgangspunt delen (Lewinsohn, Redner, & Seeley, 1991). Argyle (2001) onderscheidt in zijn boek *The psychology of happiness* verschillende componenten van geluk. Naast meer emotionele componenten vormt tevredenheid met leven een belangrijke cognitieve component van geluk. Het is een reflectieve beoordeling, een oordeel, over hoe goed het gaat en is gegaan. In onderzoeken kan worden gevraagd naar tevredenheid met het leven in het algemeen of naar tevredenheid met betrekking tot specifieke domeinen, zoals werk, huwelijk en gezondheid (Argyle, 2001).

Er wordt nog niet zo lang onderzoek gedaan naar geluk. In de jaren zestig begonnen Amerikaanse survey-onderzoekers vragen te stellen over geluk en tevredenheid (o.a. Cantril, 1965). In de jaren daarna zijn in wetenschappelijke tijdschriften steeds meer artikelen verschenen over dit onderwerp en verschenen een aantal overzichtswerken (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999; Veenhoven, 1994). Wetenschappers willen de oorzaken van geluk en de processen die daarbij een rol spelen begrijpen. Naast deze wetenschappelijke relevantie bieden de resultaten van dit onderzoek aanknopingspunten om het geluk van mensen te vergroten (Argyle, 2001).

Geluk wordt in surveys vaak onderzocht met één vraag, bijvoorbeeld "Hoe gelukkig ben je?" of "Hoe tevreden ben je met je leven over het geheel genomen?". Er bestaat echter wel twijfel over de geschiktheid van meetinstrumenten die uit één item bestaan. Een enkele abstracte vraag is gevoelig voor allerlei vertekeningen en versturende invloeden. Een uitgebreidere schaal met meer specifieke items zou dan beter zijn (Argyle, 2001). Een voorbeeld is de Satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), die veel gebruikt wordt. Er zijn ook schalen die tevredenheid met betrekking tot verschillende domeinen meten. In verschillende onderzoeken worden veel verschillende lijsten met domeinen gebruikt. Voorbeelden van domeinen zijn huwelijk, werk, vriendschap en gezondheid (Argyle, 2001).

De meeste schalen die tevredenheid met het leven meten hebben een neutraal punt waarmee de respondent aangeeft dat de mate van tevredenheid gelijk is aan de mate van ontevredenheid. Boven dit punt hebben de antwoordmogelijkheden betrekking op verschillende mates van tevredenheid, beneden dit punt geven de antwoordmogelijkheden ontevredenheid aan. Onderzoek met deze schalen laat zien dat de meeste mensen aangeven dat hun tevredenheid aanzienlijk boven het gemiddelde ligt en dat er sprake is van een tamelijke grote spreiding van tevredenheid in de bevolking (Argyle, 2001). In Nederland doet het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) bevolkingsonderzoek naar de tevredenheid met het eigen leven. In 2004 geeft slechts 4 procent van de bevolking aan niet zo tevreden te zijn met het huidige eigen leven, 14 procent is tamelijk tevreden, 50 procent is tevreden, 28 procent zeer tevreden en 3 procent geeft aan buitengewoon tevreden met het huidige eigen leven te zijn (SCP, 2004). Diener en Diener (1996) laten zien dat veel onderzoeken naar geluk, tevredenheid en andere maten voor subjectief welbevinden vergelijkbare resultaten hebben gevonden. In elk nationaal surveyonderzoek dat in de Verenigde Staten is uitgevoerd geven de meeste mensen een positieve mate van tevredenheid aan. Ook als internationaal wordt gekeken naar de tevredenheid met het leven blijkt dat bijna alle landen, ook niet-westerse landen, boven het neutrale punt scoren. Verder blijkt uit onderzoek de meerderheid van mensen in een min of meer ongunstige situatie in een redelijke mate tevreden te zijn. Zo vonden bijvoorbeeld Andrews en Withey (1976) dat mensen in de laagste inkomensgroep een

positieve mate van tevredenheid rapporteerden. Ook personen met een handicap geven een positieve mate van tevredenheid aan (e.g., Cameron, Titus, Kostin, & Kostin, 1973).

De vraag is of dit veroorzaakt wordt door de manier van meten van tevredenheid. Mensen geven op een bepaald moment mondeling aan hoe tevreden ze zijn, vaak op één enkele vraag. Er zijn verscheidene methodes om subjectief welbevinden te meten die niet gebaseerd zijn op algemene zelfbeoordelingen. Ook met gebruik van deze methodes scoort de meerderheid van de mensen positief. Dit laat zien dat de positieve scores op tevredenheid niet veroorzaakt worden door de meetmethode (Diener & Diener, 1996). Om te onderzoeken of de positieve scores op tevredenheid voor de hand liggen en ook zo worden ingeschat door mensen, lieten Diener en Diener respondenten de mate van tevredenheid met het leven van verschillende groepen schatten. Het percentage Amerikanen dat een positieve tevredenheid met het leven rapporteert werd te laag ingeschat. De ontevredenheid van werkloze mannen en chronische psychisch zieke mensen werd overschat. Een aantal respondenten geeft aan zich echt niet voor te kunnen stellen dat mensen met een zware handicap echt gelukkig kunnen zijn (Diener & Diener, 1996).

Er is een aantal theoretische verklaringen mogelijk voor de bevinding dat mensen over het algemeen aangeven tevreden te zijn met hun leven. Een daarvan is dat er een positief basisniveau is voor het zich gelukkig voelen van mensen. Headey en Wearing (1992) stellen een theorie voor waarin mensen weer terugkeren naar een persoonlijk basisniveau van zich gelukkig voelen na positieve of negatieve ervaringen die hen van dit basisniveau hadden weggedreven. Hoewel dit basisniveau varieert afhankelijk van iemands temperament en opvoeding lijkt het voor de meeste mensen in het positieve gebied te liggen. Een andere verklaring kan zijn dat mensen gemotiveerd zijn om in een positieve gemoedstoestand te zijn omdat dit prettig is. Dat zou ertoe kunnen leiden dat mensen coping strategieën gebruiken om in een positieve gemoedstoestand te blijven (Diener & Diener, 1996). Dit alles sluit aan bij het onderscheid dat Argyle (2001) maakt tussen aan de ene kant objectieve factoren die van invloed zijn op tevredenheid met het leven en aan de andere kant de mate waarin tevredenheid zich in het hoofd van mensen bevindt, afhangt van hoe mensen over dingen denken. Hij noemt dan effecten van sociale vergelijking, de invloed van de emotionele gemoedstoestand, cognitieve factoren, positieve illusies en aanpassing. Dit laatste betekent in het geval van tevredenheid dat mensen gewend raken aan omstandigheden en deze als normaal gaan beschouwen. Dit zou ook mede een verklaring kunnen zijn voor het hierboven beschreven verschijnsel dat mensen in een relatief ongunstige situatie toch tevreden met hun leven kunnen zijn. Argyle benadrukt echter wel dat ondanks deze psychologische processen, waaronder aanpassing, de effecten van de belangrijke objectieve oorzaken van tevredenheid zeker een rol blijven spelen.

2.2.2 Het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met het leven

In deze scriptie gaat het om een van die objectieve oorzaken van tevredenheid; sociale relaties. Argyle (2001) noemt sociale relaties een van de belangrijkste oorzaken van tevredenheid met het leven. Het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met het leven of geluk is in veel onderzoeken aangetoond (zie o.a. Argyle, 1999, 2001; Myers, 1999; Putnam, 2000). Hieronder wordt voor verschillende soorten sociale relaties de samenhang met tevredenheid met het leven besproken. Achtereenvolgens komen aan de orde: vrienden, huwelijk, kinderen, familie, andere vormen van sociale interactie, wonen en werk.

Vrienden

Veel onderzoeken hebben laten zien dat tevredenheid met vrienden samenhangt met geluk en tevredenheid met het leven met een correlatie van .30 of .40 als wordt gecontroleerd voor achtergrondkenmerken. Er bestaat ook een samenhang met een weliswaar lagere correlatie met: aantal vrienden, aantal goede vrienden, frequentie van hen ontmoeten, frequentie van telefonisch contact, bezoeken en feestjes (Veenhoven, 1994). Costa, Zonderman en McCrae (1985) vonden een factor voor de kwaliteit en kwantiteit van vriendschappen die een correlatie had van .29 met geluk. Volgens Argyle (2001) zorgen vriendschappen voor tevredenheid met het leven omdat ze 'belonend' werken, het gevoel geven de moeite waard te zijn. Vrienden geven non-verbaal en verbaal positieve signalen (bijvoorbeeld interesse, bevestiging), bieden praktische hulp en bieden kameraadschap. Zowel het hebben van een of een paar goede vrienden als het deel uitmaken van een netwerk van vrienden is van belang (Argyle, 2001).

Huwelijk

Uit veel onderzoek komt naar voren dat getrouwd zijn een factor is die een van de sterkste samenhangen vertoont met geluk en welbevinden (Glenn & Weaver, 1979). Veel onderzoeken hebben laten zien dat getrouwde mensen gemiddeld gelukkiger zijn dan alleenstaanden, mensen waarvan de partner overleden is en gescheiden mensen. Het grootste onderzoek op dit gebied is de analyse van Inglehart (1990) van Eurobarometer surveys. Deze studie heeft een grote steekproefomvang van 163.000 mensen, afkomstig uit alle landen in de Europese Unie. Een interessante uitkomst van dit onderzoek is dat getrouwde mensen gemiddeld genomen niet alleen gelukkiger zijn dan alleenstaanden, maar ook gelukkiger dan mensen die samenwonen. Uit de meeste onderzoeken blijkt dat mensen die samenwonen gelukkiger zijn dan alleenstaanden en iets minder gelukkig dan getrouwde mensen (Nock, 1995). Stack en Eshleman (1998) vonden het effect van getrouwd zijn op geluk in 16 van de 17 geïndustrialiseerde landen die zij onderzochten. In 14 van de 17 landen was het effect van getrouwd zijn aanzienlijk groter dan van samenwonen. Argyle (2001) suggereert dat de effecten van samenwonen erg afhangen van de culturele houding tegenover deze relatie. Verder geeft hij aan dat de kwaliteit van het huwelijk van belang is. Myers (1999) stelt dat de kwaliteit van het huwelijk belangrijker is dan het getrouwd zijn op zich. Russell en Wells (1994) onderzochten de voorspellers van geluk in 1207 Engelse paren en vonden dat de sterkste voorspeller de kwaliteit van het huwelijk was. De positieve effecten van getrouwd zijn bleven bestaan als gecontroleerd werd voor leeftijd, geslacht, inkomen en andere achtergrondkenmerken (Argyle, 1999). Er is tot nu toe steeds gesproken over de samenhang tussen getrouwd zijn en geluk. De vraag is van belang wat de richting is van de causale relatie: Leidt getrouwd zijn tot geluk of leidt gelukkig zijn tot trouwen? Mastekaasa (1995) stelt vast dat onder onderzoekers de opvatting de overhand heeft dat de samenhang tussen getrouwd zijn en welbevinden vooral ontstaat door de positieve effecten van getrouwd zijn.

Myers (1999) noemt tenminste twee redenen waarom getrouwd zijn geluk zou bevorderen. De eerste is dat getrouwd zijn de rol van echtgenoot dan wel echtgenote biedt, wat extra bronnen van zelfwaardering oplevert. Ten tweede is de kans groter dat getrouwde mensen een langdurige, ondersteunende, intieme relatie hebben en een kleinere kans hebben om een eenzaam te zijn. Argyle en Furnham (1983) sluiten hierbij aan door te stellen dat voor de meeste mensen het huwelijk de grootste bron van sociale steun is, meer dan vrienden of familie. Het gaat daarbij om emotionele en materiële steun en kameraadschap.

Kinderen

De resultaten van onderzoek naar het effect van het hebben van kinderen op het geluk van hun ouders zijn niet eenduidig. Veenhoven (1994) presenteert in zijn *Correlates of Happiness* de resultaten van 603 onderzoeken naar geluk in 69 landen. Als gekeken wordt naar het hebben van kinderen blijkt er sprake van een klein positief effect of geen effect op het geluk of de tevredenheid met het leven van de ouders. In een onderzoek in tien West-Europese landen wordt in een aantal landen een kleine positieve correlatie gevonden (.05 - .13), terwijl in andere landen geen sprake is van een significant verband. Voor het totale bestand geldt dat mensen met kinderen gemiddeld significant hoger scoren op tevredenheid met het leven dan mensen zonder kinderen. Maar als in een multiple regressie-analyse controlevariabelen worden toegevoegd verdwijnt het significante effect van het hebben van kinderen (Halman, Heunks, DeMoor, & Zanders, 1987). In een onderzoek onder oudere mensen in Canada blijkt dat mensen met kinderen significant hoger scoren op tevredenheid met het leven dan mensen zonder kinderen, ook als gecontroleerd wordt voor achtergrondkenmerken als leeftijd en geslacht (Rempel, 1985). In een Nederlands onderzoek onder mensen van 18 – 65 jaar (Veenhoven, 1974) hangt het hebben van kinderen niet samen met de mate van geluk.

Uit ander onderzoek is gebleken dat het effect van het hebben van kinderen varieert met de fase in de 'familiecycle'. Tevredenheid met het huwelijk (belangrijke voorspeller van geluk) blijkt eerst hoog te zijn, dan in de loop der tijd af te nemen en dan weer te stijgen. De periodes waarin de tevredenheid met het huwelijk het laagst is zijn de periodes waarin er erg jonge kinderen zijn en wanneer de kinderen in de puberteit zitten (Walker, 1977). Naast de fase in de 'familiecycle' is ook het aantal kinderen van belang; er is sprake van een curvilineair verband tussen het aantal kinderen en geluk, het hebben van twee of drie kinderen heeft het meest positieve effect. Kinderen vormen in het bijzonder een bron van affectie en plezier. Later vormen ze een bron van sociale en soms ook economische en praktische steun (Hoffman & Manis, 1982).

Familie

Veel onderzoeken naar de samenhang tussen contact met familieleden en geluk of tevredenheid met het leven hebben betrekking op de frequentie van het contact. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat in het algemeen geldt: hoe frequenter het contact met familieleden, hoe hoger de mate van geluk of tevredenheid met het leven (Veenhoven, 1994). In de vier Scandinavische landen (Denemarken, Noorwegen, Zweden en Finland) is gekeken naar het verband tussen de frequentie van ontmoetingen met familieleden (gemeten op een schaal met zeven antwoordmogelijkheden: van nooit tot twee keer per week of vaker) en geluk. Daarbij werd gecontroleerd voor achtergrondkenmerken en andere factoren die van invloed zouden kunnen zijn op de mate van geluk. De correlaties die in de vier landen zijn gevonden lopen uiteen van .08 tot .12 (Allardt, 1973). In een Amerikaans onderzoek wordt een β -coëfficiënt van .10 gevonden als het verband wordt onderzocht tussen de frequentie van het contact met familieleden (gemeten met een vraag met drie antwoordmogelijkheden: minder dan een keer per week, een keer per week en twee keer of vaker per week) en tevredenheid met het leven. Daarbij wordt gecontroleerd voor andere factoren die van invloed zouden kunnen zijn op de tevredenheid met het leven (Wilkening & McGranahan, 1978). In een aanvullend onderzoek is het effect van frequentie van contact met familie uitgesplitst naar verschillende leeftijdsgroepen. Dan blijkt alleen de β -coëfficiënt voor de leeftijdsgroep onder de 30 jaar significant te zijn (Martinson, Wilkening, & Linn, 1985).

Naast de frequentie van het contact blijkt ook het aantal familieleden waarmee contact is van belang te zijn. Naar dit verband is echter minder vaak onderzoek gedaan. Er bestaat een

positieve correlatie (.11) tussen het aantal familieleden waarmee men zich verbonden voelt en geluk. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder een steekproef van getrouwde en gescheiden mensen. Het verband geldt alleen voor mensen die voor de eerste keer getrouwd zijn, niet voor mensen die hertrouwd zijn (White, 1979). Verder is er een positief verband gevonden tussen het aantal familieleden waarmee de afgelopen twee weken contact is geweest (bezoek, telefonisch of per brief) en de mate van gelukkig voelen (Bradburn, 1969). Daarbij is het belangrijk om op te merken dat gelukkig voelen een andere aspect van geluk is dan tevredenheid met het leven.

Argyle en Henderson (1985) noemen familie een voortdurende bron van hulp als het nodig is. Argyle en Furnham (1983) onderzochten de bronnen van tevredenheid in verschillende relaties en vonden drie factoren: instrumentele hulp, emotionele steun en kameraadschap. De relatie met de echtgenoot of echtgenote scoort het hoogst op alledrie de factoren. De relatie met een ouder scoort op alledrie de factoren lager, maar nog steeds tamelijk hoog. Na de partner biedt de ouder de meeste instrumentele hulp. De relatie met een broer of zus biedt net zoveel emotionele steun als de relatie met een ouder, maar scoort iets lager op het bieden van instrumentele hulp en kameraadschap (Argyle & Furnham, 1983).

Andere vormen van sociale interactie

Naast relaties met vrienden, partner, kinderen en familie zijn er natuurlijk nog meer vormen van sociale interactie. Putnam laat met behulp van secundaire analyse zien dat er een verband bestaat tussen verschillende vormen van sociale interactie en geluk. Regelmatig de vereniging waarvan men lid is bezoeken, geregeld vrijwilligerswerk doen, regelmatig mensen thuis ontvangen en een keer per twee weken naar de kerk gaan zijn belangrijke voorspellers van tevredenheid met het leven (Putnam, 2000).

Zoals hierboven al is gezegd zijn onderzoekers het er wat het huwelijk betreft redelijk over eens dat geluk de afhankelijke variabele is, het gevolg van de sociale relatie. De richting van het causale verband tussen de andere sociale relaties en interacties en tevredenheid met het leven blijft ambigu (Putnam, 2000).

Wonen

Wonen wordt in deze scriptie opgevat als een aspect van sociale integratie. Volgens Argyle en Henderson (1985) bieden burens van alle door hun onderzochte relaties de minste steun, hoewel ze wel een bron van frequente kleine hulp zijn. In het onderzoek van Argyle en Furnham (1983) scoort de relatie met burens het laagst op de drie factoren instrumentele hulp, emotionele steun en kameraadschap. In een Canadees onderzoek is gekeken naar de samenhang tussen de mate van thuisvoelen in de huidige verblijfplaats en tevredenheid met het leven. De vraag werd gesteld: In welke mate voelt uw huidige verblijfplaats als een thuis? Er waren elf antwoordmogelijkheden, uiteenlopend van helemaal niet tot volledig. Er bleek een significante correlatie van .35 te bestaan tussen de antwoordscore op deze vraag en tevredenheid met het leven (Austrom, 1984).

Werk

Ook het hebben van werk wordt in deze scriptie opgevat als aspect van sociale integratie. De positieve effecten van het hebben van werk op geluk blijken uit onderzoeken naar werklozen en gepensioneerden (Argyle, 1999). De werklozen in bijna alle landen zijn veel minder gelukkig dan mensen die werken. Inglehart (1990) vond dat 61 % van de werklozen tevreden waren, vergeleken met 78 % van de handarbeiders. In een Amerikaans onderzoek beschreef 10 tot 12 % van de werklozen zichzelf als gelukkig, vergeleken met 30 % van de bevolking

(Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). Een Brits onderzoek vond voor dezelfde groepen respectievelijk de percentages 27 % en 38 % (Fogarty, 1985). In een meta-analyse vonden Haring, Okun en Stock (1984) een samenhang van .18 tussen het hebben van werk en geluk. Als gecontroleerd wordt voor inkomen worden de effecten kleiner, maar ze blijven bestaan (Campbell et al., 1976). Met het toevoegen van controlevariabelen als opleidingsniveau en steun van familie worden de effecten nog wat kleiner, maar ze blijven in de meeste studies nog steeds bestaan (Argyle, 1999). De vraag is of er sprake is van een causaal verband tussen het hebben van werk en geluk. Een manier om dit te onderzoeken is met een longitudinaal onderzoek naar werknemers voor en na het verliezen van hun baan, bijvoorbeeld als er sprake is van het sluiten van een fabriek. In een Brits onderzoek naar het sluiten van een staalfabriek scoorden mensen die zes maanden later nog geen baan hadden gevonden 2.3 op een schaal voor gelukkig voelen, mensen die wel een baan hadden gevonden scoorden 3.05 (Warr, 1978).

Zoals hierboven al genoemd is, is gelukkig voelen een ander aspect van geluk dan tevredenheid met het leven. Argyle (2001) merkt echter op dat werkloosheid van invloed is op elk aspect van geluk, waaronder ook tevredenheid met het leven. Argyle (1999) noemt als belangrijkste verklaring voor de positieve effecten van het hebben van werk op geluk dat werklozen financieel slechter af zijn. Wanneer daarvoor wordt gecontroleerd zijn de effecten zwakker. Onderzoek naar werkloosheid heeft verder de aandacht gevestigd op een aantal minder voor de hand liggende voordelen van het hebben van werk. Het gaat dan om het structureren van tijd, het bieden van sociale contacten buiten de familie, het verbinden van het individu aan hogere doelen, het geven van status en gevoel van identiteit en het bieden van een hoger niveau van activiteit (Jahoda, 1982). Argyle en Henderson (1985) noemen collega's een belangrijke bron van hulp met werkproblemen en ook van kameraadschap op het werk.

2.2.3 Leeftijd en geslacht en tevredenheid met het leven

Leeftijd is een achtergrondkenmerk dat samenhangt met de mate van geluk. Veel onderzoeken naar geluk of tevredenheid met het leven hebben een kleine toename in de mate van geluk gevonden naarmate de leeftijd toeneemt. De correlatie is ongeveer .10, zoals bijvoorbeeld in het onderzoek van Cantril (1965) in veertien landen. Inglehart (1990) vond met de Eurobarometer-onderzoeken dat het positieve effect van leeftijd groter werd nadat gecontroleerd werd voor het minder vaak getrouwd zijn, het lagere opleidingsniveau en lager inkomen van oudere mensen. De richting van het verband tussen leeftijd en tevredenheid met het leven is in principe duidelijk, omdat geluk niet van invloed kan zijn op leeftijd. Omdat gelukkige mensen iets langer leven zou dat een klein deel van het effect kunnen verklaren. De vraag is of er sprake is van een causaal verband. Geluk kan weliswaar niet van invloed zijn op leeftijd, maar er zou sprake kunnen zijn van cohortverschillen (Argyle, 1999). Om dit te onderzoeken is longitudinaal onderzoek nodig waarbij mensen door de tijd heen gevolgd worden. Helson en Lohnen (1998) rapporteren een dergelijk onderzoek naar gelukkig voelen onder 80 vrouwen en de echtgenoten van 20 van hen in de leeftijd van 27 tot 52 jaar. Tussen 27 en 43 jaar is er sprake van een toename in de mate van gelukkig voelen. De toename in tevredenheid met het leven met het ouder worden zou verklaard kunnen worden doordat ouderen lagere aspiraties hebben en de kloof tussen wat ze willen bereiken en wat ze al bereikt hebben kleiner is (Campbell et al., 1976). Dit sluit aan bij Inglehart's (1990) ideeën over aanpassing van aspiraties. Oudere mensen hebben de tijd gehad om zich aan te passen aan hun situatie (Argyle, 1999).

Een ander achtergrondkenmerk dat samenhangt met de mate van geluk of tevredenheid met het leven is geslacht. Wood, Rhodes en Whelan (1989) voerden een meta-analyse op 93

voornamelijk Amerikaanse studies uit. Zij vonden dat vrouwen gemiddeld iets gelukkiger waren dan mannen en iets hoger scoorden op tevredenheid met het leven. Er worden in de literatuur niet veel verklaringen voor dit verschil gegeven. Eén mogelijke verklaring heeft met het concept “affect-intensiteit” te maken. Larsen en Diener (1987) definiëren dit als een individueel kenmerk wat betrekking heeft op de intensiteit van de reactie op emotionele stimulatie. Uit verschillende onderzoeken (o.a. Fujita, Diener, & Sandvik, 1991) blijkt dat vrouwen hoger scoren dan mannen op “affect-intensiteit”. Dit zou kunnen verklaren dat vrouwen een hogere mate van positieve emotionele intensiteit ervaren en daardoor gelukkiger zijn dan mannen.

2.3 Sociale integratie en gezondheid

Steeds weer komt uit onderzoek een verband naar voren tussen het hebben van sociale relaties en gezondheid (zie o.a. Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Cohen & Wills, 1985; House et al., 1988; Putnam, 2000; Seeman, 1996). Mensen die minder sociaal geïntegreerd zijn, zijn minder gezond, zowel fysiek als geestelijk, en lopen een grotere kans (vroegtijdig) te overlijden. Sociale verbondenheid is een van de belangrijkste determinanten van het welbevinden. Hoe meer geïntegreerd mensen zijn in de gemeenschap, hoe kleiner de kans op verkoudheid, een hartaanval, een beroerte, kanker, depressie en vroegtijdig overlijden. Zulke beschermende effecten zijn gevonden voor nauwe familiebanden, vriendschapsnetwerken, deelname aan sociale gelegenheden en zelfs voor alleen het aangesloten zijn bij religieuze of andere genootschappen of verenigingen (Putnam, 2000).

2.3.1 Onderzoek naar het verband tussen sociale integratie en gezondheid

Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van sociale cohesie op de fysieke en geestelijke gezondheid gaat terug tot het werk *Suicide* van de negentiende-eeuwse socioloog Durkheim. In dat eerste grote onderzoek binnen de empirische sociologie werd gevonden dat mensen vaker zelfmoord pleegden naarmate ze minder sociaal geïntegreerd waren (House et al., 1988). De bijdrage van Durkheim aan het onderzoek naar de relatie tussen maatschappij en gezondheid is enorm. Misschien wel het meest belangrijk is zijn bijdrage aan het begrijpen van de invloed van sociale integratie en sociale samenhang op sterfte. Durkheim's belangrijkste doel was uit te leggen hoe individuele pathologie een gevolg is van sociale dynamiek. In *Suicide* (Durkheim, 1952/1897) maakt Durkheim duidelijk hoe het voorkomen van een van de meest psychologische, intieme en oppervlakkig gezien, individuele daden niet berust op psychologische gronden, maar op ‘sociale feiten’. In *Suicide* laat hij zien hoe sociale feiten gebruikt kunnen worden om veranderende patronen van het voorkomen van zelfmoord te verklaren. Durkheim begint met de observatie dat landen en andere geografische eenheden en sociale groepen jaren achtereen een stabiel percentage zelfmoorden hebben. Toen hij eenmaal een onweerlegbaar sociaal patroon van zelfmoord had vastgesteld formuleerde Durkheim de theorie dat de onderliggende oorzaak voor zelfmoord vooral te maken heeft met de mate van sociale integratie van de groep (Berkman et al., 2000). Hij ontdekte dat zelfmoord niet allereerst een persoonlijke tragedie is, maar een sociologisch voorspelbaar gevolg van de mate waarin men geïntegreerd is in de maatschappij. Het komt minder vaak voor onder getrouwde mensen, in hechter verbonden religieuze gemeenschappen en periodes van nationale eenheid en vaker als snelle sociale veranderingen zorgen voor een verstoring van de sociale samenhang (Putnam, 2000).

In de afgelopen tientallen jaren hebben onderzoekers dit inzicht uitgebreid naar bijna alle aspecten van gezondheid, zowel fysiek als psychisch (zie o.a. Broadhead et al., 1983; House

et al., 1988; Barnett & Gotlib, 1988). Sinds het midden van de jaren '70 is er een snelle groei geweest in epidemiologisch onderzoek naar het effect van sociale relaties op patronen van ziekte en sterfte (Seeman, 1996). Gedurende de jaren '70 en '80 verscheen een reeks studies die lieten zien dat het gebrek aan sociale relaties of netwerken sterfte voorspelde aan vrijwel elke doodsoorzaak. Deze studies hadden meestal betrekking op het aantal goede vrienden en familieleden, burgerlijke staat en betrokkenheid bij of lidmaatschap van religieuze of vrijwilligersorganisaties. Het waren meetinstrumenten voor sociale netwerken, sociale relaties of sociale integratie. Ze definieerden integratie als het hebben van zowel intieme relaties als relaties in bredere zin. Een tweede golf van onderzoek ontwikkelde zich in reactie hierop en als een uitvloeisel van onderzoek in de gezondheidspsychologie. Dat veranderde de oriëntatie van het veld op verschillende manieren. Deze sociale wetenschappers richtten zich in plaats van op de structurele aspecten van sociale netwerken op de kwalitatieve aspecten van sociale relaties (Berkman et al., 2000).

Het onderzoek naar sociale relaties en gezondheid werd nieuw leven ingeblazen door dit ontstaan van een nieuw terrein van wetenschappelijk onderzoek naar sociale steun. Dit concept werd voor het eerst gebruikt in de literatuur over psychische gezondheid (bijvoorbeeld Caplan, 1974) en werd aan lichamelijke gezondheid verbonden in verscheidene artikelen van de arts-epidemiologen Cassel (1976) en Cobb (1976). Deze artikelen ontstonden uit een zich snel ontwikkelende literatuur over stress en psychosociale factoren die van invloed zijn op gezondheid en ziekte (Cassel, 1970). Zij verzamelden en bekeken meer dan 30 onderzoeken en concludeerden dat er een robuust, vermoedelijk causaal, verband tussen sociale relaties en gezondheid bestond. Het aantal publicaties over sociale steun nam tussen 1976 en 1981 enorm toe. Tegen het eind van de jaren '70 werden serieuze vragen gesteld bij het empirische bewijs dat door Cassel en Cobb geciteerd werd en het bewijs dat vervolgonderzoek opgeleverd had. Het onderzoek naar het verband tussen sociale relaties en gezondheid was vooral retrospectief en/of cross-sectioneel van aard en gebaseerd op zelfrapportages. Er werden vragen gesteld over de causale richting van het verband, of er sprake was van een buffer- of een direct effect van sociale relaties en of de effecten wel echt van belang waren. Als antwoord daarop werden prospectieve sterfteonderzoeken uitgevoerd en laboratorium- en veldexperimenten met mensen en dieren (House et al., 1988).

2.3.2 Sociale integratie en lichamelijke gezondheid

Het verband tussen sociale integratie en (lichamelijke) gezondheid komt waarschijnlijk het meest duidelijk naar voren uit onderzoek naar de samenhang tussen een hogere mate van sociale integratie en een lager sterfterisico (Seeman, 1996). In Alameda County werd een longitudinaal onderzoek onder de algemene bevolking uitgevoerd naar de sterfte gedurende 9 jaar (Berkman & Syme, 1979). Uit dit onderzoek bleek dat een afnemende mate van sociale integratie (gemeten met een index waarin een relatie met een partner, goede vrienden en familieleden en het aangesloten zijn bij een kerk of andere soorten groepen opgenomen waren) samen te hangen met toenemende sterfte. Zoals in de meeste onderzoeken naar dit verband bleven de verschillen in sterfterisico significant als gecontroleerd werd voor achtergrondkenmerken en verschillende maten voor gezondheid. Andere prospectieve onderzoeken onder de algemene bevolking, zoals het onderzoek in Tecumseh, Michigan (House, Robbins, & Metzner, 1982) en onderzoeken in Zweden (Welin et al., 1985) en Finland (Kaplan et al., 1988) hebben verder bewijs geleverd van de positieve effecten van sociale integratie op een lang leven.

Onderzoeken naar de samenhang tussen sociale integratie en fysieke gezondheid hebben vooral betrekking op hart- en vaatziekten, met name hartinfarcten en herseninfarcten. De

resultaten van deze onderzoeken geven een iets gemengder beeld; in sommige onderzoeken wordt wel een verband gevonden tussen sociale integratie en het voorkomen van hart- en vaatziekten, in andere onderzoeken niet. De resultaten met betrekking tot het herstel na een hartinfarct of herseninfarct zijn overtuigender. Mensen die minder sociaal geïntegreerd zijn lopen een grotere kans in de periode na een infarct te overlijden en herstellen minder goed dan mensen die meer sociaal geïntegreerd zijn (Seeman, 1996).

2.3.3 Sociale integratie en psychisch welbevinden

Kawachi en Berkman (2001) definiëren in hun overzicht van het onderzoek naar sociale relaties en psychische gezondheid dit laatste concept als stress reacties, psychisch welbevinden en psychische problemen, waaronder depressieve symptomen en angst. Psychische symptomen worden meestal gemeten met standaard epidemiologische screening instrumenten. Het gaat dan om korte vragenlijsten waarop respondenten het voorkomen van depressie, angst, concentratiemoeilijkheden, fysieke vermoeidheid en een variëteit aan psychosomatische symptomen (hoofdpijn, buikpijn, gespannenheid en slapeloosheid) aangeven (Cohen & Wills, 1985).

Het is een grotere uitdaging om een causale relatie vast te stellen tussen sociale integratie en psychische gezondheid dan voor andere aspecten van gezondheid. Een potentiële bias in cross-sectionele onderzoeken is het feit dat mensen met psychische problemen geen goed beeld meer hebben van de sociale relaties voor hun huidige probleemsituatie. Zelfs met een longitudinale onderzoeksopzet kan het erg moeilijk zijn om te onderscheiden of een gebrek aan sociale relaties vooraf gaat aan psychische problemen of een gevolg ervan is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken zoals introversie samenhangen met zowel een kleiner sociaal netwerk als met de aanwezigheid van depressieve symptomen. De moeilijkheden worden vergroot door het vrijwel ontbreken van onderzoeken met als onderzoekspopulatie een nog echt klachtenvrije groep. Omdat een gebrek aan sociale relaties een gevolg kan zijn van depressieve symptomen kan de verdeling van sociale relaties in de populatie een weergave zijn van een omgekeerde causale relatie (Kawachi & Berkman, 2001). Maar ondanks deze problemen zijn onderzoekers het er in het algemeen over eens dat sociale relaties een positief effect hebben op de geestelijke gezondheid en het psychisch welbevinden (Kawachi & Berkman, 2001).

De onderzoeken naar psychische gezondheid laten een consistenter beeld zien dan de onderzoeken naar lichamelijke gezondheid met betrekking tot de beschermende effecten van sociale integratie en de grotere kans op psychische problemen als gevolg van sociale isolatie (Biegel, McCardle, & Mendelson, 1985; Kessler & MacLeod, 1985; Seeman, 1996). Zo laten onderzoeken naar de invloed van sociale relaties op de kans op depressie consistente, beschermende effecten zien die samenhangen met een grotere mate van sociale integratie, in het bijzonder als gekeken wordt naar de aanwezigheid van wat in het algemeen als meer intieme relaties worden beschouwd: het hebben van een partner, kinderen en/of andere belangrijke ondersteunende anderen (Biegel et al., 1985; Johnson, 1991). Een artikel over de New Haven EPESE cohortstudie waarin gedurende drie jaar veranderingen in depressie worden onderzocht, laat duidelijk de samenhang in de tijd zien wat betreft het verband tussen sociale integratie en psychische aandoeningen (Oxman, Berkman, Kasl, Freeman, & Barret, 1992). De mate van sociale integratie (onder meer het rapporteren van meer contact met de kinderen en met goede vrienden) aan het begin van de drie jaar hing samen met een afname van depressieve symptomen.

Hierboven is al beschreven dat getrouwde mensen gelukkiger zijn dan mensen die niet getrouwd zijn. Dit verschil geldt ook voor de psychische gezondheid. Getrouwde mensen hebben gemiddeld een veel betere psychische gezondheid dan ongetrouwde mensen (Argyle, 2001). Cochrane (1988) heeft het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen vergeleken voor getrouwde en ongetrouwde mensen. Daaruit blijkt dat het aantal opnames onder de ongetrouwde groep veel hoger ligt. De vraag is dan of dit effect veroorzaakt wordt door het getrouwd zijn, of dat mensen met een minder goede psychische gezondheid minder vaak trouwen. Horwitz, White en Howell-White (1996) hebben een quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd onder 829 mannen en vrouwen die vanaf hun 25e zeven jaar gevolgd werden. Zij die trouwden lieten een afname in depressie zien in vergelijking met de alleenstaanden. De voordelen van getrouwd zijn voor de psychische gezondheid zijn wel afhankelijk van de kwaliteit van de relatie (Argyle, 2001). Tevredenheid met het huwelijk en de mate van depressie hangen sterk samen. In longitudinale onderzoeken is een causaal verband in beide richtingen gevonden (Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997). Robins en Regier (1991) laten zien dat de mate van depressiviteit voor mensen die samenwonen hoger ligt dan voor getrouwde mensen.

Ook werk is in het algemeen goed voor de psychische gezondheid. De psychische gezondheid verbetert als mensen gaan werken en verslechtert als men stopt (Argyle, 2001). Murphy en Athanasou (1999) analyseerden 16 longitudinale onderzoeken opnieuw en vonden een effect van .54 op de psychische gezondheid bij beginnen met werken en een effect van .36 bij stoppen met werken. Voor sommige mensen is werk echter een bron van stress en kan op die manier voor een slechtere psychische gezondheid zorgen (Argyle, 2001).

Het grootste deel van het epidemiologische onderzoek naar sociale relaties en gezondheid heeft het vaststellen van de mate van sociale integratie benaderd vanuit een egocentrisch perspectief. Dat wil zeggen dat onderzoekers respondenten hebben gevraagd naar de structuur en functie van de netwerken die hun direct omringen. Sociale netwerken en sociale steun zijn echter ingebed in een groter geheel van macrosociale uitwisselingen (Kawachi & Berkman, 2001). Zoals Lin en Ensel (1999), Boissevain (1974) en Berkman (1995) vaststellen bestaan menselijke relaties uit verschillende lagen vanuit het ego gezien. Deze lagen omvatten de meest intieme relaties (bijvoorbeeld de partnerrelatie), iets verder naar buiten sociale netwerken (bijvoorbeeld banden met goede vrienden en familieleden) en tenslotte 'zwakke' banden die betrekking hebben op lidmaatschap van gemeenschaps-, vrijwilligers- en religieuze organisaties. Deze laatste soort relaties houden niet noodzakelijkerwijs intense persoonlijke relaties in. Niettemin bieden ze een gevoel van erbij horen en een algemene sociale identiteit, wat sociologische theoretici relevant hebben genoemd voor de bevordering van psychisch welbevinden (Durkheim, 1952/1897; Faris & Dunham, 1965/1939). De drie lagen van sociale relaties zijn door Lin en Ensel (1999) beschreven als het 'belongingness-bonding-binding' continuüm. Het idee van een buitenste laag van verbondenheid met de gemeenschap komt overeen met het concept sociaal kapitaal (Kawachi, Kennedy, Lochner, Prothrow-Stith, 1997). In theorie kunnen alle drie zones van sociale relaties een onafhankelijke invloed hebben op psychisch welbevinden. Ook uit onderzoek van Lin en Ensel (1999) blijkt de onafhankelijke invloed van iedere laag op depressieve symptomen.

Kawachi en Berkman (2001) geven aan dat het effect van sociale netwerken en sociale steun zou kunnen variëren voor mensen in verschillende sociaal-economische posities. Zo kan deelname aan sociale netwerken meer nadelen dan voordelen hebben voor vrouwen met weinig financiële middelen, omdat ze er meer moeite mee hebben aan de behoeften van andere leden van het netwerk tegemoet te komen. Vanuit het perspectief van de ontvanger kan

sociale steun ook psychologische kosten met zich meebrengen in de zin van in de schuld staan en verplichting.

Hierboven is het onderscheid tussen de concepten sociale integratie en sociale steun al genoemd. Sociale integratie heeft vooral betrekking op structurele kenmerken van de sociale omgeving, sociale steun op de meer kwalitatieve aspecten. Bij onderzoek naar sociale steun gaat het meer om het vaststellen van de inhoud van sociale interacties, bijvoorbeeld de hoeveelheid emotionele of instrumentele steun die wordt gegeven (Seeman, 1996). Uit steeds meer onderzoek blijkt dat ook deze meer kwalitatieve aspecten van sociale relaties belangrijke effecten hebben op de gezondheid (o.a. DiMatteo & Hays, 1981; Wortman & Conway, 1985).

2.3.4 Achterliggend mechanisme

Cohen en Wills (1985) hebben twee modellen voorgesteld voor het achterliggende mechanisme waardoor sociale relaties van invloed zijn op de gezondheid: het 'main effect model' en het 'stress-buffering model'. Volgens het stress-buffering model hebben sociale relaties alleen een positieve invloed op welbevinden voor personen die stress ervaren, terwijl het main-effect model stelt dat sociale relaties een positieve invloed hebben, onafhankelijk van het wel of niet stress ervaren door het individu. De twee modellen sluiten elkaar niet uit, ze kunnen helpen om de invloed van specifieke aspecten van sociale relaties op psychisch welbevinden te verklaren. Er is gesuggereerd dat structurele aspecten van sociale relaties (de mate van sociale integratie) een direct effect hebben, terwijl meer functionele aspecten van sociale relaties (bijvoorbeeld ervaren steun) werken via een mechanisme dat een buffer biedt tegen stress (Cohen & Wills, 1985).

Het main-effect model beschrijft verschillende paden via welke het effect van het deel uitmaken van een sociaal netwerk op psychisch welbevinden kan verlopen (Kawachi & Berkman, 2001). Ten eerste speelt sociale invloed een rol. Sociale invloed verwijst naar de manier waarop de leden van een sociaal netwerk normatief advies krijgen over gezondheidsrelevant gedrag, zoals lichamelijke beweging of roken (Berkman, 1995; Putnam, 2000). Dit gedrag, zoals bijvoorbeeld regelmatig bewegen, kan vervolgens een positieve invloed hebben op het psychisch welbevinden. Het is hierbij wel belangrijk te bedenken dat normen in sommige netwerken juist ongezond gedrag kunnen stimuleren (Kawachi & Berkman, 2001).

Integratie in een sociaal netwerk kan ook op een directe manier positieve psychologische gevoelens bevorderen, zoals een gevoel van betekenis, een gevoel van erbij horen, gevoel van veiligheid en een gevoel van eigenwaarde (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Deze positieve psychologische gevoelens zijn van invloed op het psychisch welbevinden. Daarnaast kunnen ze het psychisch welbevinden bevorderen doordat ze de motivatie voor het voor zichzelf zorgen vergroten (regelmatig bewegen, minder alcohol drinken) en ook omdat ze de neuroendocriene reactie op stress reguleren. Het deel uitmaken van een sociaal netwerk kan ook op een directe manier van invloed zijn op de neuroendocriene reactie op stress, waardoor indirect het psychische welbevinden bevordert wordt (Kawachi & Berkman, 2001).

Tenslotte verhoogt de aanwezigheid in een bredere sociale structuur, zoals bijvoorbeeld deelname aan gemeenschapsorganisaties, betrokkenheid bij sociale netwerken en het hebben van intieme relaties, de mogelijkheid op toegang tot verschillende vormen van steun, die bescherming kunnen bieden tegen psychische problemen (Lin & Ensel, 1999). Voorbeelden van zulke hulpbronnen zijn bijvoorbeeld toegang tot gezondheidsrelevante informatie of het

ontvangen van informele gezondheidszorg, die ervoor kan zorgen dat voorkomen wordt dat een klein probleem tot een ernstiger psychiatrische stoornis uitgroeit (Cohen et al., 2000).

In het stress-buffering model wordt verondersteld dat sociale steun reacties op stressvolle gebeurtenissen die slecht zijn voor de gezondheid voorkomt of vermindert. Sociale steun is van invloed op verschillende punten op de weg tussen stressvolle gebeurtenissen en psychisch welbevinden (Kawachi & Berkman, 2001). Ten eerste kan de ervaren beschikbaarheid van sociale steun bij het plaatsvinden van een stressvolle gebeurtenis zorgen voor een positievere inschatting van de situatie en zo op die manier een opeenvolging van negatieve emotionele reacties en gedragsreacties voorkomen (Thoits, 1986). Verderop in het model kan ervaren of ontvangen sociale steun de negatieve emotionele reactie op een stressvolle gebeurtenis verminderen of de fysiologische reacties of gedragsreacties op stress dempen (Kawachi & Berkman, 2001). Zo laten studies naar cardiovasculaire reactiviteit waarbij mensen een opdracht wordt gegeven om te spreken in het openbaar zien dat alleen al de beschikbaarheid van steun (die tijdens het onderzoek niet daadwerkelijk geboden wordt) de cardiovasculaire reactiviteit vermindert (Kamarck, Manuck, & Jennings, 1990).

2.3.5 Leeftijd en geslacht en psychisch welbevinden

Er bestaat ook een samenhang tussen een aantal achtergrondkenmerken en psychisch welbevinden. Hierboven is al opgemerkt dat er een positieve samenhang bestaat tussen leeftijd en geluk. In het longitudinale onderzoek van Helson en Lohren (1998) dat daarbij genoemd werd is ook gekeken naar psychische problemen. Zij vonden dat naarmate de leeftijd toeneemt de mate van psychische problemen afneemt. Als verklaring hiervoor worden dezelfde zaken genoemd als bij de verklaring van de toenemende mate van geluk: lagere aspiraties, een kleinere kloof tussen wat men wil bereiken en al bereikt heeft (Campbell et al., 1976) en een betere aanpassing aan de situatie (Argyle, 1999).

Een ander achtergrondkenmerk dat samenhang vertoont met psychisch welbevinden is geslacht. Er bestaat een sterke samenhang met depressie, angst en negatieve emoties in het algemeen (Argyle, 2001). Vrouwen hebben een twee keer zo grote kans om depressief te worden als mannen, 50 % meer kans om te lijden aan angst of neurose en ervaren meer negatieve emoties in het dagelijks leven (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999). Een verklaring voor de grotere mate van geluk van vrouwen werd gezocht in het concept "affect-intensiteit"; vrouwen scoren daar hoger op (o.a. Fujita et al., 1991). Dit zou zowel hun grotere mate van geluk kunnen verklaren als hun lager psychisch welbevinden. Vrouwen ervaren waarschijnlijk een hoge mate van positieve en negatieve intensiteit (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999). Nolen-Hoeksema en Rusting (1999) noemen nog een aantal andere mogelijke verklaringen. Een daarvan is dat vrouwen vaker slachtoffer zijn van fysiek of seksueel misbruik en daardoor meer psychische problemen ervaren. Een andere mogelijke verklaring is dat vrouwen een hogere mate van empathie hebben en daardoor gevoeliger zijn voor de problemen van anderen. Een laatste verklaring heeft te maken met de strategieën die mensen hanteren om met negatieve stemmingen om te gaan. Vrouwen hanteren vaker een strategie die eruit bestaat zich te focussen op de negatieve stemming, bijvoorbeeld door er met vriendinnen uitgebreid over te praten. Mannen kiezen eerder voor een activiteit die hen afleidt van de negatieve stemming. Het is aangetoond dat dat laatste een zeer effectieve strategie is om negatieve emoties te verminderen. De strategie die vrouwen vaker kiezen leidt tot handhaving en versterking van de negatieve emoties (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999).

2.3.6 Tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden

Veel onderzoeken hebben laten zien dat er een sterke negatieve samenhang bestaat tussen met name depressie en de mate van geluk en tevredenheid met het leven (Veenhoven, 1994). In een Australisch onderzoek vonden Headey en Wearing (1992) dat er tussen tevredenheid met het leven en depressie en angst correlaties bestonden van respectievelijk $-.59$ en $-.39$. Ook Lewinsohn et al. (1991) vonden een negatief verband tussen depressie en tevredenheid met het leven. Zij concluderen dat er weliswaar een sterke samenhang bestaat, maar dat het wel om twee verschillende concepten gaat waartussen onderscheid gemaakt moet worden. Een belangrijke vraag is wat de richting is van het verband. Depressie zou kunnen leiden tot een lagere tevredenheid met het leven, maar een lagere tevredenheid zou ook tot depressie kunnen leiden. Het is ook nog mogelijk dat een derde variabele van invloed is op zowel depressie als tevredenheid met het leven. Op basis van longitudinale data concluderen Lewinsohn et al. dat een lagere tevredenheid met het leven vaak vooraf ging aan het begin van een depressie. Mensen met een lagere tevredenheid met het leven hadden een grotere kans om depressief te worden dan mensen met een hogere tevredenheid met het leven.

2.4 Een algemene theoretische verklaring

Hierboven is voor elke vorm van sociale integratie kort aangegeven hoe de positieve samenhang met tevredenheid met de leefsituatie verklaard zou kunnen worden. Zo zorgen volgens Argyle (2001) vriendschappen voor tevredenheid met het leven omdat ze 'belonend' werken, het gevoel geven de moeite waard te zijn. Vrienden geven non-verbaal en verbaal positieve signalen (bijvoorbeeld interesse, bevestiging), bieden praktische hulp en bieden kameraadschap. Argyle en Furnham (1983) onderzochten de bronnen van tevredenheid in verschillende relaties en vonden drie factoren: instrumentele hulp, emotionele steun en kameraadschap. De relatie met de echtgenoot of echtgenote scoort het hoogst op alledrie de factoren. De relatie met een ouder scoort op alledrie de factoren lager, maar nog steeds tamelijk hoog. Na de partner biedt de ouder de meeste instrumentele hulp. De relatie met een broer of zus biedt net zoveel emotionele steun als de relatie met een ouder, maar scoort iets lager op het bieden van instrumentele hulp en kameraadschap (Argyle & Furnham, 1983). Met betrekking tot kinderen wordt gezegd dat ze in het bijzonder een bron van affectie en plezier vormen. Later vormen ze een bron van sociale en soms ook economische en praktische steun (Hoffman & Manis, 1982). Cohen en Wills (1985) hebben twee modellen voorgesteld voor het achterliggende mechanisme waardoor sociale relaties van invloed zijn op de gezondheid: het 'main effect model' en het 'stress-buffering model'. Deze zijn hierboven reeds beschreven.

Een meer algemene theorie die een verklaring voor de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden zou kunnen bieden is de theorie over sociale welvaart (De Vos, 2002). In de maatschappij kunnen een aantal ordes worden onderscheiden: de markt, de overheid, formele organisaties en de primaire sociale orde. De primaire sociale orde wordt gevormd door de sfeer van persoonlijke relaties. Een begrip wat daar veel mee te maken heeft is 'gemeenschap'. Het begrip gemeenschap heeft betrekking op een geheel van persoonlijke, langdurige relaties, waarin mensen niet alleen daadwerkelijk hulp uitwisselen, maar elkaar ook het gevoel geven dat men op elkaar kan rekenen als dat nodig is. Gemeenschap betekent een kring van wederkerigheidsrelaties. Met wederkerigheid wordt dan een bereidheid om met elkaar rekening te houden en bij te springen als dat nodig is bedoeld. Wederkerigheidsrelaties worden intrinsiek gewaardeerd; het gaat om de relatie, niet om de opbrengst ervan (De Vos, 2003).

Verreweg het grootste gedeelte van de geschiedenis van de mensheid brachten mensen hun leven door in een maatschappij van gemeenschappen. De menselijke sociale natuur, het geheel van sociale behoeften en vaardigheden, is deels het resultaat van een natuurlijke selectie op het vermogen om in een gemeenschap op te groeien en te leven (De Vos, 2003). Mensen hebben een aantal sociaal-emotionele behoeften waarop gedurende de evolutie geselecteerd is. Het gaat daarbij om de volgende behoeften: de behoefte aan hechting (voor kinderen), de behoefte aan het geven van zorg (voor ouders), de behoefte aan het hebben van een partnerrelatie, de behoefte om erbij te horen en de behoefte aan status. Sociale welvaart wordt gedefinieerd als 'de mate waarin mensen aan deze behoeftes kunnen voldoen' (De Vos, 2002).

Omdat de huidige maatschappij niet meer een maatschappij van gemeenschappen is, komt het nog maar weinig voor dat mensen opgroeien in een gemeenschap en daar blijvend deel van uitmaken. Omdat het natuurlijk ook niet zo is dat niemand meer enige gemeenschap ervaart, zal er een differentiatie zijn in de mate waarin mensen een gemeenschap om zich heen hebben. Mensen die meer gemeenschap ervaren zullen daardoor meer aan hun sociaal-emotionele behoeften kunnen voldoen dan mensen die minder gemeenschap ervaren. Met andere woorden: in de huidige maatschappij kunnen sterke verschillen bestaan in de mate waarin individuen sociaal geïntegreerd zijn, oftewel beschikken over sociale welvaart. Het weinig sociaal geïntegreerd zijn verhoogt de kans op stress en via bepaalde fysiologische processen verhoogt langdurige stress de kans op ziekte (McEwen & Wingfield, 2003; De Vos, 2004). Verschillen in sociale welvaart kunnen dus duidelijk samenhangen met verschillen in welbevinden en gezondheid.

3. Sociale integratie en welzijn van daklozen en verslaafden

In het voorgaande hoofdstuk zijn de resultaten van eerder onderzoek en de theoretische achtergrond beschreven van de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden voor de bevolking als geheel. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de resultaten van eerder onderzoek naar de doelgroep die in dit onderzoek centraal staat: dak- en thuislozen en harddrugs- en alcoholverslaafden. Om een beeld te geven van de sociale relaties van deze groep is gebruik gemaakt van de resultaten van kwalitatief onderzoek. Aan de hand van een Nederlands onderzoek (Van Doorn, 2002) wordt een beschrijving gegeven van de sociale relaties van daklozen. Op basis van een onderzoek in Groot-Brittannië wordt een beschrijving gegeven van de sociale relaties van drugsverslaafden (Neale, 2002). Vervolgens wordt ingegaan op internationaal onderzoek naar het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden bij dak- en thuislozen, harddrugs- en alcoholverslaafden. In Nederland is wel onderzoek gedaan naar de sociale relaties en het psychisch welbevinden van daklozen en drugsverslaafden (o.a. Bieleman, Biesma, Jetzes, De Jong, & De Valk, 2002; De Bruin et al., 2003; Van Doorn, 2002; Lempens, Boers, & Maalsté, 2004), maar de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden is voor dak- en thuislozen en drugs- en alcoholverslaafden voor zover bekend nog niet eerder onderzocht.

Naast informele sociale relaties heeft deze groep ook formele relaties met hulpverleningsinstellingen. Het contact met hulpverlening wordt beschreven aan de hand van het onderzoek van Van Doorn (2002). Op basis van de resultaten van eerder onderzoek en theorieën over het onderwerp die in het voorgaande hoofdstuk beschreven zijn en de onderzoeksresultaten die in dit hoofdstuk worden weergegeven zijn aan het slot van het hoofdstuk een aantal hypothesen geformuleerd.

3.1 Sociale relaties

3.1.1 Sociale relaties van daklozen

Een van de kenmerken van de sociale leefwereld van daklozen waarover in de literatuur overeenstemming bestaat is dat ze sociaal slecht geïntegreerd zijn. Ze hebben weinig sociale contacten en de aard van die contacten wijkt af van de gangbare opvattingen daarover (Van Doorn, 2002). Over de vraag hoe dat komt lopen de meningen echter uiteen. Er tekenen zich twee verschillende richtingen af. De eerste richting schrijft het beperkte sociale netwerk toe aan een structureel sociaal onvermogen van daklozen. Daarbij wordt gesteld dat ze over beperkte sociale vaardigheden beschikken, hetgeen voortvloeit uit individuele sociaal-psychologische of pathologische kenmerken. Deze richting domineert in de literatuur en kent een lange historie. In Nederland kunnen de sociaal-psychologen Heydendael en Nuy (1992) tot deze richting worden gerekend. Zij stellen dat daklozen ondergesocialiseerd zijn: ze hebben niet het vermogen om sociale contacten te leggen en te onderhouden. Verder typeren zij contacten van daklozen als instrumenteel en materieel van aard waarbij er nauwelijks sprake is van intimiteit, empathie en vriendschap. In de tweede richting wordt het beperkte sociale netwerk van daklozen meestal beschouwd als voortkomend uit een sociale aanpassing aan de situationele omstandigheden waarin ze verkeren. Daarbij wordt de aandacht gericht op

de wisselwerking tussen daklozen onderling en omgevingsfactoren zoals karakteristieken van de straat en contacten met instanties (Van Doorn, 2002).

In Nederland is de sociaal-psychologische benadering dominant, van een sociologische onderzoekstraditie is op het gebied van dak- en thuisloosheid veel minder sprake (Van Doorn, 1997). Sinds het begin van de jaren negentig zijn echter een aantal publicaties verschenen vanuit stadssociologisch en cultuursociologisch perspectief (o.a. Spierings, 1996; Zijderveld, 1991). De hierboven beschreven tweede richting krijgt ook in de buitenlandse literatuur van oudsher minder bijval dan de eerste, maar lijkt in opkomst te zijn met de verschijning van enkele antropologische en sociologische studies in de loop van de jaren '90 (Snow & Anderson, 1993; Dordick, 1997). In deze studies wordt aannemelijk gemaakt dat veel daklozen wel degelijk over (enige) sociale vaardigheden beschikken en in staat zijn sociale netwerken op te bouwen en te onderhouden. Ook al beantwoorden deze contacten niet aan het gangbare beeld daarover, vanuit het perspectief van de betrokkenen zijn ze wel degelijk betekenisvol en functioneel (Van Doorn, 2002).

In Nederland is deze benadering terug te zien in een onderzoek van Van Doorn (2002). Zij voerde een overwegend sociologische studie uit met een longitudinale onderzoeksopzet, waarbij ze op kwalitatieve wijze de ontwikkeling van dakloosheid en de mogelijkheden en beperkingen om aan de situatie te ontsnappen onderzocht. Daarbij besteedde ze ook aandacht aan het sociale netwerk van de respondenten.

Kinderen, familie, vrienden

In de gesprekken met daklozen door Van Doorn (2002) bleek het grootste pijnpunt te liggen bij vragen naar (het verloren gegane) contact met familieleden. In het bijzonder het gemis van kinderen hield de gemoederen bezig. Van de dakloze mannen had- voor zover kon worden nagegaan- ruim de helft een of meer kinderen. Bij de vrouwen lag dit aantal nog hoger. Hun kinderen waren meestal bij een ex-partner of familieleden ondergebracht of via tussenkomst van de kinder- en jeugdbescherming uit huis geplaatst. Het merendeel zag hun kinderen niet meer en de meesten, met name de vrouwen, hadden daar sterk onder te lijden. Ook contacten met andere familieleden, zoals ouders, broers en zussen, en oude vrienden en bekenden waren in veel gevallen verloren gegaan. Voor zover deze contacten er nog wel waren, waren ze doorgaans beperkt. Verscheidene respondenten gaven aan niet meer op oude contacten terug te kunnen vallen, omdat hun familie of vrienden met hen hadden gebroken. Contacten met familieleden waren bij hen meestal al op jonge leeftijd verstoord geraakt of geheel afwezig. Sommigen hadden, als gevolg van verslaving of psychische problemen, te lang roofofbouw gepleegd op hun oude sociale netwerk en waren daar niet meer welkom. Een aanzienlijk aantal was in een crisissituatie met de noorderzon vertrokken en had daarbij radicaal alle oude contacten verbroken. Teruggaan was voor hen nauwelijks een optie (Van Doorn, 2002).

Respondenten die nog wel contacten onderhielden met familie of vrienden uit het verleden stelden zich in deze contacten meestal terughoudend op. Ze deden weinig beroep op de contacten of vermeden ze. Dit was enerzijds ingegeven door trots; de drang om hun persoonlijke waardigheid en onafhankelijkheid te behouden, en anderzijds door schaamte voor de situatie waarin ze zich bevonden. Over het algemeen vreesden daklozen dat ze hun laatste schaarse contacten ook nog zouden kwijtraken als ze een te groot beroep op hen zouden doen. Ook dat was een reden om zich terughoudend op te stellen in deze contacten. Familieleden en vrienden stelden zich eveneens terughoudend op, uit vrees dat er een te grote claim op hen zou worden gelegd en ze daardoor in een lastig parket zouden worden gebracht. De levenswijze die daklozen ontwikkelen om zich op straat te kunnen handhaven komt na

verloop van tijd steeds verder af te staan van de levenswijze van familie en oude vrienden. Dit verschil is na verloop van tijd door beide partijen steeds minder gemakkelijk te overbruggen (Van Doorn, 2002).

Korf, Deben, Diemel, Rensen en Riper (1999) vroegen daklozen in Amsterdam of zij in de laatste maand persoonlijk contact (telefonisch contact werd niet meegerekend) hadden gehad met familie en niet-dakloze vrienden. Ruim eenderde (39 %) van de onderzochte daklozen (het ging in dit onderzoek om bezoekers van een aantal dagopvang- en nachtopvangvoorzieningen voor volwassen dak- en thuislozen) had de laatste maand contact met een of meerdere familieleden gehad. Contacten met niet-dakloze vrienden kwamen vaker voor. In de laatste maand had een meerderheid van 61 procent vrienden gesproken van buiten het zwerfcircuit. Een derde van de onderzochte bezoekers had de laatste maand familie en niet-dakloze vrienden ontmoet. Een even grote groep (31 %) had recentelijk in het geheel geen familie- of vriendschappelijke contacten buiten het zwerfcircuit (Korf et al., 1999).

Partner

De groep van daklozen bestaat, ondanks de toename van het aantal vrouwen in het circuit, voornamelijk uit mannen. Deze zijn, op een enkele uitzondering na, alleenstaand. Een aantal van Van Doorns respondenten gaven aan niet of nauwelijks (meer) geïnteresseerd te zijn in intimiteit met een partner noch in seksualiteit. Deze behoeften zijn onder meer naar de achtergrond verdrongen door psychische of lichamelijke problemen. Bovendien is het vormgeven aan seksualiteit op straat welhaast onmogelijk vanwege het gebrek aan privacy. De meeste daklozen ervoeren het ontbreken van intimiteit en seksualiteit echter als een gemis. Bij een deel van deze respondenten waren intieme contacten schaars en vluchtig maar niet geheel afwezig. Een voor de hand liggende mogelijkheid voor mannen om in contact te komen met vrouwen is via prostitutie. Een andere wijze om partnercontacten te leggen is via bars en cafés. Door hun lage maatschappelijke status is deze weg voor daklozen over het algemeen niet gemakkelijk. Daarnaast ontbreekt bij hen – in de strijd om het hoofd boven water te houden – meestal de energie om dergelijke relaties gedurende langere tijd te onderhouden. Dakloze vrouwen hebben vaker een relatie met een partner dan dakloze mannen. Een mannelijke partner biedt bescherming tegen de gevaren op straat en vormt tegelijkertijd een buffer tegen ongewenste avances van andere mannen. Partnerrelaties van daklozen zijn zelden duurzaam. De vele onzekerheden in hun bestaan bieden daarvoor geen stabiele basis (Van Doorn, 2002).

Sociale relaties met andere daklozen

Daklozen zijn geheel of gedeeltelijk afgesneden van hun oude sociale context en van de belangrijke instituties van de dominante samenleving. Maar hun behoefte om 'ergens bij te horen', om deel uit te maken van een sociale context, blijft onverminderd bestaan. De sociale kring van daklozen is voor de meesten een voor de hand liggende en eenvoudig toegankelijke referentiegroep. Daklozen zijn sowieso sterk op elkaar aangewezen. Ze brengen noodgedwongen veel tijd door in elkaars nabijheid: activiteiten in de opvangvoorzieningen, zoals eten, slapen en televisiekijken, gebeuren in groepsverband en in openbare ruimten komt men elkaar telkens weer tegen. Alles wat ze hebben past in een tasje. Ze zien elkaars 'naakte' bestaan, van alle franje ontdaan. Dit schept een indringende band tussen relatieve vreemden: een sfeer van lotsverbondenheid. Anderzijds zijn langdurige vriendschappen in het circuit zeldzaam. De meeste respondenten benoemen onderlinge contacten niet als vriendschappen. Daarvoor kan men te weinig op elkaar rekenen. De uitspraak: 'Je maakt geen vrienden langs de weg' was dan ook een algemeen gedeelde opvatting onder de respondenten. Als het er echt op aankomt, zal ieder voor zichzelf moeten zorgen. Belangrijke functies in het onderlinge

contact zijn: praktische en morele ondersteuning, veiligheid, gezelligheid en gezamenlijke tijdspassing. De contacten maken het dakloze bestaan enigszins draaglijker, men helpt elkaar de dag door. Uit praktische overwegingen kunnen ze ook beter met hun lotgenoten op goede voet blijven want ze komen elkaar onvermijdelijk weer tegen (Van Doorn, 2002). De respondenten gaven aan dat de onderlinge contacten meestal ambigu zijn. Enerzijds worden contacten snel en gemakkelijk gelegd. Er is snel vertrouwdheid en er wordt veel samen gedeeld. Anderzijds kenmerken de contacten zich door ‘breekbaarheid’ en onderling wantrouwen, waardoor de banden ook weer snel verstoord kunnen raken. Er blijft meestal een anonieme sfeer bestaan. Daklozen bevinden zich nauwelijks in de omstandigheden om een sociaal netwerk op te bouwen. Een bepaalde mate van vertrouwelijkheid en emotionele binding in contacten is een luxe die ze zich in hun onzekere bestaan amper lijken te kunnen permitteren (Van Doorn, 2002).

Andere sociale contacten

Daklozen onderhouden meestal niet alleen contacten met elkaar. Velen onderhouden ook, al dan niet vluchtige, contacten met mensen uit de ‘gewone maatschappij’. Een aantal daklozen bouwt via straatcontacten een netwerk op van nieuwe niet-dakloze kennissen. Zo is er een uitgebreid netwerk van voormalig daklozen en van alcoholisten en drugsgebruikers die over huisvesting beschikken waar een aantal daklozen zo nu en dan kan logeren. Af en toe nemen andere goedwillende particulieren daklozen in huis. Opmerkelijk is dat de contacten van daklozen met niet-daklozen voor een belangrijk deel uit vrijwilligers bestaan. In de stad Utrecht zijn namelijk de opvangvoorzieningen – meer dan in andere grote steden – afhankelijk van de inzet van vrijwilligers. In de stad zijn tussen de 200 en 300 vrijwilligers actief in de opvangvoorzieningen. Velen blijven, ook jaren nadat ze met dit vrijwilligerswerk zijn gestopt, incidenteel nog contact houden met de bekende gezichten onder de Utrechtse daklozen. Tijdens toevallige ontmoetingen op straat maken ze een praatje en enkelen nodigen daklozen uit om bij hen thuis te komen. De verkoop van straatkranten heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het verbeteren van het contact tussen daklozen en burgers. In Utrecht is er inmiddels een aanzienlijk aantal trouwe afnemers van de straatkranten. Via het kopen van straatkranten hebben zij hun gêne overwonnen om met daklozen te praten en nemen zij daarna vaker de gelegenheid te baat om met krantenverkopers of met andere daklozen een praatje aan te knopen. Een aantal daklozen, in het bijzonder de meer honkvaste, goed aanspreekbare en sociaal vaardigen onder hen, heeft zo in de stad een uitgebreid kennissennetwerk opgebouwd. Voor daklozen is het belang van zulke (straat)contacten met niet-dakloze mensen gelegen in de morele steun die ervan uitgaat, evenals het besef van sociale verbondenheid met de ‘gevestigde orde’. Door de diversiteit van de contacten worden ze in staat gesteld om hun horizon te verbreden. Bovendien vergroot het hun toegang tot hulpbronnen (Van Doorn, 2002).

3.1.2 Sociale relaties van drugsverslaafden

Er bestaat een algemeen beeld dat drugsgebruikers geïsoleerde en eenzame individuen zijn die iedereen om hen heen exploiteren en misbruiken bij het voldoen aan hun verslaving (Neale, 2002). Als gevolg daarvan wordt vaak aangenomen dat mensen die afhankelijk zijn van drugs afgesloten zijn van betekenisvolle relaties met anderen. Ze zouden worden afgewezen door hun familie en vrienden en gedwongen zijn om alleen om te gaan met andere verslaafden (Morris, 1985). Neale (2002) deed op kwalitatieve wijze een sociologische studie naar het leven van harddrugsgebruikers door 200 harddrugsgebruikers te interviewen. Daarbij werd ook aandacht besteed aan de familierelaties en vriendschappen van drugsgebruikers. De resultaten van dit onderzoek weerspreken bovenstaande aanname. De persoonlijke verklaringen van drugsgebruikers laten zien dat in de meeste gevallen de banden tussen de

drugsgebruikers en de belangrijke anderen in hun omgeving niet oppervlakkig of van voorbijgaande aard zijn. Volgens Neale zijn ze de kern van de identiteit, de eigenwaarde en het emotioneel welbevinden van drugsgebruikers.

Familie

Neale (2002) vond in haar onderzoek dat veel harddrugsgebruikers regelmatig contact en ondersteunende relaties onderhielden met familieleden. Wanneer er geen contact was met familieleden, kwam dat vaak doordat deze geen contact meer wilden met de harddrugsgebruiker. De redenen hiervoor hadden meestal direct of indirect te maken met problemen gerelateerd aan het drugsgebruik. Veel respondenten voelden zich er schuldig over en betreurden de negatieve gevolgen van hun drugsgebruik voor de mensen in hun naaste omgeving. Het bieden van emotionele, praktische en financiële steun is een kenmerk van de meeste familierelaties. Volgens het onderzoek van Neale geldt dit ook voor families van drugsgebruikers. Soms gaven respondenten aan dat hun familie niet van het drugsprobleem wist. Maar als familieleden op de hoogte waren waren de meesten bereid verschillende vormen van hulp te bieden. Het ging hierbij zowel om praktische hulp (geld, zorgen voor kinderen, gratis overnachten, maaltijden en losse baantjes) als om emotionele steun. Ook andere onderzoeken hebben laten zien dat familieleden van drugsgebruikers bereid zijn deze verschillende vormen van steun en hulp te leveren (o.a. Hanson, Beschner, Walters, & Bovellev, 1985). Dit komt niet overeen met de bevindingen van Van Doorn (2002) wat betreft daklozen, die hierboven weergegeven zijn. Zij beschrijft dat in veel gevallen de contacten met familieleden verloren zijn gegaan of zeer beperkt zijn en dat zowel de dakloze als de familie zich in het contact vaak terughoudend opstellen.

Vrienden

Uit het onderzoek van Neale (2002) bleek dat, hoewel vrienden een belangrijke rol speelden in het leven van de harddrugsgebruikers, er geen sprake was van een vast patroon voor het soort en de mate van vriendschapsrelaties. Sommige drugsgebruikers gaven aan alleen om te gaan met niet-gebruikers, anderen hadden twee gescheiden groepen van vrienden (gebruikers en niet-gebruikers) en weer anderen gaven juist aan alleen met mensen om te gaan die in gelijke mate verslaafd waren. Veel drugsgebruikers gebruikten regelmatig drugs met een bepaalde vriend of groep vrienden. Veel drugsgebruikers voelden zich erg verbonden met de andere gebruikers met wie ze hun leven deelden. Dit werd vooral duidelijk doordat veel drugsgebruikers zeiden verdriet te hebben over het drugsgerelateerde overlijden van verschillende vrienden en bekenden.

In het algemeen gaven de respondenten aan dat vrienden die geen drugs gebruikten weinig van het deel van hun leven wisten wat te maken had met het drugsgebruik. Zij boden dus ook weinig steun of hulp met drugsgerelateerde problemen. Dit komt grotendeels overeen met de beschrijving van vriendschapsrelaties door Van Doorn (2002) in haar onderzoek naar daklozen. Zij beschrijft dat in veel gevallen de contacten met vrienden van vroeger (buiten de groep van daklozen) verloren zijn gegaan of zeer beperkt zijn en dat zowel de dakloze als de oude vrienden zich in het contact vaak terughoudend opstellen. Ook zij noemt dat de levenswijze die daklozen ontwikkelen na verloop van tijd steeds verder af komt te staan van de levenswijze van oude vrienden.

In het onderzoek van Neale (2002) bleek dat vrienden die ook drugs gebruikten daarentegen praktische hulp, advies en emotionele steun boden. Maar ondanks het feit dat ze deze verschillende vormen van hulp konden bieden gaven veel verslaafden aan dat vrienden die actief drugs gebruikten vaak teveel op hun eigen belang gericht waren om een belangrijke

bron van hulp of steun te zijn in tijden van nood. Het aanbieden van hulp door medegebruikers was vaak gebaseerd op eigenbelang en persoonlijk gewin en beperkt door de persoonlijke behoeften in het kader van hun verslaving. Ook dit komt overeen met het onderzoek van Van Doorn (2002). Belangrijke functies in het contact die zij noemt zijn onder andere praktische en morele ondersteuning, maar ook de daklozen geven aan dat echte vriendschappen zeldzaam zijn. Als het er echt op aankomt, zal ieder voor zichzelf moeten zorgen.

Kinderen

Verantwoordelijk ouderschap is erg moeilijk, zo niet onmogelijk, gedurende periodes van dagelijks drugsgebruik (Johnson, William, Dei, & Sanabria, 1990). In het onderzoek van Neale (2002) geeft ongeveer een kwart van de respondenten aan niet meer samen te leven met hun kinderen: soms door het verbreken van een relatie, soms door gevangenisstraf of doordat de kinderen uit huis waren geplaatst. Ouders, met name moeders, rapporteerden dat het beschuldigd worden van 'een slechte ouder zijn' voor hen een zeer trieste ervaring was. Voor een vrouw kan drugsgebruik haar vermogen om een 'goede moeder' te zijn verminderen en daarmee haar gevoel van identiteit en eigenwaarde aantasten. Voor een man kan verslaving het positieve beeld dat hij zijn kinderen wil laten zien aantasten en daarmee ook zijn trots en het beeld dat hij van zichzelf heeft. Hoewel drugsgebruikende vaders en moeders hun gevoelens over het verlies van een kind heel anders laten blijken lijken de onderliggende emoties erg op elkaar. Ze schamen zich voor hun eigen persoonlijk falen en hebben veel verdriet door deze zeer pijnlijke ervaring (Neale, 2002). Dit alles komt overeen met de bevindingen van Van Doorn (2002).

Partnerrelatie

Rosenbaum (1981) heeft gesteld dat drugs de relaties tussen partners op drie fundamentele manieren verzwakken. Ten eerste worden de drugs datgene waar het om draait in de relatie, waardoor andere aspecten zoals affectie verminderen. Ten tweede verstoort het leven met heroïne de traditionele rolverdeling, wat zorgt voor ontevredenheid over de relatie, zeker als de vrouwelijke partner betrokken is bij prostitutie. Ten derde zorgen het totaal geen rekening houden met anderen en geldproblemen voor bijna constante ruzie. Daarbij komt dat van heroïne bekend is dat het schadelijke gevolgen heeft voor het seksueel functioneren (Beschner & Bovelie, 1985).

3.2 Sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden

In het buitenland is onderzoek gedaan naar de samenhang tussen sociale relaties en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en harddrugs- en alcoholverslaafden. Er is met name onderzoek gedaan naar de samenhang met sociale steun (o.a. LaGory, Ritchey, & Mullis, 1990; LaGory et al., 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003; Nyamathi, Leake, Keenan, & Gelberg, 2000; Schutt, Meschede, & Rierdan, 1994). De samenhang met sociale integratie is voor deze groep veel minder vaak onderzocht. Een voorbeeld van dergelijk onderzoek is een Noors onderzoek naar zelfmoordpogingen en overdoses bij drugsverslaafden (Rossow & Lauritzen, 1999). Dit artikel en drie artikelen over de samenhang met sociale steun die voor dit onderzoek het meest relevant zijn worden hieronder kort besproken.

Rossow en Lauritzen (1999) deden onderzoek naar het voorkomen van niet-fatale overdoses en zelfmoordpogingen en de voorspellers van dit gedrag onder drugsverslaafden. Een van de factoren die in het onderzoek werden betrokken was sociale integratie. Sociale integratie werd in dit geval geoperationaliseerd in termen van verschillende sociale relaties en sociaal functioneren. Sociaal functioneren had betrekking op de mate van betrokkenheid bij werk of opleiding. Ongeveer een derde van de drugsverslaafden in dit onderzoek had een of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen. Univariante analyses lieten zien dat vrouwen vaker een zelfmoordpoging hebben gedaan dan mannen, leeftijd vertoonde geen significante samenhang. Er werd wel een samenhang gevonden met dagelijks alcoholgebruik, maar niet met het gebruik van andere soorten drugs. Er was niet sprake van een significant verband met dakloosheid. Er werd een samenhang gevonden tussen sociale isolatie en slecht sociaal functioneren en het hebben gedaan van een zelfmoordpoging. Een lage mate van sociale integratie maakte echter geen onderscheid tussen zelfmoordgedrag en andere vormen van levensgevaarlijk gedrag van drugsverslaafden.

LaGory et al. (2001) deden onderzoek naar de kwaliteit van leven van daklozen. Ze onderzochten welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van leven van daklozen en daardoor de verschillen in de mate van kwaliteit van leven kunnen verklaren. Kwaliteit van leven werd in dit onderzoek geoperationaliseerd door algemene tevredenheid met het leven (gemeten met één vraag), de ervaren lichamelijke gezondheid (ook gemeten met één vraag) en de ervaren psychische gezondheid (gemeten met een zelfrapportage-schaal voor depressieve symptomen). Doordat dakloosheid de mogelijkheden beperkt voor het vervullen van basisbehoeften als voedsel, onderdak, kleding en privacy, zou volgens de auteurs van dit artikel verwacht kunnen worden dat er slechts een kleine variatie bestaat in de kwaliteit van leven van daklozen. De resultaten van het onderzoek weerspreken deze veronderstelling. 61 Procent gaf aan ontevreden te zijn met hun leven, 39 procent gaf aan in meer of mindere mate tevreden te zijn. 63 Procent scoort dusdanig hoog op de schaal voor depressieve symptomen dat ze eigenlijk behandeld zouden moeten worden. Ondanks dit hoge percentage mensen met depressieve symptomen was er sprake van een grote spreiding in scores en waren de scores bijna normaal verdeeld. De achtergrondkenmerken geslacht en leeftijd hingen niet samen met depressie, maar wel met tevredenheid met het leven. Hoe ouder, hoe hoger de tevredenheid en vrouwen zijn tevredener met het leven dan mannen. Een hogere mate van sociale steun bleek samen te hangen met minder depressieve symptomen en een grotere tevredenheid met het leven. Gedrag met risico voor de gezondheid, onder meer geoperationaliseerd door het gebruiken van drugs en drinken van alcohol in grote hoeveelheden, had geen invloed op de mate van depressie of tevredenheid met het leven.

Lam en Rosenheck (2000) gebruikten longitudinale data van dakloze, psychiatrische patiënten die deelnamen aan een hulpverleningsprogramma om hun kwaliteit van leven te onderzoeken gedurende de periode van een jaar. Dit onderzoek beschrijft de factoren die samenhangen met kwaliteit van leven aan het begin van het onderzoek en de invloed van veranderingen in gezondheid en sociale kenmerken op veranderingen in de kwaliteit van leven na een jaar. De algemene subjectieve kwaliteit van leven werd gemeten met één vraag naar hoe de cliënt zich voelt met betrekking tot zijn leven in het algemeen. Het gebruik van hulpverlening werd geoperationaliseerd door het aantal van zes vormen van hulpverlening (psychiatrische hulp, medische hulp, hulp bij drugsgebruik, huisvesting, werk en bijstand) waar de cliënt gebruik van heeft gemaakt gedurende de afgelopen zestig dagen. Aan het begin van het onderzoek hing een hogere kwaliteit van leven samen met minder ernstige depressieve en psychotische symptomen, minder alcohol- en drugsgebruik en meer sociale steun. Geslacht, leeftijd, hebben gewerkt gedurende de afgelopen maand en het aantal dagen dakloos geweest zijn de

afgelopen zestig dagen hingen niet significant samen met kwaliteit van leven aan het begin van het onderzoek. Na twaalf maanden hing verbetering in de kwaliteit van leven samen met een afname van psychotische en depressieve symptomen, een vermindering van drugsgebruik, minder dagen dakloos en een toename in sociale steun, inkomen, het hebben van werk en gebruik van hulpverlening.

Mizuno et al. (2003) gebruikten cross-sectionele data verzameld bij een steekproef van HIV-positieve injecterende drugsgebruikers om factoren te identificeren die samenhangen met depressieve symptomen. Ze waren in het bijzonder geïnteresseerd in de vraag of de ervaren sociale steun samenhang met depressie bij deze groep en of sociale steun een buffer vormde voor de negatieve effecten van andere factoren. Ervaren sociale steun werd gemeten met een schaal bestaande uit vier items die betrekking hadden op de ervaren beschikbaarheid van instrumentele steun en emotionele steun. Multiple regressie analyses lieten zien dat onder andere ervaren sociale steun (negatief verband) en niet-injecterend polydrugsgebruik (positief verband) significant samenhangen met de mate van depressieve symptomen. Ook werd tussen deze twee factoren een significant interactie-effect gevonden. Sociale steun vormde een buffer voor de samenhang tussen niet-injecterend polydrugsgebruik en depressieve symptomen. In dit onderzoek werd in de multivariate analyse geen significante samenhang gevonden met de achtergrondkenmerken leeftijd en geslacht.

Het onderzoek van Van Doorn (2002) is een voorbeeld van Nederlands onderzoek naar de sociale relaties van daklozen. Er is in Nederland ook onderzoek gedaan naar het psychisch welbevinden van deze groep. In het hierboven al genoemde onderzoek van Korf et al. (1999) werd ook gevraagd of men psychische problemen had. Een kwart van de onderzochte bezoekers (26 %) vond van zichzelf dat hij of zij 'nogal', 'veel', of 'erg veel' psychische problemen had. 45 Procent had naar eigen zeggen 'helemaal geen' psychische problemen, 28 procent 'een beetje'. De Bruin et al. (2003) interviewden 500 dak- en thuislozen die op straat werden benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Hen werd gevraagd een rapportcijfer te geven voor hun eigen geestelijke gezondheid. Een vijfde van de respondenten (20 %) gaf zichzelf een onvoldoende: een vijf of lager. Ook het voorkomen van bepaalde psychische klachten is onderzocht. De meeste voorkomende psychische klachten die de respondenten noemden waren verdriet (50 %) en somberheid (36 %). Angst en paniekaanvallen werden door 16 procent van de respondenten genoemd. 13 Procent van de respondenten zei last te hebben van oncontroleerbare agressie.

In Nederland is voor zover bekend de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden niet eerder onderzocht voor dak- of thuislozen en harddrugs- en alcoholverslaafden. Het onderzoek dat qua onderwerp nog het meest in de buurt komt is een onderzoek naar de effecten van de mate van contactvaardigheid van dak- en thuislozen op hun gezondheid (Vis, 1999). Het gaat om een explorerend, voornamelijk kwalitatief, onderzoek, uitgevoerd op een afdeling in een opvangcentrum voor dak- en thuislozen. Er werd een verband gevonden tussen de mate van sociale competentie en de psychische gezondheid.

3.3 Contact met hulpverlening

Naast informele relaties hebben daklozen ook formele relaties met hulpverleningsinstellingen. Van Doorn (2002) besteedde in haar onderzoek ook aandacht aan het contact met hulpverleningsinstellingen.

Reguliere hulpverleningsinstellingen

Daklozen kunnen in de eerste plaats terecht bij reguliere hulpverleningsinstellingen, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de RIAGG, de geestelijke gezondheidszorg, de reclassering en de verslavingszorg. Van Doorn (2002) beschrijft een aantal complicaties in het contact tussen daklozen en de reguliere hulpverlening. Een daarvan heeft te maken met opvattingen ten aanzien van familiariteit en distantie. In de reguliere hulpverlening kenmerken de omgangsvormen tussen hulpverleners en cliënten zich doorgaans door een mengeling van familiariteit en distantie. Hulpverleners verwachten van cliënten dat zij de juiste omgangsvormen weten te hanteren en dat ze over de specifieke sociale vaardigheden beschikken om dit gedrag tentoon te spreiden (Van Heerikhuizen, 1997). De delicate balans tussen familiariteit en distantie in de omgang, die binnen de reguliere hulpverlening de norm is, bleek voor de respondenten echter geenszins vanzelfsprekend. De verwachtingen die zij koesterden ten aanzien van de hulpverleningsrelatie botsten daarmee. Ze verwachtten met name die aspecten aan te treffen die kenmerkend zijn voor het 'gewone menselijke contact', die horen bij een vriendschapsrelatie. Ze verwachten van hulpverleners bijvoorbeeld dat deze niet-beroepsmatige interesse tonen, dat ze hen af en toe ongevraagd komen opzoeken, dat ze diepte- en hoogtepunten met hen delen, dat wil zeggen dat ze er niet alleen zijn voor de problemen maar ook medeleven betonen als er iets te vieren valt. Ze verwachten bijvoorbeeld ook van hulpverleners dat deze hun eigen kwetsbaarheid of onzekerheden tonen en dat ze contact blijven houden nadat het hulpverleningstraject is afgesloten. Deze aspecten worden door veel respondenten erg gemist. Wellicht treedt de behoefte van daklozen aan deze sociale aspecten zo duidelijk op de voorgrond omdat empathie en betrokkenheid in hun sociale netwerk bijna niet voorkomt en het instrumentele karakter van contacten de boventoon voert. Vanuit het perspectief van de reguliere hulpverlening vallen dergelijke verwachtingen doorgaans buiten de professionele rolopvatting. Logischerwijs, want de hulpverlening is per definitie additioneel: haar aanbod is normaliter bedoeld als aanvulling op het sociale netwerk van de cliënt (Van Doorn, 2002).

Instellingen voor daklozenzorg

De aangewezen instanties waar daklozen terecht kunnen voor hulp zijn de instellingen voor daklozenzorg. Van oudsher wordt de kern van de daklozeninstellingen gevormd door drie typen voorzieningen: dagopvang, passantenverblijven en internaten. Daar worden ze ondersteund in hun meest basale levensbehoeften. In het aanbod voor de daklozenzorg heeft zich in het midden van de jaren '80 een aantal veranderingen voltrokken. Het traditionele aanbod is aangepast en uitgebreid zodat het beter voldoet aan de eisen van de moderne tijd en beter aansluit bij de wensen en mogelijkheden van individuele daklozen. Tevens wordt aan de opvangfunctie ook steeds vaker specifieke hulpverlening voor daklozen toegevoegd. Zo houden hulpverleners spreekuur op de dag- en nachtopvang en hebben internaten 'trajectbegeleiders' aangesteld om een reïntegratietraject voor de bewoners uit te zetten (Van Doorn, 2002).

De instellingen voor daklozenzorg komen beduidend beter tegemoet aan de wensen en behoeften van daklozen dan de reguliere hulpverleningsinstellingen. Ook hier is de interactie echter geenszins onproblematisch. Het contact tussen daklozen en de instellingen voor dag- en nachtopvang en de internaten wordt in de eerste plaats bemoeilijkt door de bejegening die hen daar ten deel valt. Er is een ongelijke machtsbalans tussen daklozen en medewerkers in opvangvoorzieningen. Veel respondenten ervaren hun afhankelijkheid van opvangvoorzieningen als vernederend en de wijze waarop ze door de medewerkers tegemoet worden getreden als denigrerend. Ze klagen veelvuldig over kleinering en betutteling. Wellicht zijn de respondenten extra gevoelig voor het behoud van hun persoonlijke

waardigheid, aangezien ze gaandeweg reeds veel zaken zijn kwijtgeraakt waaraan mensen normaliter hun zelfrespect ontleen (Van Doorn, 2002).

Een tweede complicatie in het contact heeft te maken met de huisregels die in de dag- en nachtopvang worden gesteld. Daarbij tekent zich een spanningsveld af tussen regels die ten dienste staan van het instellingsbelang en de belangen van individuele daklozen. Dit spanningsveld is inherent aan de wijze waarop deze instellingen georganiseerd zijn. Vooral in de grootschalige opvangvoorzieningen zijn de huisregels er doorgaans primair op gericht om de instelling beheersbaar te houden, waarmee de veiligheid van zowel medewerkers als individuele daklozen wordt gewaarborgd. De beheersbaarheid heeft een hoge prioriteit. De regels die de beheersbaarheid bevorderen staan echter vaak op gespannen voet met de individuele behoeften van daklozen. Een voorbeeld is dat daklozen in de nachtopvang vaak behoefte hebben aan een praatje met de medewerkers. Aan het einde van de avond, wanneer daklozen tot rust zijn gekomen en zich verzekerd weten van een bed voor de nacht, ontstaat er bij hen veelal behoefte aan een gesprek. De medewerkers in de nachtopvang hebben meestal pas tijd voor gesprekken met bezoekers als de grootste drukte voorbij is: tegen middernacht. Sommige daklozen blijven desnoods de halve nacht op, in afwachting van een rustig moment om een gesprek met medewerkers aan te knopen. Dat staat echter haaks op het belang van de beheersbaarheid want het geeft onrust. Daarom hanteren vele passantenverblijven de vuistregel dat medewerkers zich later op de avond niet openstellen voor uitgebreide gesprekken met daklozen (Van Doorn, 2002).

Specifieke hulpverlening aan daklozen

Zoals gezegd heeft in het midden van de jaren '80 de specifieke hulpverlening voor daklozen mondjesmaat zijn intrede gedaan in de instellingen voor daklozenzorg. De verschillen tussen de specifieke hulpverlening voor daklozen en de reguliere hulpverlening zijn met name gelegen in hun professionele houding en attitude. Een belangrijk verschil is dat hulpverleners in de daklozenzorg hun cliënten doorgaans actief benaderen. Het initiatief om contact te leggen zal vaak uitgaan van de hulpverlener. Deze zoekt daklozen op in de omgeving waarin zij verblijven, eventueel op straat. Hij of zij tracht hun vertrouwen te winnen, stelt zich dienstbaar op en verleent desgewenst hand- en spandiensten. Hulpverleners in de daklozenzorg gaan vaak intensieve persoonlijke betrekkingen met daklozen aan. Het contact is gelardeerd met aspecten van het 'gewone menselijke contact'. Daardoor slagen zij er vaak beter in om door de muren heen te breken die veel daklozen hebben opgetrokken. Professionals die deze houding aannemen worden door de respondenten zelden als hulpverleners benoemd, maar veeleer omschreven als hulpvaardige kennis of vriend. Vooral in het contact met langdurig daklozen is het creëren van een vertrouwensband van cruciaal belang in het hulpverleningsproces. De vertrouwensband die door de respondenten veelal als vriendschap wordt gedefinieerd is vanuit het perspectief van hulpverleners echter vooral een middel om het veranderingstraject mee in gang te zetten (Van Doorn, 2002).

3.4 Hypothesen

Uit de in het vorige hoofdstuk beschreven onderzoeksresultaten is duidelijk naar voren gekomen dat er een positief verband bestaat tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Deze samenhang is gevonden voor verschillende soorten sociale relaties, zoals de relatie met een partner, familieleden en vriendschap (o.a. Argyle, 1999, 2001; Biegel et al., 1985; Myers, 1999; Seeman, 1996; Veenhoven, 1994). In het buitenland is deze samenhang ook onderzocht voor dak- en thuislozen en drugs- en

alcoholverslaafden. Er is met name onderzoek gedaan naar het verband met sociale steun (o.a. LaGory et al., 1990; LaGory et al., 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003; Nyamathi et al., 2000; Schutt et al., 1994). Het verband met sociale integratie is voor deze groep veel minder vaak onderzocht. In onderzoek werd een negatieve samenhang gevonden tussen sociale integratie en het hebben gedaan van een zelfmoordpoging (Rossow & Lauritzen, 1999). Een hogere mate van sociale steun bleek vaak samen te hangen met minder depressieve symptomen en een grotere tevredenheid met het leven (o.a. LaGory et al., 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003). In Nederland is wel onderzoek gedaan naar de sociale relaties en het psychisch welbevinden van (met name) daklozen (o.a. De Bruin et al., 2003; Korf et al., 1999; Van Doorn, 2002), maar de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden is voor dak- en thuislozen en drugs- en alcoholverslaafden nog niet eerder onderzocht. De vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek is dan ook:

Bestaat er een positieve samenhang tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn hypothesen opgesteld voor de samenhang tussen verschillende aspecten van sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden:

- 1. Mensen met een partner zijn tevredener met hun leefsituatie en hebben een hoger psychisch welbevinden dan mensen zonder partner.*
- 2. Mensen met kinderen zijn tevredener met hun leefsituatie en hebben een hoger psychisch welbevinden dan mensen zonder kinderen.*
- 3. Er bestaat een positieve samenhang tussen het aantal familieleden waarmee contact is en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden.*
- 4. Er bestaat een positieve samenhang tussen de frequentie van het contact met familie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden.*
- 5. Mensen die met minstens een familielid veel contact hebben, of mensen die met meerdere familieleden regelmatig contact hebben zijn tevredener met hun leefsituatie en hebben een hoger psychisch welbevinden dan mensen die dit niet hebben.*
- 6. Mensen die op dit moment niet dak- of thuisloos zijn zijn tevredener met hun leefsituatie en hebben een hoger psychisch welbevinden dan mensen die op dit moment wel dak- of thuisloos zijn.*
- 7. Mensen met werk zijn tevredener met hun leefsituatie en hebben een hoger psychisch welbevinden dan mensen zonder werk.*
- 8. Er bestaat een positieve samenhang tussen de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en het psychisch welbevinden.*

Uit onderzoek is ook gebleken dat er een verband bestaat tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat er een negatieve samenhang bestaat tussen met name depressie en tevredenheid met het leven, maar ook tussen angst en tevredenheid met het leven (Headey & Wearing, 1992; Veenhoven, 1994). Lewinsohn et al. (1991) vonden dat mensen met een lagere tevredenheid met het leven een grotere kans hadden om depressief te worden dan mensen met een hogere tevredenheid met het leven. Daarom is de volgende hypothese opgesteld over de samenhang tussen de twee afhankelijke variabelen in dit onderzoek:

9. *Er bestaat een positieve samenhang tussen tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden.*

Het gaat bij dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden om een groep die per definitie slecht sociaal geïntegreerd is. Tegelijkertijd gaat het om een groep die relatief veel contact heeft met verschillende vormen van hulpverlening. Uit het kwalitatieve onderzoek van Van Doorn (2002) kwam naar voren dat daklozen in de hulpverleningsrelatie met name die aspecten verwachten aan te treffen die kenmerkend zijn voor het 'gewone menselijke contact', die horen bij een vriendschapsrelatie. Van Doorn geeft aan dat een mogelijke verklaring voor deze behoefte zou kunnen zijn dat de daklozen in de hulpverlening zoeken naar wat ontbreekt in hun sociale netwerk. Daarom is de volgende aanvullende vraag gesteld:

In hoeverre vormen de formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen een vervanging voor informele sociale relaties?

Als formele sociale relaties tot op zekere hoogte een vervanging vormen voor informele sociale relaties is de verwachting dat een hogere mate van contact met hulpverleningsinstellingen samengaat met minder contact met familie en vrienden. Op basis daarvan zijn de volgende hypothesen opgesteld:

10. *Er bestaat een negatieve samenhang tussen het aantal familieleden waarmee contact is en de frequentie van het contact met familie en het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de laatste maand contact is geweest.*

11. *Er bestaat een negatieve samenhang tussen de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de laatste maand contact is geweest.*

De vraag die centraal staat in dit onderzoek heeft betrekking op het bestaan van een positieve samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. In aanvulling daarop is de vraag gesteld in hoeverre formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen een vervanging vormen voor informele sociale relaties. Dan is vervolgens ook de vraag van belang wat de samenhang is tussen het contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden. Dat leidt tot een tweede aanvullende vraag:

Wat is de samenhang tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden?

Allereerst kan gezegd worden dat hulpverlening de bedoeling heeft de levensomstandigheden te verbeteren en het welbevinden te verhogen. Op basis daarvan zou een positieve samenhang verwacht worden tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden. Daar tegenover staat dat er waarschijnlijk contact gezocht wordt met hulpverlening als het niet goed gaat. Het gaat in dit geval om cross-sectioneel onderzoek, wat wil zeggen dat de drie variabelen op hetzelfde moment gemeten zijn. Het ligt dan voor de hand dat er een negatief verband gevonden wordt tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. In het onderzoek van Van Doorn (2002) kwam verder naar voren dat hulpverleningsinstellingen vaak niet beantwoorden aan de behoefte van de doelgroep aan persoonlijk contact. Ook ervaart de doelgroep het contact met hulpverleners vaak als

ongelijkwaardig. Een uitzondering hierop vormt de specifieke hulpverlening aan daklozen, waarbij het creëren van persoonlijk contact juist centraal staat. Deze vorm van hulpverlening maakt echter slechts een klein deel uit van het totale aanbod aan hulpverlening. Ook moet opgemerkt worden dat de vertrouwensband die ontstaat vanuit het perspectief van de hulpverlener vooral een middel in het hulpverleningsproces is. Dat geeft toch het verschil met een informele sociale relatie aan. Op basis van het bovenstaande mag niet verwacht worden dat het contact met hulpverleningsinstellingen een gelijkwaardige vervanging vormt van informele sociale relaties. Uit deze constatering is de laatste hypothese afgeleid:

12. Er bestaat een negatieve samenhang tussen het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de laatste maand contact is geweest en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden.

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de opzet van het onderzoek. Om het verband tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden voor dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden te onderzoeken, wordt gebruik gemaakt van data die door INTRAVAL zijn verzameld in het kader van doelgroepenanalyses. Eerst worden de doelgroepenanalyses, het databestand en de methode van dataverzameling beschreven. Vervolgens volgt een afbakening van de onderzoeksgroep aan de hand van de definities die gebruikt zijn om respondenten te selecteren voor de doelgroepenanalyses. Daarna wordt ingegaan op de operationalisering van de variabelen en tenslotte op de methoden voor dataverwerking en analyse.

4.1 Doelgroepenanalyses

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig heeft INTRAVAL een aantal onderzoeken uitgevoerd naar aard en omvang van drugsgebruik in Rotterdam, Groningen en Utrecht (Ten Den, Bieleman, De Bie, & Snippe, 1995; INTRAVAL, 1989, 1991, 1992). Deze onderzoeken vormden de basis voor de latere doelgroepenanalyses. Sinds 1999 heeft INTRAVAL verscheidene doelgroepenanalyses uitgevoerd in opdracht van gemeenten en zorginstellingen in Nederland ten behoeve van lokaal beleid. De doelgroepenanalyses hebben als doel inzicht te verschaffen in de aard en omvang van bepaalde groepen in het onderzoeksgebied. Tevens wordt het gebruik en de waardering van voorzieningen door de doelgroepen geïnventariseerd. Uiteenlopende doelgroepen zijn onderzocht met als overeenkomst dat zij zich vrijwel allemaal in de marge van de samenleving bevinden. De doelgroepen variëren van dak- en thuislozen, harddrugsverslaafden en alcoholisten tot potentiële daklozen, hangjongeren en risicjongeren. Het onderzoeksgebied betreft meestal een stedelijk gebied. Verder heeft ook onderzoek plaatsgevonden in een overwegend landelijk gebied met daarin verscheidene gemeenten met dorpskernen; de Friese Wouden (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003).

In Apeldoorn, Zutphen, Deventer, de Friese Wouden en Enschede (Bieleman, Bezema, et al., 2002; Bieleman, Biesma, Griesheimer, et al., 2002; Bieleman, Biesma, Jetzes, et al., 2003; Biesma et al., 2000; Meijer et al., 2000) zijn op een vergelijkbare manier doelgroepenanalyses uitgevoerd onder dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. In eerste instantie was het dan ook de bedoeling de data die verzameld zijn in het kader van deze vijf doelgroepenanalyses te gebruiken in dit onderzoek. Tijdens de voorbereiding van het onderzoek bleek de vragenlijst die gebruikt is in Enschede echter toch op een aantal punten af te wijken. Om het verband tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden te onderzoeken wordt daarom gebruikgemaakt van data die INTRAVAL heeft verzameld in het kader van doelgroepenanalyses in Apeldoorn, Deventer, Zutphen en de Friese Wouden¹.

¹ De regio de Friese Wouden bestaat uit zeven gemeenten in Zuidoost Friesland: Smallingerland, Achtkarspelen, Heerenveen, Ooststellingwerf, Opsterland, Tytsjerksteradiel en Weststellingwerf (Bieleman et al., 2002b)

4.2 Beschrijving databestand

De vier afzonderlijke databestanden zijn samengevoegd tot één databestand dat 173 respondenten omvat: 43 (25 %) zijn oorspronkelijk geworven in het kader van de doelgroepenanalyse in Apeldoorn, 39 (23 %) in Deventer, 35 (20 %) in Zutphen en 56 (32 %) zijn afkomstig uit het databestand van de doelgroepenanalyse in de Friese Wouden. De groep bestaat voor verreweg het grootste deel uit mannen (83 %). Er bestaat een aanzienlijke spreiding in leeftijd: de leeftijden lopen uiteen van 18 tot 73, met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar. Iets meer dan de helft (58 %) is verslaafd aan harddrugs. Ongeveer een kwart (26 %) kampt met een alcoholverslaving. Deze groepen overlappen elkaar voor een deel: 17 % is zowel verslaafd aan harddrugs als aan alcohol.

4.3 Methode van dataverzameling doelgroepenanalyses

In de vier doelgroepenanalyses is begonnen met het verzamelen van relevante informatie en reeds aanwezige gegevens over de doelgroepen. Hierbij moet onder meer worden gedacht aan beleidsnota's, notities en verslagen van vergaderingen en grijze literatuur, zoals interne notities en scripties. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met sleutelinformanten. Het gaat om medewerkers van betrokken organisaties, zoals de maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, politie en gemeente. Voor een nadere bepaling van de samenstelling en de omvang van de doelgroepen zijn registratiegegevens verzameld bij politie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Zo mogelijk zijn eveneens gegevens opgevraagd bij de geestelijke gezondheidszorg. Met behulp van de registratiegegevens en een tweetal schattingsmethoden zijn omvangsschattingen van de doelgroepen gemaakt (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003).

Een belangrijk onderdeel van de doelgroepenanalyses in de vier plaatsen bestond uit veldwerk. Gedurende het veldwerk zijn ontmoetingsplaatsen bezocht, hebben observaties plaatsgevonden, zijn respondenten geworven, zijn mogelijke respondenten gescreend op het al dan niet behoren tot een doelgroep en hebben interviews plaatsgevonden met de respondenten (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003). De data die verkregen zijn met behulp van deze interviews zijn de data die worden gebruikt in dit onderzoek.

Aan de hand van de voorstudie en de informatie uit de gesprekken met sleutelinformanten was een eerste inzicht verkregen in de plekken waar de leden van de doelgroepen zich regelmatig ophielden. Door observaties tijdens het veldwerk werd nauwkeuriger in beeld gebracht welke locaties frequent werden bezocht. Dit was mede belangrijk, omdat de interviewers hier een deel van de respondenten moesten werven. Verder werd door de observaties inzicht verkregen in de samenstelling van de doelgroepen, hun gedrag en de eventuele overlast die zij daarmee veroorzaakten. Bovendien ontstonden op deze wijze de eerste contacten tussen de onderzoekers en de doelgroepen, zodat de onderzoekswerkzaamheden en het onderzoeksthema konden worden aangekondigd (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003).

Een deel van de respondenten werd benaderd via de maatschappelijke opvang, de verslavingszorg en overige betrokkenen, zoals particuliere opvangvoorzieningen. Daarnaast werden respondenten geworven op plekken waar zij regelmatig bij elkaar komen. De ontmoetingsplekken waren onder andere genoemd door leden van de doelgroep zelf en zijn vervolgens op verschillende tijdstippen en dagen bezocht. Tenslotte is de

‘sneeuwbalmethode’ toegepast. Deze methode wordt ook wel chain referral method genoemd, hetgeen wil zeggen dat enkele personen uit de doelgroep gevraagd wordt naar andere hen bekende personen uit de doelgroep. Op deze wijze worden via een ‘ketting’ of ‘sneeuwbal’ verschillende leden van de doelgroep bereikt. Door gebruikmaking van deze methoden is geprobeerd een zo goed mogelijke dwarsdoorsnede van de onderzoekspopulatie te verkrijgen (Bieleman, Bezema, et al., 2002; Bieleman, Biesma, Griesheimer, et al., 2002; Biesma et al, 2000; Meijer et al., 2000).

Na de eerste kennismaking werd in een kort gesprek door de onderzoeker geïnventariseerd of de persoon behoorde tot een van de vooraf gedefinieerde doelgroepen van het onderzoek. Indien dit het geval was werd de persoon gevraagd mee te werken aan een interview. De interviews duurden ongeveer anderhalf uur. Na afloop van het interview ontvingen de respondenten als dank een kleine vergoeding (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003). De vragenlijst die gebruikt werd bij deze interviews bestond uit zowel open als gesloten vragen. De vragenlijst is deels door onderzoekers bij INTRAVAL zelf ontwikkeld en deels gebaseerd op een bestaande vragenlijst, de Addiction Severity Index (Hendriks, 1990). Een groot deel van de vragen kwam in de verschillende onderzoeksgebieden overeen. Zo werd altijd ingegaan op achtergrondkenmerken, woonsituatie, leefsituatie, inkomen, tijdsbesteding, justitie- en politiecontacten, psychische problemen, middelengebruik, het gebruik van en de mening over voorzieningen en de hulpbehoefte. Verder zijn in bepaalde onderzoeksgebieden overeenkomstig de wensen van de opdrachtgever specifieke vragen gesteld (Bieleman, Biesma, & De Jong, 2003).

4.4 Afbakening onderzoeksgroep

In dit onderzoek wordt de samenhang onderzocht tussen sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. INTRAVAL heeft de volgende definities gebruikt om respondenten te selecteren voor de doelgroepenanalyses (Bieleman, Bezema, et al., 2002; Bieleman, Biesma, Griesheimer, et al., 2002; Biesma et al, 2000; Meijer et al., 2000).

4.4.1 Zichtbare alcoholisten en harddrugsverslaafden

Alcoholisten zijn personen die dagelijks vijf glazen alcohol of meer drinken. Harddrugsverslaafden zijn personen die op minimaal acht dagen per maand harddrugs en/of dagelijks methadon gebruiken. In het onderzoek in de Friese Wouden wordt een iets andere definitie gehanteerd: Personen die gedurende het afgelopen half jaar minimaal drie dagen per week harddrugs gebruiken, of minimaal twee dagen per week harddrugs gebruiken zodanig dat zij er de volgende dag in hun normale functioneren door worden belemmerd, of dagelijks methadon krijgen verstrekt. In de praktijk verschillen beide definities niet wezenlijk. Voor beide groepen verslaafden geldt dat zij een gedeelte van de dag buiten doorbrengen of aanwezig zijn in opvangvoorzieningen, dat wil zeggen dat het gaat om zichtbare verslaafden.

4.4.2 Dak- en thuislozen

Dakloos zijn die personen die regelmatig buiten of in een nachtopvang slapen, maar ook mensen die een wisselende slaappleaats hebben of bij familie of vrienden slapen op niet-structurele basis. Dit wil zeggen dat onbekend is hoe lang een persoon mag blijven. Thuisloos zijn personen die weliswaar een (vaste) slaappleaats hebben, maar toch regelmatig gebruik maken of afhankelijk zijn van dagopvang, 24-uursopvang en dagbestedingsprojecten óf bij familie of vrienden slapen op structurele basis, zonder dat ze zich daar thuis voelen. Hierbij

kan huur worden betaald, maar dit is niet noodzakelijk. Nadrukkelijk wordt nog thuis wonen bij de ouders niet als thuisloosheid beschouwd, tenzij er sprake is van opnieuw thuis wonen. Uiteraard zijn mensen die dakloos zijn eveneens thuisloos. Voor zowel dak- als thuislozen geldt voor deze doelgroepenanalyse dat zij per definitie zichtbaar zijn.

Personen die tijdelijk geen dak boven hun hoofd hebben, worden niet tot de daklozen gerekend. Dit geldt bijvoorbeeld voor degenen die tijdelijk geen dak boven hun hoofd hebben (frietiedakloosheid) in verband met: het verlaten van het ouderlijk huis, verhuizing, door een crisis uit huis gezet worden of door een crisis tijdelijk worden opgevangen, door relatieproblemen een nieuw onderkomen nodig hebben en deze naar verwachting op korte termijn kunnen krijgen. In het onderzoek in de Friese Wouden zijn ook personen die potentieel dakloos zijn in het onderzoek opgenomen. De definitie van *potentiële dakloosheid* is: Personen die thuisloos zijn, of waarbij sprake is van twee of meer van de volgende punten van zorg: overlastproblematiek; schuldenproblematiek; vervuiling; verwaarlozing/isolement; verslaving; relatieproblemen/ geweldsproblemen; psychische/psychiatrische problematiek.

4.5 Operationalisering variabelen

Per variabele zal worden ingegaan op de vraag of vragen waarmee deze geoperationaliseerd is en op de hercoderingen die hebben plaatsgevonden. Als het om een schaal gaat zal ook Cronbachs alfa worden gegeven.

4.5.1 Tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden

Tevredenheid met de leefsituatie

Tevredenheid met de leefsituatie is geoperationaliseerd met een schaal bestaande uit zes vragen. In de vragenlijst is de volgende vraag gesteld: 'Ik ga nu een aantal zaken opnoemen over hoe je leeft en hoe je je voelt en wil daarover wat vragen stellen, zou je kunnen aangeven of je hier tevreden of ontevreden over bent?'

- je leefsituatie
- je inkomsten
- je vrienden/kennissenkring
- je gezondheid (lichamelijk)
- je gezondheid (geestelijk)
- je uiterlijke verzorging'

De antwoordcategorieën zijn: 1 = zeer tevreden, 2 = tevreden, 3 = enigszins tevreden, 4 = tevreden noch ontevreden, 5 = enigszins ontevreden, 6 = ontevreden en 7 = zeer ontevreden. Er is ook gevraagd naar de tevredenheid met de woonsituatie, maar deze vraag is buiten de schaal gelaten. Woonsituatie is een van de onafhankelijke variabelen en het ligt voor de hand dat deze variabelen samenhangen.

De zes vragen zijn gehercodeerd zodat de antwoordcategorieën nu lopen van 1 = zeer ontevreden tot 7 = zeer tevreden. De schaal score wordt bepaald door het gemiddelde te berekenen over deze vragen voor de mensen die tenminste vier van de zes vragen hebben ingevuld. Voor de score voor tevredenheid met de leefsituatie geldt dus: hoe hoger de score, hoe tevredener met de leefsituatie. De schaal heeft een Cronbachs alfa van 0,65.

Psychisch welbevinden

Het psychisch welbevinden is geoperationaliseerd met een schaal bestaande uit tien vragen. In de vragenlijst is de vraag gesteld: 'Heb je de afgelopen maand een periode gehad waarin je één van de volgende dingen hebt meegemaakt?'

- je minimaal twee weken erg depressief voelen
- je minimaal twee weken erg gespannen of angstig voelen
- je minimaal twee weken moeilijk kunnen concentreren/dingen herinneren
- hallucinaties ervaren
- moeite hebben om agressie onder controle te houden
- serieuze zelfmoordgedachten hebben gehad
- een zelfmoordpoging hebben gedaan
- medicijnen voorgeschreven hebben gekregen voor psychische klachten'

De antwoordcategorieën van deze acht vragen zijn: 0 = nee en 1 = ja. De antwoordcategorieën zijn gehercodeerd tot 0 = ja, 1 = nee. Aan deze acht vragen zijn nog twee vragen toegevoegd:

- 'In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze psychische problemen?'
- 'In hoeverre is hulp bij deze psychische problemen voor jou op dit moment belangrijk?'

De antwoordcategorieën voor de laatste twee vragen zijn: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje, 2 = nogal, 3 = tamelijk veel en 4 = erg veel. Deze laatste twee vragen zijn gedichotomiseerd door de categorieën 'helemaal niet' en 'een beetje' samen te nemen (waarde 1) en de andere drie categorieën samen te nemen (waarde 0).

De schaal score wordt bepaald door het gemiddelde te berekenen over deze vragen voor de mensen die tenminste zeven vragen hebben ingevuld. Voor de score voor psychisch welbevinden geldt dus: hoe hoger de score, hoe lager het aantal psychische klachten en hoe geringer de ernst van de klachten en dus hoe hoger het psychisch welbevinden. De schaal heeft een Cronbachs alfa van 0,79.

4.5.2 Sociale integratie

Partner

In de vragenlijst is de vraag opgenomen 'Burgerlijke staat', met de antwoordcategorieën 1 = alleenstaand, 2 = partner/samenwonend en 3 = gehuwd. Voor de dummyvariabele 'partner' zijn antwoordcategorie 2 en 3 samengevoegd tot een categorie met waarde 1, alleenstaand krijgt dan de waarde 0.

Kinderen

Voor de operationalisering van deze variabele wordt de vraag gebruikt 'Heb je kinderen?', met de antwoordmogelijkheden nee (0) of het aantal kinderen. Deze vraag is gedichotomiseerd naar wel (1)/geen (0) kinderen.

Het aantal familieleden waarmee contact is

In de vragenlijst is de vraag gesteld 'Heb je contact met je familieleden?' met de antwoordmogelijkheden ja of nee. Vervolgens is de open vraag gesteld 'Zo ja, met welke familieleden en hoe vaak?'. De antwoorden op deze open vraag zijn gekwantificeerd om op die manier de variabele *het aantal familieleden waarmee contact is* in de regressieanalyse op te kunnen nemen. Kinderen zijn daarbij ook meegeteld, om zo ondanks het ontbreken van een aparte variabele 'contact met kinderen' toch het bestaan van contact met de kinderen mee te nemen in de analyses. Het is niet mogelijk om een aparte variabele voor contact met de kinderen op te nemen, omdat daarbij het aantal missing values te groot zou zijn. Soms staat er in het antwoord alleen broers, of tantes, zonder dat daarbij een aantal wordt aangegeven. Er is dan uitgegaan van twee; het minimale aantal.

Frequentie contact familie

Ook deze variabele is geoperationaliseerd met behulp van de hierboven genoemde open vraag. Als er contact is met meerdere familieleden zijn er soms meerdere frequenties aangegeven, er is dan gekeken naar het contact met de hoogste frequentie. De antwoorden zijn ingedeeld in een aantal categorieën, de bijbehorende scores geven het aantal keer per jaar weer dat er contact is:

0 = geen contact

0 = minder dan 1x per jaar

1 = ongeveer 1 x per jaar

4 = paar keer per jaar

12 = een keer per maand

26 = een keer per twee weken

52 = een keer per week

156 = paar keer per week

365 = dagelijks

Een aantal keer is er geen exacte frequentie aangegeven, bijvoorbeeld 'af en toe' of 'regelmatig'. Deze antwoorden zijn dan ingedeeld in de categorie die het dichtst in de buurt ligt.

Goed familiecontact

Het aantal familieleden waarmee contact is en de frequentie van het contact met familie komen samen in de dummy-variabele *goed familiecontact*. Mensen die met minstens één familielid veel contact hebben of mensen die met verschillende familieleden regelmatig contact hebben scoren een 1 op deze variabele. Mensen die geen contact hebben met familie, met één familielid regelmatig contact of met meerdere familieleden af en toe contact krijgen een score 0 op deze variabele.

Woonsituatie

Deze variabele is geoperationaliseerd met de vraag 'Ben je op dit moment dak- of thuisloos?', met de antwoordcategorieën 1 = ja, 0 = nee. Deze vraag heeft betrekking op een subjectieve beoordeling en stelt vast of iemand zichzelf als dak- of thuisloos ziet.

Werk

Deze variabele is geoperationaliseerd met de volgende vraag: Welke bronnen van inkomsten had je de afgelopen maand? Vervolgens worden een aantal mogelijkheden gegeven met als eerste mogelijkheid 'loon'. De antwoordcategorieën zijn 0 = nee, 1 = ja.

Tevredenheid vrienden- en kennissenkring

In de analyse met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele zal de variabele tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring als onafhankelijke variabele worden meegenomen. Bij de variabele tevredenheid met de leefsituatie hierboven is de vraag naar de tevredenheid met verschillende aspecten van het leven al beschreven. Er is in het kader van deze vraag ook gevraagd naar de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring. Deze vraag wordt gebruikt om deze variabele te operationaliseren.

4.5.3 Contact met hulpverlening

In elke plaats is een lijst gemaakt met voorzieningen en instanties die (mede) gericht zijn op deze doelgroep, zoals bijvoorbeeld een methadonprogramma, maatschappelijk werk en een nachtopvang. Daarbij is gevraagd of de respondent daar de afgelopen maand contact mee

heeft gehad. Voor elke respondent is een totaalscore berekend voor de afgelopen maand door het aantal voorzieningen en instellingen op te tellen waarmee deze de afgelopen maand contact heeft gehad.

4.5.4 Controlevariabelen

Geslacht

De variabele geslacht is geoperationaliseerd met de vraag ‘Geslacht’, met de antwoordcategorieën 0 = man en 1 = vrouw.

Leeftijd

De variabele leeftijd is verkregen door de vraag naar de geboortedatum te hercoderen.

Harddrugsverslaving

In de vragenlijst is de vraag opgenomen: ‘Ik noem nu een aantal middelen op, zou je kunnen aangeven hoeveel dagen je die middelen de afgelopen maand hebt gebruikt?’. Voor dit onderzoek zijn de volgende middelen van belang: heroïne, methadon, cocaïne en alcohol (in grote hoeveelheden). De operationalisering van de variabelen voor middelengebruik zijn gebaseerd op de definities die INTRAVAL heeft gebruikt voor het selecteren van respondenten voor de doelgroepenanalyses. Volgens deze definitie zijn harddrugsverslaafden personen die op minimaal acht dagen per maand harddrugs en/of dagelijks methadon gebruiken. Voor de variabele harddrugsverslaving krijgen mensen de waarde 1 als ze acht dagen of meer heroïne gebruiken, en/of acht dagen of meer cocaïne, en/of dertig dagen methadon gebruiken, de anderen kregen de waarde 0.

Alcoholverslaving

Volgens de definitie van INTRAVAL zijn alcoholisten personen die dagelijks vijf glazen alcohol of meer drinken. Op basis hiervan hebben mensen die dertig dagen alcohol (in grote hoeveelheden) gebruiken op de dummyvariabele alcoholverslaving de waarde 1 gekregen, de anderen kregen de waarde 0.

4.6 Methoden voor dataverwerking en analyse

Eerst zijn de hypothesen afzonderlijk getoetst met behulp van de Pearson correlatie of een t-toets. De hypothesen zijn steeds eenzijdig getoetst met een α van 0,05 of 0,10. Vervolgens is multiple regressie-analyse toegepast. Met deze methode is het mogelijk om waarden van een afhankelijke variabele te voorspellen aan de hand van verscheidene onafhankelijke variabelen. Op deze manier kan de invloed van elke onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele worden vastgesteld, waarbij gecontroleerd wordt voor de invloed van alle overige onafhankelijke variabelen (De Vocht, 1999). Er zijn twee regressie-analyses uitgevoerd: een met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele en een met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele. Alleen de variabelen die univariaat significant samenhangen met de bewuste afhankelijke variabele zijn in de regressie-analyse opgenomen. Voor de behandeling van de missing values is gekozen voor de instelling ‘replace by mean’. Dat wil zeggen dat alle missing values worden vervangen door het gemiddelde van de betreffende variabele. Voor de analyses is gebruik gemaakt van SPSS (versie 12.0.1).

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses beschreven. Eerst wordt het databestand beschreven aan de hand van frequentieverdelingen van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Daarna worden de resultaten van de univariate analyses gegeven. De hypothesen zijn afzonderlijk getoetst met behulp van de Pearson correlatie of een t-toets. Met de variabelen die significant samenhangen met de afhankelijke variabele zijn twee multiple regressie-analyses uitgevoerd: een met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele en een met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele. De resultaten van deze regressie-analyses worden beschreven.

5.1 Beschrijvende analyses

Er wordt achtereenvolgens ingegaan op de resultaten van de beschrijvende analyses met betrekking tot de verschillende aspecten van sociale integratie, het contact met hulpverlening en de afhankelijke variabelen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Voor de laatste twee geldt dat zowel de verdeling van de schaalscores beschreven zal worden als de frequentieverdelingen van de vragen waaruit de schalen zijn opgebouwd.

5.1.1 Sociale integratie

Het grootste deel van de respondenten is alleenstaand, namelijk 81 %. 19 % heeft een partner, woont samen of is getrouwd. De helft van de respondenten heeft kinderen. 21 % geeft aan geen contact met familieleden te hebben. Voor de andere 79 % loopt het aantal familieleden waarmee contact is uiteen van 1 tot 12. Het gemiddelde aantal familieleden waarmee contact is bedraagt 2,6. Met betrekking tot de frequentie van het contact geeft een kwart aan geen contact of minder dan een keer per jaar contact met familie te hebben. Daar staat tegenover dat 21 % dagelijks contact heeft met familieleden. Ongeveer de helft heeft een keer per twee weken of vaker contact met familieleden. Het aantal missing values ligt bij deze variabele vrij hoog; er zijn 18 missing values. Dit komt doordat niet voor elke respondent de frequentie van het contact met familieleden uit het antwoord op de open vraag afgeleid kon worden. De frequentieverdeling is te zien in tabel 1.

Tabel 1. Frequentieverdeling frequentie contact familie (in %).

	n = 155
Geen contact of minder dan 1 x per jaar	25
1 x per jaar	3
Paar keer per jaar	12
1 x per maand	10
1 x per twee weken	8
1 x per week	16
Paar keer per week	4
Dagelijks	21
Totaal	100

Iets meer dan de helft van de respondenten (57 %) heeft met minstens één familielid veel contact of met meerdere familieleden regelmatig contact. 43 % van de respondenten geeft aan zichzelf als dak- of thuisloos te zien. Slechts 7 % heeft op dit moment betaald werk. Tabel 2

laat de frequentieverdeling van tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring zien. Iets meer dan de helft zegt enigszins tot zeer tevreden te zijn met zijn of haar vrienden- en kennissenkring.

Tabel 2. Frequentieverdeling tevredenheid vrienden- en kennissenkring (in %).

	N = 173
Zeer ontevreden	12
Ontevreden	21
Enigszins ontevreden	7
Tevreden noch ontevreden	9
Enigszins tevreden	10
Tevreden	29
Zeer tevreden	13
Totaal	100

5.1.2 Contact hulpverlening

Slechts 11 % van de respondenten heeft de afgelopen maand geen contact gehad met een hulpverleningsinstelling. Het gemiddelde aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest is 2,5. De frequentieverdeling is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Frequentieverdeling aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest (in %).

	n = 169
Geen	11
1 – 2	41
3 - 4	38
5 – 6	9
7 – 8	2
Totaal	100

5.1.3 Tevredenheid leefsituatie

De schaal voor tevredenheid met de leefsituatie is opgebouwd uit zes vragen. Er is gevraagd naar de tevredenheid met de leefsituatie, inkomsten, de vrienden- en kennissenkring, de lichamelijke en geestelijke gezondheid en de uiterlijke verzorging. De frequentieverdeling van tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring is hierboven al weergegeven. De frequentieverdelingen van de andere vijf vragen worden weergegeven in tabel 4. De meerderheid blijkt tevreden te zijn met de eigen uiterlijke verzorging. Ongeveer twee derde zegt enigszins tot zeer tevreden te zijn met de geestelijke gezondheid, iets meer dan de helft vindt dat van de eigen lichamelijke gezondheid. Voor de leefsituatie en de inkomsten geldt dat iets minder dan de helft van de respondent daar tevreden over is.

Tabel 4. Frequentieverdeling tevredenheid (in %).

	Leefsituatie (N = 173)	Inkomsten (n = 172)	Lichamelijke gezondheid (n = 169)	Geestelijke gezondheid (N = 173)	Uiterlijke verzorging (N = 173)
Zeer ontevreden	21	20	10	8	1
Ontevreden	19	19	18	14	8
Enigszins ontevreden	4	8	9	9	6
Tevreden noch ontevreden	9	7	8	6	9
Enigszins tevreden	15	12	14	10	9
Tevreden	23	24	27	31	46
Zeer tevreden	10	10	16	23	22
Totaal	100	100	100	100	100

De schaalscore voor tevredenheid met de leefsituatie wordt bepaald door het gemiddelde te berekenen over de zes vragen voor de mensen die tenminste vier van de zes vragen hebben ingevuld. De schaalscores lopen uiteen van 1,00 tot 6,83. De gemiddelde score voor tevredenheid met de leefsituatie is 4,42. Dat wil zeggen dat de respondenten gemiddeld tevreden noch ontevreden zijn met hun leefsituatie.

5.1.4 Psychisch welbevinden

De schaal voor psychisch welbevinden bestaat uit tien vragen. Acht vragen hebben betrekking op de vraag of verschillende psychische problemen zich de afgelopen maand hebben voorgedaan. Twee vragen hebben betrekking op de ernst van deze psychische problemen en de behoefte aan hulp bij deze psychische problemen. De frequentieverdelingen van deze tien vragen worden getoond in tabel 5.

Tabel 5. Frequentieverdeling psychisch welbevinden (in %).

	Ja	Nee	N
Minimaal twee weken erg depressief	30	70	169
Minimaal twee weken erg gespannen of angstig	32	69	168
Minimaal twee weken moeilijk concentreren/moeilijk dingen herinneren	38	62	168
Hallucinaties ervaren	7	93	165
Moeite hebben agressie onder controle te houden	25	75	169
Serieuze zelfmoordgedachten hebben	14	87	163
Zelfmoordpoging	2	98	164
Medicijnen psychische klachten	30	70	168
Nogal tot erg veel last psychische problemen	48	52	167
Hulp bij psychische problemen nogal tot erg belangrijk	37	63	164

Iets minder dan een derde van de respondenten heeft zich de afgelopen maand minimaal twee weken erg depressief gevoeld. Eveneens iets minder dan een derde heeft zich minimaal twee weken erg gespannen of angstig gevoeld. 38 % Heeft zich minimaal twee weken moeilijk kunnen concentreren of moeilijk dingen kunnen herinneren. Hallucinaties ervaren komt veel minder voor: slechts 7 % had daar de afgelopen maand last van. Ongeveer een kwart van de respondenten heeft de afgelopen maand moeite gehad om agressie onder controle te houden. 14 % Had de afgelopen maand serieuze zelfmoordgedachten, 2 % deed een zelfmoordpoging. Iets minder dan een derde kreeg de afgelopen maand medicijnen voorgeschreven voor psychische klachten. Bijna de helft van de respondenten geeft aan de afgelopen maand nogal tot erg veel last te hebben gehad van deze psychische problemen. 37 % Noemt hulp bij deze psychische problemen op dit moment nogal tot erg belangrijk.

De schaalscore voor psychisch welbevinden wordt bepaald door het gemiddelde te berekenen over deze tien vragen voor de mensen die tenminste zeven vragen hebben ingevuld. De schaalscores lopen uiteen van 0,00 tot 1,00. De gemiddelde score voor psychisch welbevinden is 0,74.

5.2 Univariante analyses

De hypothesen zijn eerst afzonderlijk getoetst met behulp van univariante analyses. Eerst zullen de resultaten besproken worden van de analyses van de samenhang tussen verschillende aspecten van sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Daarna zullen achtereenvolgens de resultaten besproken worden van de analyses van de samenhang tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden, de samenhang tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en informele sociale relaties, de samenhang tussen de mate van contact met hulpverlening en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden en de samenhang tussen de verschillende achtergrondkenmerken en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden.

5.2.1 Sociale integratie en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden

Partner

Mensen met een partner scoren gemiddeld 4,63 op tevredenheid met de leefsituatie, mensen zonder partner 4,39. Toepassing van de t-toets laat zien dat het verschil niet significant is ($t(170) = -1,04$, $p = 0,15$). Mensen met een partner scoren gemiddeld 0,77 op psychisch welbevinden, mensen zonder partner 0,74. De t-toets laat zien dat ook nu het verschil niet significant is ($t(165) = -0,64$, $p = 0,26$).

Kinderen

Mensen met kinderen scoren gemiddeld 4,34 op tevredenheid met de leefsituatie, mensen zonder kinderen 4,49. Het verschil is niet significant ($t(170) = 0,78$, $p = 0,22$). Mensen met kinderen scoren gemiddeld op psychisch welbevinden 0,76, mensen zonder kinderen 0,72. Ook dit verschil is niet significant ($t(165) = -1,05$, $p = 0,15$).

Het aantal familieleden waarmee contact is

Tussen het aantal familieleden waarmee contact is en tevredenheid met de leefsituatie bestaat een correlatie van 0,12 ($p < 0,10$). Met psychisch welbevinden is een correlatie gevonden van 0,10 ($p = 0,10$). Het gaat in beide gevallen niet om een sterke samenhang, maar het verband is wel significant voor een α van 0,10 en in de verwachte richting.

Frequentie contact familie

De correlatie van frequentie van contact met familie met tevredenheid met de leefsituatie is 0,11 ($p < 0,10$). Er geldt dus: hoe vaker contact met familieleden, hoe groter de tevredenheid met de leefsituatie. Er bestaat geen significant verband met psychisch welbevinden.

Goed familiecontact

Mensen die met minstens één familielid veel contact hebben of mensen die met verschillende familieleden regelmatig contact hebben scoren gemiddeld 4,57 op tevredenheid met de leefsituatie, mensen die dit niet hebben scoren 4,27. De t-toets geeft een eenzijdige overschrijdingskans van 0,05 ($t(170) = -1,63$). Het verschil is dus significant. De groepen scoren op psychisch welbevinden beide gelijk; 0,74.

Dak- of thuisloosheid

Mensen die zelf aangeven dat ze op dit moment dak- of thuisloos zijn scoren gemiddeld op tevredenheid met de leefsituatie 3,99, de anderen scoren gemiddeld 4,69. Het verschil in tevredenheid met de leefsituatie is significant ($t(166) = 3,93$, $p = 0,00$). Mensen die zichzelf als dak- of thuisloos beschouwen zijn dus minder tevreden met hun leefsituatie. Mensen die

zelf aangeven dat ze op dit moment dak- of thuisloos zijn scoren gemiddeld 0,73 op psychisch welbevinden, de anderen scoren gemiddeld 0,75. Dit verschil is niet significant ($t(162) = 0,56, p = 0,29$).

Werk

Mensen zonder werk scoren op tevredenheid met de leefsituatie gemiddeld 4,36, mensen met werk 5,29. Mensen met werk scoren significant hoger dan mensen zonder werk op tevredenheid met de leefsituatie ($t(171) = -2,62, p = 0,01$). Mensen met werk scoren op psychisch welbevinden gemiddeld 0,74, mensen met werk 0,82. Dit verschil is niet significant ($t(166) = -1,06, p = 0,14$).

Tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring

Er bestaat een significante positieve correlatie tussen tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en psychisch welbevinden van 0,21 ($p < 0,01$). Er geldt dus: hoe hoger de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring, hoe hoger het psychisch welbevinden.

Tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden

De correlatie tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden is 0,47 ($p < 0,01$). Er bestaat dus een significant positief verband tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden.

5.2.2 Contact hulpverlening

Het aantal familieleden waarmee contact is

Er bestaat een significante positieve correlatie tussen het aantal familieleden waarmee contact is en het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest van 0,17 ($p < 0,05$). Er werd juist een negatieve samenhang verwacht.

Frequentie contact familie

Er is geen significante samenhang gevonden tussen frequentie van contact met familie en het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest.

Tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring

Er is een significante negatieve correlatie van $-0,14$ ($p < 0,05$) gevonden tussen tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest. Deze samenhang is wel in de verwachte richting.

De correlatie tussen het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest en psychisch welbevinden is $-0,15$ ($p < 0,05$). Dat wil zeggen: Hoe groter het aantal contacten met hulpverleningsinstellingen, hoe lager het psychisch welbevinden. Er is geen significant verband gevonden met tevredenheid met de leefsituatie.

5.2.3 Achtergrondkenmerken en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden

Geslacht

Vrouwen scoren gemiddeld 3,99 op tevredenheid met de leefsituatie, mannen 4,52. Toepassing van de t-toets laat zien dat het verschil significant is ($t(171) = 2,18, p = 0,016$). Vrouwen scoren gemiddeld op psychisch welbevinden 0,60, mannen 0,77. Ook dit verschil is significant ($t(166) = 3,62, p = 0,00$). Vrouwen zijn dus minder tevreden met hun leefsituatie dan mannen en hebben een lager psychisch welbevinden.

Leeftijd

Er bestaat tussen leeftijd en psychisch welbevinden een correlatie van 0,20 ($p < 0,01$). Er geldt dus: hoe ouder, hoe hoger het psychisch welbevinden. Er is geen significante samenhang gevonden tussen leeftijd en psychisch welbevinden.

Harddrugsverslaving

Mensen met een harddrugsverslaving scoren gemiddeld 4,35 op tevredenheid met de leefsituatie, de anderen 4,54. Dit verschil is niet significant ($t(171) = 1,02$, $p = 0,15$). Mensen met een harddrugsverslaving scoren gemiddeld 0,72 voor psychisch welbevinden, de anderen 0,77. Dit verschil is wel significant ($t(166) = 1,33$, $p = 0,09$). Mensen met een harddrugsverslaving hebben een lager psychisch welbevinden dan mensen zonder harddrugsverslaving.

Alcoholverslaving

Mensen met een alcoholverslaving scoren gemiddeld voor tevredenheid met de leefsituatie 4,16, de anderen scoren 4,52. Dit verschil is significant ($t(171) = 1,69$, $p = 0,05$). Mensen met een alcoholverslaving scoren gemiddeld 0,68 voor psychisch welbevinden, de anderen 0,76. Ook dit verschil is significant ($t(166) = 1,94$, $p = 0,027$). Mensen met een alcoholverslaving zijn minder tevreden met hun leefsituatie en hebben een lager psychisch welbevinden.

5.2.4 Overzicht van de resultaten

Vervolgens zijn twee multiple regressie-analyses uitgevoerd: een met tevredenheid met de leefsituatie en een met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele. In deze analyses zijn alleen de variabelen meegenomen die univariaat significant samenhangen met de bewuste afhankelijke variabele. In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de resultaten van de univariate analyses die betrekking hebben op de samenhang met tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden.

Tabel 6. Overzicht resultaten univariate analyses samenhang met tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden.

	Tevredenheid leefsituatie	Psychisch welbevinden
Partner	ns	ns
Kinderen	ns	ns
Aantal familieleden waarmee contact is	*	*
Frequentie contact familie	*	ns
Goed familiecontact	*	ns
Dak- of thuisloosheid	**	ns
Werk	**	ns
Tevredenheid vrienden- en kennissenkring	-	**
Contact hulpverlening	ns	**
Geslacht	**	**
Leeftijd	ns	**
Harddrugsverslaving	ns	*
Alcoholverslaving	**	**

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$

Aan de hand van de resultaten van de univariate analyses kunnen al een aantal hypothesen (gedeeltelijk) worden verworpen of bevestigd. Wat de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie betreft kan het volgende worden gezegd. Mensen met een partner en mensen met kinderen zijn in tegenstelling tot wat werd verwacht niet tevredener met hun leefsituatie en hebben geen hoger psychisch welbevinden dan mensen zonder partner of mensen zonder kinderen. De frequentie van het contact met familie, goed familiecontact, dak- of thuisloosheid en het hebben van werk hangen niet significant samen met psychisch welbevinden, terwijl een positieve samenhang verwacht werd. De mate van contact met hulpverleningsinstellingen, leeftijd en harddrugsverslaving hangen in tegenstelling tot wat werd verwacht niet significant samen met tevredenheid met de leefsituatie. Zoals verwacht bestaat er een positieve samenhang tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden.

Met betrekking tot het contact met hulpverlening is de verwachting dat de frequentie van het contact met familie negatief samenhangt met de mate van het contact met hulpverleningsinstellingen niet bevestigd. De hypothese over een negatieve samenhang tussen tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring werd wel bevestigd door de resultaten van de univariate analyse. Er werd eveneens een negatieve samenhang verwacht tussen het aantal familieleden waarmee contact is en de mate van contact met hulpverleningsinstellingen. Er is juist een positieve samenhang gevonden tussen beide variabelen. In tegenstelling tot wat werd verwacht werd geen samenhang gevonden tussen het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de laatste maand contact is geweest en tevredenheid met de leefsituatie.

5.3 Multivariate analyses

Zoals al eerder gezegd zijn twee regressie-analyses uitgevoerd. Een met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele en een met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele. In deze analyses zijn alleen de variabelen meegenomen die univariaat significant samenhangen met de afhankelijke variabele (zie tabel 6). De resultaten van deze analyses worden nu beschreven.

5.3.1 Tevredenheid met de leefsituatie

De resultaten van de regressie-analyse met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Resultaten regressie-analyse met tevredenheid met de leefsituatie als afhankelijke variabele (N = 173).

	β
Aantal familieleden waarmee contact is	0,07
Frequentie contact familie	0,06
Goed familiecontact	0,01
Dak- of thuisloosheid	-0,33**
Werk	0,13**
Geslacht (1 = vrouw)	-0,22**
Alcoholverslaving	-0,15**

$R^2 = 0,16$

** $p < 0,05$

Het percentage verklaarde variantie is 16 %. Nu gecontroleerd wordt voor de samenhang met andere onafhankelijke variabelen verdwijnt het significante verband met aantal familieleden waarmee contact is, frequentie contact familie en goed familiecontact. De significante samenhangen met dak- of thuisloosheid, werk, geslacht en alcoholverslaving blijven ook in de multivariate analyse standhouden. Mensen die zichzelf als dak- of thuisloos beschouwen zijn minder tevreden met hun leefsituatie. Ditzelfde geldt ook voor mensen zonder werk, vrouwen en mensen met een alcoholverslaving. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) laten zien dat de samenhang met dak- of thuisloosheid het sterkst is. Daarna volgt de samenhang met geslacht. De samenhangen met werk en alcoholverslaving zijn het minst sterk en qua grootte ongeveer vergelijkbaar.

5.3.2 Psychisch welbevinden

De resultaten van de regressie-analyse met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele zijn te zien in tabel 8.

Tabel 8. Resultaten regressie-analyse met psychisch welbevinden als afhankelijke variabele (N = 173).

	β
Aantal familieleden waarmee contact is	0,12**
Contact hulpverlening	-0,14**
Tevredenheid vrienden- en kennissenkring	0,14**
Geslacht (1 = vrouw)	-0,28**
Leeftijd	0,17**
Harddrugsverslaving	-0,08
Alcoholverslaving	-0,15**

$R^2 = 0,17$

** $p < 0,05$

Het percentage verklaarde variantie is in dit geval 17 %. Alleen het significante verband met harddrugsverslaving verdwijnt, nu gecontroleerd wordt voor de samenhang met andere onafhankelijke variabelen. Aantal familieleden waarmee contact is, mate van contact met hulpverleningsinstellingen, tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring, geslacht, leeftijd en alcoholverslaving hangen ook in de multivariate analyse nog steeds significant samen met psychisch welbevinden. Hoe groter het aantal familieleden waarmee contact is, hoe beter het psychisch welbevinden. Ook geldt hoe groter de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring, hoe hoger het psychisch welbevinden en hoe ouder, hoe hoger het psychisch welbevinden. Vrouwen en mensen met een alcoholverslaving hebben juist een lager psychisch welbevinden en hoe groter het aantal contacten met hulpverleningsinstellingen de afgelopen maand, hoe lager het psychisch welbevinden. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten laten zien dat de samenhang met geslacht het sterkst is. Daarna volgt de samenhang met leeftijd. De samenhang met het aantal familieleden waarmee contact is, is het zwakst. De samenhangen met contact hulpverlening, tevredenheid vrienden- en kennissenkring zitten daar tussenin en ontlopen elkaar qua grootte niet veel.

5.3.3 Overzicht resultaten

Uit de univariate analyses kwam een positieve samenhang naar voren tussen het aantal familieleden waarmee contact is, frequentie van contact met familie en goed familiecontact en tevredenheid met de leefsituatie. Dat was ook wat werd verwacht op basis van eerder onderzoek en theorie. Als in de regressie-analyse echter wordt gecontroleerd voor de

samenhang met andere onafhankelijke variabelen is er geen significante samenhang meer. Met betrekking tot tevredenheid met de leefsituatie werden de hypothesen over de samenhang met dak- en thuisloosheid en het hebben van werk wel bevestigd. Mensen die zelf aangeven dak- of thuisloos te zijn en mensen zonder werk zijn minder tevreden met hun leefsituatie. Deze samenhang blijft bestaan als gecontroleerd wordt voor de samenhang met andere variabelen.

Met betrekking tot psychisch welbevinden worden de hypothesen over samenhang met aantal familieleden waarmee contact is, mate van contact met hulpverlening en tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring bevestigd. Er bestaat een positieve samenhang tussen het aantal familieleden waarmee contact is en de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en psychisch welbevinden. Er bestaat juist een negatieve samenhang tussen de mate van contact met hulpverlening en psychisch welbevinden. Deze samenhangen blijven dus bestaan ook als gecontroleerd wordt voor de samenhang met andere variabelen.

6. Conclusie

In dit laatste hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de drie onderzoeksvragen. Daarbij wordt aangegeven wat de overeenkomsten en verschillen zijn met de resultaten van eerder onderzoek en op welke manier de eerder beschreven theorieën hierbij een rol spelen. Verder wordt ingegaan op de sterke en zwakke punten van het onderzoek en worden een aantal beleidsaanbevelingen en aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

6.1 Inleiding

Uit verschillende onderzoeken naar tevredenheid met het leven en (psychische) gezondheid komt een belangrijke samenhang naar voren met sociale integratie. Mensen die minder sociaal geïntegreerd zijn, zijn minder gezond, zowel fysiek als geestelijk, en lopen een grotere kans (vroegtijdig) te overlijden (zie o.a. House et al., 1988; Putnam, 2000; Seeman, 1996). Talloze studies tonen ook het verband tussen sociale relaties en tevredenheid met het leven of geluk. Sociale relaties hebben een sterke invloed op geluk en andere aspecten van welbevinden en zijn misschien wel de belangrijkste voorspeller van geluk en welbevinden (zie o.a. Argyle, 1999, 2001; Myers, 1999; Putnam, 2000).

Dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden vormen een groep die per definitie minder sociaal geïntegreerd is. Dat maakt het wetenschappelijk interessant om te onderzoeken of ook bij deze groep het verband tussen sociale integratie en tevredenheid met het leven en (psychische) gezondheid bestaat. In het buitenland, met name in de Verenigde Staten, is bij daklozen en drugsgebruikers onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven en de (psychische) gezondheid en de factoren die daarop van invloed zijn. Daarbij is ook aandacht besteed aan het effect van sociale integratie en sociale steun (LaGory et al., 2000; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003; Rossow & Lauritzen, 1999). Er werd een negatieve samenhang gevonden tussen sociale integratie en pogingen tot zelfmoord (Rossow & Lauritzen, 1999). Een hogere mate van sociale steun bleek vaak samen te hangen met minder depressieve symptomen en een grotere tevredenheid met het leven (o.a. LaGory et al., 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003). In Nederland is wel onderzoek gedaan naar de sociale relaties en het psychisch welbevinden van daklozen en drugsverslaafden (o.a. Bieleman, Biesma, Jetzes, et al., 2002; De Bruin et al., 2003; Van Doorn, 2002; Lempens et al., 2004), maar de samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden is voor dak- en thuislozen en drugs- en alcoholverslaafden nog niet eerder onderzocht.

De doelstelling van dit onderzoek is om het verband te onderzoeken tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen, zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. De vraagstelling is als volgt geformuleerd:

Bestaat er een positieve samenhang tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden?

Zoals gezegd gaat het bij dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden om een groep die per definitie slecht geïntegreerd is. Tegelijkertijd gaat het om een groep die

relatief veel contact heeft met verschillende vormen van hulpverlening. Uit Nederlands kwalitatief onderzoek (Van Doorn, 2002) is gebleken dat daklozen in de hulpverleningsrelatie met name die aspecten verwachten aan te treffen die horen bij een vriendschapsrelatie. Van Doorn geeft aan dat een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de daklozen in de hulpverlening zoeken naar wat ontbreekt in hun sociale netwerk. Daarom is de volgende aanvullende onderzoeksvraag gesteld:

In hoeverre vormen de formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen een vervanging voor informele sociale relaties?

Vervolgens is dan ook de vraag van belang wat de samenhang is tussen het contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden. Dat leidt tot een tweede aanvullende onderzoeksvraag:

Wat is de samenhang tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van data die zijn verzameld door onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL. De data zijn verzameld in het kader van doelgroepenanalyses in Apeldoorn, Deventer, Zutphen en de Friese Wouden. Deze vier afzonderlijke databestanden zijn samengevoegd tot één databestand dat 173 respondenten omvat. Met behulp van dit bestand is geprobeerd de vraagstelling en de twee aanvullende onderzoeksvragen te beantwoorden.

6.2 Beantwoording onderzoeksvragen

6.2.1 Sociale integratie en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden

De vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek is: *Bestaat er een positieve samenhang tussen de mate van sociale integratie en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden?* Voor beide afhankelijke variabelen is de samenhang met verschillende aspecten van sociale integratie onderzocht. De resultaten verschillen voor tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden en worden daarom apart besproken.

Tevredenheid leefsituatie

Er bestaat een verband tussen dak- en thuisloosheid en het hebben van werk en tevredenheid met de leefsituatie. Mensen die zichzelf als dak- of thuisloos beschouwen zijn minder tevreden met hun leefsituatie dan mensen die niet dak- of thuisloos zijn. Mensen zonder werk zijn minder tevreden met hun leefsituatie dan mensen met werk. Deze samenhangen blijven bestaan, ook als gecontroleerd wordt voor de samenhang met andere factoren. Onderzoek onder de bevolking als geheel laat ook zien dat mensen zonder werk minder tevreden zijn dan mensen die werken (o.a. Argyle, 1999; Inglehart, 1990). Lam en Rosenheck (2000) vonden aan het begin van hun onderzoek naar daklozen geen samenhang tussen het aantal dagen dakloos geweest zijn de afgelopen zestig dagen en het hebben van werk en kwaliteit van leven. Maar na een jaar hing verbetering in kwaliteit van leven wel samen met minder dagen dakloos zijn en het hebben van werk.

De variabelen die het contact met familie betreffen hangen univariaat wel samen met tevredenheid met de leefsituatie, maar niet als gecontroleerd wordt voor de samenhang met

achtergrondkenmerken en andere aspecten van sociale integratie. De positieve samenhang die leek te bestaan moet dus toegeschreven worden aan andere factoren. De tevredenheid met de leefsituatie hangt dus niet samen met de mate van contact met familie voor deze groep van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. Uit onderzoek naar de bevolking als geheel bleek wel een positieve samenhang tussen de frequentie van het contact met familie en het aantal familieleden waarmee contact is en tevredenheid met het leven (o.a. Veenhoven, 1994; White, 1979). Ook in eerder onderzoek naar daklozen kwam een positieve samenhang naar voren tussen sociale relaties en tevredenheid met de leefsituatie (LaGory et al., 2001; Lam & Rosenheck, 2000). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de genoemde onderzoeken niet geheel vergelijkbaar zijn met het onderzoek in deze scriptie, omdat het in deze scriptie gaat om een groep bestaande uit dak- en thuislozen en drugs- en alcoholverslaafden. Een ander belangrijk verschil is dat het in de genoemde onderzoeken naar daklozen ging om de samenhang met sociale steun. Het zou kunnen dat voor deze groep de kwalitatieve aspecten van sociale relaties (sociale steun) belangrijker zijn voor de tevredenheid met de leefsituatie dan alleen het hebben van sociale relaties (sociale integratie).

Er is in zowel de univariate als de multivariate analyses geen samenhang gevonden tussen het hebben van kinderen of een partner en tevredenheid met de leefsituatie. Resultaten van onderzoek onder de bevolking als geheel laten een sterke positieve samenhang zien met het hebben van een partner (o.a. Inglehart, 1990; Nock, 1995) en een zwakkere positieve samenhang met het hebben van kinderen (Veenhoven, 1994). Wat het hebben van een partner betreft is uit eerder onderzoek gebleken dat de kwaliteit van de relatie een belangrijke rol speelt (Russell & Wells, 1994). Uit de beschrijving van partnerrelaties van daklozen en drugsverslaafden (Van Doorn, 2002; Neale, 2002) bleek dat het erg moeilijk is om op straat, of als er sprake is van drugsverslaving, een kwalitatief goede partnerrelatie te onderhouden. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van bestaande data waarin geen informatie was opgenomen over de kwaliteit van de partnerrelatie. Dit aspect kon dus niet in dit onderzoek worden meegenomen en dat verklaart misschien dat er geen effect gevonden is.

Wat het hebben van kinderen betreft geldt dat er ook sprake is van de beperking van het gebruiken van bestaande data. Er kon niet worden achterhaald of er contact is met de kinderen. Uit kwalitatieve onderzoeken naar sociale relaties van daklozen en drugsverslaafden kwam naar voren dat een aanzienlijk deel geen contact meer had met de kinderen of in ieder geval niet meer met hun samenleefde. Zowel mannen als vrouwen gaven aan hier erg onder te lijden (Van Doorn, 2002; Neale, 2002). Het hebben van kinderen zou in dat geval ook negatief kunnen samenhangen met tevredenheid met de leefsituatie. Omdat hier geen onderscheid kon worden gemaakt tussen mensen die wel en mensen die niet regelmatig contact met hun kinderen hebben zou het kunnen dat de positieve en negatieve samenhang elkaar opheffen.

Psychisch welbevinden

In dit onderzoek is voor een groep van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden een positieve samenhang gevonden tussen het aantal familieleden waarmee contact is en tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en het psychisch welbevinden. Deze samenhangen blijven bestaan als gecontroleerd wordt voor de samenhang met achtergrondkenmerken. Deze positieve samenhangen komen overeen met de resultaten van onderzoek naar de bevolking als geheel (Kessler & MacLeod, 1985; Seeman, 1996). De gevonden positieve samenhangen komen ook overeen met de resultaten van ander onderzoek naar de doelgroep van het onderzoek in deze scriptie. In onderzoek naar drugsverslaafden en daklozen werd een positieve samenhang gevonden met sociale steun (LaGory et al., 2001;

Mizuno et al., 2003). Er werd een negatieve samenhang gevonden tussen het hebben van sociale relaties en het hebben gedaan van een zelfmoordpoging (Rossow & Lauritzen, 1999).

Er is in de univariate en multivariate analyses geen samenhang gevonden met het hebben van kinderen, het hebben van een partner, de frequentie van het contact met familie en goed familiecontact, het hebben van werk en dak- of thuisloosheid. Dit komt niet overeen met de resultaten van onderzoek naar de bevolking als geheel (Biegel et al., 1985; Argyle, 2001). Rossow en Lauritzen (1999) vonden voor drugsverslaafden eveneens geen samenhang tussen dakloosheid en het hebben gedaan van een zelfmoordpoging. Zij vonden wel een negatieve samenhang tussen het hebben van werk en het hebben gedaan van een zelfmoordpoging. Dit is echter slechts één aspect van psychisch welbevinden in de in deze scriptie gebruikte schaal. Een andere verklaring voor het verschil in bevindingen zou kunnen zijn dat Rossow en Lauritzen onderzoek deden naar drugsverslaafden, terwijl het in deze scriptie gaat om een groep van dak- en thuislozen en drugs- en alcoholverslaafden. Voor het niet vinden van een positieve samenhang met het hebben van een partner en kinderen zou dezelfde verklaring kunnen gelden als hierboven gegeven bij tevredenheid met de leefsituatie. De kwaliteit van de partnerrelaties en hebben van contact met de kinderen zijn van belang en kunnen niet vastgesteld worden. Blijkbaar is de frequentie van het contact met familie minder belangrijk dan het aantal familieleden waarmee contact is voor het psychisch welbevinden van deze groep.

Conclusie

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat voor deze groep van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden bij tevredenheid met de leefsituatie blijkbaar andere factoren een rol spelen dan bij psychisch welbevinden. Bij tevredenheid met de leefsituatie bestaat een positieve samenhang met het hebben van werk en niet dak- of thuisloos zijn. Bij psychisch welbevinden bestaat een positieve samenhang met het aantal familieleden waarmee contact is en tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring. Lin en Ensel (1999) onderscheiden drie lagen van sociale relaties. Deze lagen omvatten de meest intieme relaties (bijvoorbeeld de partnerrelatie), iets verder naar buiten sociale netwerken (bijvoorbeeld banden met goede vrienden en familieleden) en tenslotte 'zwakke' banden die betrekking hebben op lidmaatschap van gemeenschaps-, vrijwilligers- en religieuze organisaties. Deze laatste soort relaties houdt niet noodzakelijkerwijs intense persoonlijke relaties in. Niettemin bieden ze een gevoel van erbij horen en een algemene sociale identiteit. De drie lagen van sociale relaties zijn door Lin en Ensel (1999) beschreven als het 'belongingness-bonding-binding' continuüm. Bij tevredenheid met de leefsituatie lijkt het bij deze groep meer te gaan om 'belongingness': integratie in de maatschappij, terwijl het bij psychisch welbevinden meer gaat om persoonlijke relaties: 'bonding' en 'binding'. In termen van de sociaal-emotionele behoeften die De Vos (2003) onderscheidt gaat het bij tevredenheid met de leefsituatie meer om erbij horen in de samenleving, terwijl het bij psychisch welbevinden meer gaat om het erbij horen in persoonlijke relaties.

Opvallend is dat de vrouwen uit de doelgroep minder tevreden zijn met hun leefsituatie en ook een lager psychisch welbevinden hebben dan mannen. Dit verschil blijft bestaan als gecontroleerd wordt voor de samenhang met verschillende andere factoren. Uit onderzoek naar de bevolking als geheel is gebleken dat vrouwen lager scoren op psychisch welbevinden dan mannen, maar hoger op tevredenheid met de leefsituatie (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999; Wood et al., 1989). Dat laatste komt dus niet overeen met het hier gevonden resultaat. De onderzoeken naar de doelgroep van dit onderzoek laten een gemengd beeld zien. Rossow en Lauritzen (1999) vonden bij drugsverslaafden dat vrouwen vaker een zelfmoordpoging

hadden gedaan dan mannen. LaGory et al. (2001) vonden dat vrouwen tevredener met het leven waren dan mannen. Uit andere onderzoeken naar daklozen en drugsverslaafden bleek geen samenhang tussen geslacht en depressieve symptomen en tevredenheid met het leven (Lam & Rosenheck, 2000; Mizuno et al., 2003).

De samenhang tussen de beide afhankelijke variabelen is ook getoetst. Er bestaat een positieve samenhang tussen tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden. Er geldt dus: hoe tevredener met de leefsituatie, hoe hoger het psychisch welbevinden. Dit komt overeen met de resultaten van onderzoek naar de bevolking als geheel. In die onderzoeken werd een negatieve samenhang gevonden tussen depressie en tevredenheid met het leven (Lewinsohn et al., 1991; Veenhoven, 1994) en tussen angst en tevredenheid met het leven (Headey & Wearing, 1992).

6.2.2 Contact hulpverlening en informele sociale relaties

De twee onderzoeksvraag is: *In hoeverre vormen de formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen een vervanging voor informele sociale relaties?* Op deze vraag kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Uit de resultaten van de analyses komt naar voren dat aan de ene kant formele sociale relaties met hulpverleningsinstellingen samengaan met minder informele sociale relaties, terwijl aan de andere kant meer contact met hulpverleningsinstellingen samengaat met meer informele sociale relaties. Hoe lager de tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring, hoe groter het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest. Maar ook geldt: hoe groter het aantal familieleden waarmee contact is, hoe groter het aantal hulpverleningsinstellingen waarmee de afgelopen maand contact is geweest. Er is geen samenhang gevonden tussen de frequentie van het contact met familie en de mate van contact met hulpverleningsinstellingen.

Deze resultaten zouden erop kunnen wijzen dat hulpverlening een vorm van compensatie is voor een gebrek aan bevredigende relaties met vrienden en kennissen. Familieleden stimuleren misschien juist om hulp te zoeken als er sprake is van problemen. Een andere mogelijke verklaring is dat mensen die beter in staat zijn tot contact zowel meer contact hebben met hulpverlening als met familie. Dan is wel de vraag hoe de lagere tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring van deze groep verklaard moet worden. Het zou kunnen dat mensen die beter in staat zijn tot sociale contacten ook hogere eisen stellen aan deze contacten en daarom minder tevreden zijn.

6.2.3 Contact hulpverlening en tevredenheid leefsituatie en psychisch welbevinden

De derde onderzoeksvraag is: *Wat is de samenhang tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden?* Er is geen samenhang gevonden tussen de mate van contact met hulpverleningsinstellingen en tevredenheid met de leefsituatie. Er is wel een negatieve samenhang gevonden met psychisch welbevinden. Deze samenhang blijft bestaan als gecontroleerd wordt voor de samenhang met aspecten van sociale integratie en achtergrondkenmerken.

Een eerste mogelijke verklaring is dat het hier gaat om cross-sectioneel onderzoek, wat wil zeggen dat beide variabelen, contact met hulpverlening en psychisch welbevinden, op hetzelfde moment gemeten zijn. Het ligt voor de hand dat contact wordt gezocht met hulpverlening als het niet goed gaat. Dat zou de gevonden negatieve samenhang kunnen verklaren. Een andere, meer inhoudelijke, verklaring is de volgende. Bij de beantwoording

van de tweede onderzoeksvraag is gebleken dat hulpverlening deels een vervanging zou kunnen zijn voor contacten met vrienden en kennissen. Uit het kwalitatieve onderzoek van Van Doorn (2002) is gebleken dat het contact met hulpverleningsinstellingen geen gelijkwaardige vervanging kan vormen van informele sociale relaties. Dat zou een verklaring kunnen zijn voor de gevonden negatieve samenhang tussen mate van contact met hulpverleningsinstellingen en psychisch welbevinden.

6.3 Beperkingen

De samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden is voor de bevolking als geheel vaak onderwerp van onderzoek geweest. In deze scriptie is deze samenhang onderzocht voor een specifieke doelgroep, namelijk dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden. In Nederland is voor zover bekend nog niet eerder onderzoek gedaan naar bovengenoemde samenhang bij deze groep. Dat maakt het tot een wetenschappelijk interessant onderwerp. Het onderzoek heeft ook een maatschappelijk belang, omdat het informatie biedt over het subjectieve welbevinden van dak- en thuislozen, harddrugs- en alcoholverslaafden en de mate waarin sociale integratie daarmee samenhangt. Dit kan aanknopingspunten bieden voor beleid om het welbevinden van deze groep te bevorderen.

Als sterke punten van dit onderzoek kunnen verder, naast de hierboven beschreven wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie, de uitgebreide interviews genoemd worden met behulp waarvan de data verzameld zijn, de geringe nonrespons en het toepassen van multivariate analyses, waardoor gecontroleerd kon worden voor de samenhang met achtergrondkenmerken en andere onafhankelijke variabelen.

Er zijn echter ook een aantal beperkingen die een rol spelen. Ten eerste is bij dit onderzoek gebruikgemaakt van bestaande data. De vragenlijst die gebruikt is voor het verzamelen van deze data had als doel informatie te verzamelen over verschillende aspecten van het leven van de doelgroep en is dus niet specifiek ontworpen voor het doel van dit onderzoek. Daarom is het moeilijker de verschillende aspecten van sociale integratie goed te operationaliseren. Soms ontbrak belangrijke informatie, zoals bijvoorbeeld hierboven al is genoemd met betrekking tot de kwaliteit van de partnerrelatie en het contact met de kinderen. Het had ook interessant kunnen zijn om de samenhang met sociale steun in het onderzoek te betrekken, maar ook hiervoor was te weinig informatie beschikbaar.

Een tweede belangrijke beperking is dat het hier gaat om cross-sectioneel onderzoek. Daardoor is het niet mogelijk de richting van de causale relatie te bepalen. Het blijft zo de vraag of sociale integratie tot een grotere tevredenheid met de leefsituatie en meer psychisch welbevinden leidt of dat sociale integratie een gevolg is van tevreden zijn met de leefsituatie en psychisch welbevinden. De onduidelijkheid over de richting van de causale relatie geldt ook voor de twee aanvullende onderzoeksvragen over het contact met hulpverlening.

Wat de representativiteit betreft kan worden gezegd dat er in dit geval niet sprake was van een aselechte steekproef, maar dat is bij deze doelgroep praktisch gezien ook niet mogelijk. Door gebruikmaking van verschillende methoden is echter geprobeerd een zo goed mogelijke dwarsdoorsnede van de onderzoekspopulatie te verkrijgen. De gevonden resultaten kunnen dus als representatief worden gezien voor dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden in de onderzochte gebieden. De resultaten kunnen echter niet zonder meer

worden gegeneraliseerd voor deze groep in heel Nederland, omdat het onderzoek is uitgevoerd in een beperkt gebied en buiten de Randstad.

6.4 Aanbevelingen

6.4.1 Beleidsaanbevelingen

Er is in dit onderzoek een positieve samenhang gevonden tussen het hebben van werk en het niet dak- of thuisloos zijn en tevredenheid met de leefsituatie. Dit pleit ervoor de reïntegratietrajecten die gericht zijn op werk en wonen voort te zetten en wellicht uit te breiden. Verder is een positieve samenhang gevonden tussen het aantal familieleden waarmee contact is en tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring en psychisch welbevinden. Een manier om het psychisch welbevinden van deze groep te verbeteren zou kunnen zijn om via de hulpverlening het contact met familie te herstellen en te bevorderen door bijvoorbeeld de familie, waar mogelijk, bij de hulpverlening te betrekken. Ook aan het sociale netwerk van vrienden zou vanuit de hulpverlening aandacht besteed kunnen worden. Net als familieleden zouden ook vrienden bij de hulpverlening betrokken kunnen worden. De straatkrant is een goed voorbeeld van een project waardoor nieuwe contacten gelegd kunnen worden. Een ander voorbeeld van een project dat wellicht uitgebreid zou kunnen worden is een buddyproject voor dak- en thuislozen, zoals dat op dit moment bijvoorbeeld in Amsterdam bestaat. De buddy (een vrijwilliger) spreekt een keer per week af met de dakloze om iets te ondernemen. Dat kan een leuk uitstapje zijn, maar ook praktische ondersteuning inhouden. Een andere mogelijkheid is mensen die moeite hebben met het leggen en onderhouden van sociale contacten te trainen in sociale vaardigheden. Training in sociale vaardigheden is veel toegepast bij depressieve mensen en bleek bij deze groep vrij goed te werken (Argyle, 2001).

Uit de resultaten komt naar voren dat hulpverlening deels een vervanging zou kunnen zijn voor contacten met vrienden en kennissen, omdat meer contact met hulpverlening samengaat met een lagere tevredenheid met de vrienden- en kennissenkring. Uit het onderzoek van Van Doorn (2002) bleek dat hulpverleningsinstellingen vaak niet beantwoorden aan de behoefte van de doelgroep aan persoonlijk contact. Ook ervaart de doelgroep het contact met hulpverleners vaak als ongelijkwaardig. Een uitzondering hierop vormt de specifieke hulpverlening aan daklozen, waarbij het creëren van persoonlijk contact juist centraal staat. Deze vorm van hulpverlening maakt echter slechts een klein deel uit van het totale aanbod aan hulpverlening. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de hulpverlening op bepaalde punten anders ingericht zou moeten worden om beter aan de behoeften van de doelgroep tegemoet te komen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen pleiten voor kleinschaliger instellingen met meer tijd en mogelijkheid voor persoonlijk contact.

6.4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De samenhang tussen sociale integratie en tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden lijkt zeker nader onderzoek te verdienen. Binnen de hierboven beschreven beperkingen van dit onderzoek is voor verschillende aspecten van sociale integratie een positieve samenhang met tevredenheid met de leefsituatie en psychisch welbevinden gevonden. Met een vragenlijst die specifiek voor dit doel ontworpen is, zouden de verschillende aspecten van sociale integratie beter geoperationaliseerd kunnen worden. Ook zou dan ervaren sociale steun in het onderzoek betrokken kunnen worden. Door middel van longitudinaal onderzoek kan meer duidelijkheid verkregen worden over de richting van de causale relatie. Verder onderzoek zou ook meer plaatsen in het onderzoek moeten betrekken en ook de Randstad in het onderzoek op moeten nemen. De rol van de hulpverlening voor

deze groep zou in verder onderzoek nader uitgediept moeten worden door middel van een meer specifieke vragenlijst en longitudinaal onderzoek.

Deze scriptie vormt allereerst een aanzet tot verder onderzoek, pas daarna kunnen echt concrete beleidsaanbevelingen worden gedaan. Er is eerst met name meer onderzoek nodig naar de causale richting van de verschillende gevonden verbanden. Er is in ieder geval duidelijk geworden dat verschillende aspecten van sociale integratie ook bij deze groep samenhangen met de tevredenheid met de leefsituatie en het psychisch welbevinden. De sociale integratie van dak- en thuislozen en zichtbare harddrugs- en alcoholverslaafden verdient blijvende aandacht in de hulpverlening en begeleiding van deze groep. Daarbij dient het niet alleen te gaan om (re)integratie in de maatschappij via werk en huisvesting, maar ook om het bevorderen van sociale contacten met familie en vrienden.

Literatuur

- Allardt, E. (1973). *About dimensions of welfare: An explanatory analysis of a comparative Scandinavian survey (Research Reports no. 1)*. Research Group for Comparative Sociology, University of Helsinki, Finland.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York/Hove: Routledge.
- Argyle, M., & Furnham, A. (1983). Sources of satisfaction and conflict in long-term relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 481-493.
- Argyle, M., & Henderson, M. (1985). *The anatomy of relationships and the rules and skills needed to manage them successfully*. Harmondsworth: Penguin.
- Austrom, D. R. (1984). *The consequences of being single*. New York: Peter Lang Publishers.
- Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Beschner, G. M., & Bovelie, E. I. (1985). Life with heroin: Voices of experience. In B. Hanson, G. Beschner, J. M. Walters, & E. I. Bovelie (Eds.), *Life with heroin: Voices from the inner city*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Biegel, D. E., McCardle, E., & Mendelson, S. (1985). *Social networks and mental health: An annotated bibliographie*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bieleman, B., Bezema, M., Griesheimer, L., Jong, A. de, & Meijer, G. (2002). *Doelgroepen onder de loep: Doelgroepenanalyse dak- en thuislozen, harddruggebruikers en alcoholisten in Zutphen*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.

- Bieleman, B., Biesma, S., Griesheimer, L., Jetzes, M., & Jong, A. de (2002). *Inventarisatie (potentiële) dak- en thuislozen, alcohol- en harddrugsverslaafden in de Friese Wouden*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M., Jong, A. de, Kruize, A., Snippe, J., & Valk, V. de (2003). *Enschede van de straat : Aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugsverslaafden in Enschede*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M., Jong, A. de, & Valk, V. de (2002). *Opgevangen onder drang: Evaluatie SOV-drang in Rotterdam*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Bieleman, B., Biesma, S., & Jong, A. de (2003). *Doelgroepenanalyses als input voor lokaal beleid*. Forum Alcohol- en Drugsonderzoek (FADO), Utrecht.
- Biesma, S., Meijer, G., & Bieleman, B. (2000). *Doelgroepen in beeld: Doelgroepenanalyse dak- en thuislozen en harddrugsgebruikers in Apeldoorn*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Boissevain, J. (1974). *Friends of friends: Networks, manipulators and coalitions*. Oxford: Blackwell.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Broadhead, E. W., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Bruin, D. de, Meijerman, C., Verbraeck, H., Braam, R., Leenders, F., & Wijngaart, G. van de (2003). *Zwerven in de 21^{ste} eeuw: Een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Cameron, P., Titus, D. G., Kostin, J., & Kostin, M. (1973). The life satisfaction of nonnormal persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 207-214.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Sage.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1970). Physical illness in response to stress. In S. Levine, & N. A. Scotch (Eds.), *Social Stress* (pp. 189-209). Chicago: Aldine Publishing.
- Cassel, J. (1976). Contribution of social environment to host-resistance: 4th Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life-stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochrane, R. (1988). Marriage, separation and divorce. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 137-160). Chichester: Wiley.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 – 357.
- Costa, P. T., Zonderman, A. B., & McCrae, R. R. (1985). Longitudinal course of social support among men in the Baltimore longitudinal study of aging. In I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 137-154). Dordrecht: Nijhoff.
- Den, C. ten, Bieleman, B., Bie, E. de, & Snippe, J. (1995). *Pijn in het hart: Onderzoek naar aard en omvang van de harddrugproblematiek in de stad Utrecht*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- DiMatteo, M. R., & Hays, R. (1981). Social support and serious illness. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Doorn, L. van (1997). Vaardigheid in overleven: Over de sociale competenties van dak- en thuislozen. *Sociologische Gids*, 44, 254-270.
- Doorn, L. van (2002). *Een tijd op straat: Een volgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht (1993-2000)*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Dordick, G. A. (1997). *Something left to lose: Personal relations and survival among New York's homeless*. Philadelphia: Temple University Press.
- Durkheim, E. (1952). *Suicide*. London: Routledge. (Oorspronkelijk uitgegeven in 1897)
- Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1965). *Mental disorders in urban areas: An ecologic study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago, University of Chicago Press. (Oorspronkelijk uitgegeven in 1939)
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: different causal relations for men and women. *Psychological Science*, 8, 351-357.
- Fogarty, M. (1985). British attitudes to work. In M. Abrams, D. Gerard, & M. Timms (Eds.), *Values and social change in Britain* (pp. 173-200). London: Macmillan.

- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal for Personality and Social Psychology*, *61*, 427-434.
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1979). A multivariate, multisurvey study of marital happiness. *Journal of Marriage and the Family*, *40*, 269-282.
- Halman, L., Heunks, F., DeMoor, R., & Zanders, H. (1987). *Traditie, secularisatie en individualisering*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Hanson, B., Beschner, G., Walters, J. M., & Bovelie, E. (Eds.) (1985). *Life with heroin: Voices from the inner city*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Haring, M. J., Okun, M. A., & Stock, W. A. (1984). A quantitative synthesis of literature on work status and subjective well-being. *Journal of Vocational Behavior*, *25*, 316-324.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Heerikhuizen, B. van (1997). Figuraties van zelfredzaamheid. In C. J. M. Schuyt (Ed.), *Het sociaal tekort: Veertien sociale problemen in Nederland* (pp. 184-195). Amsterdam: De Balie.
- Helson, R., & Lohren, E. C. (1998). Affective coloring of personality from young adulthood to midlife. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*, 241-252.
- Hendriks, V. M. (1990). De Addiction Severity Index: een multidimensionele ernstlijst voor de verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *32*, 420-436.
- Heydendael, P. H. J. M., & Nuy, M. H. R. (1992). *Achtergronden van thuisloosheid*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hoffman, L. W., & Manis, J. D. (1982). The value of children in the United States. In F. I. Nye (Ed.), *Family relationships: Rewards and costs* (pp. 143-170). Beverly Hills, CA: Sage.
- Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). Becoming married and mental health: a longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, *58*, 895-907.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- House, J., Robbins, C., & Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, *116*, 123-140.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- INTRAVAL (1989). *Harddrugs en criminaliteit in Rotterdam*. Groningen: INTRAVAL.

INTRAVAL (1991). *Door regelen in de maat: Reacties van drugsgebruikers op maatregelen door overheid en burger*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.

INTRAVAL (1992). *In grote lijnen: Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Rotterdam*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Johnson, B. D., William, T., Dei, K. A., & Sanabria, H. (1990). Drug abuse in the inner city: Impact on hard-drug users and the community. In M. Tonry, & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crime*. Chicago: University of Chicago Press.

Johnson, T. P. (1991). Mental health, social relations, and social selection: A longitudinal analysis. *Journal of health and social behavior*, 32, 408-423.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.) (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage.

Kamarck, T., Manuck, S., & Jennings, J. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.

Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 370-380.

Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458 – 467.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491-1498.

Kessler, R. C., & MacLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 219-240). Orlando: Academic Press.

Korf, D. J., Deben, L., Diemel, S., Rensen, P., & Riper, H. (1999). *Een sleutel voor de toekomst: Tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam 1999*. Amsterdam: Thela Thesis.

LaGory, M., Fitzpatrick, K., & Ritchey, F. (2001). Life chances and choices: Assessing quality of life among the homeless. *The Sociological Quarterly*, 42, 633-651.

LaGory, M., Ritchey, F., & Mullis, J. (1990). Depression among the homeless. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 87-102.

Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 116-118.

- Larsen, R. J., & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39.
- Lempens, A., Boers, R., & Maalsté, N. (2004). *Harddruggebruikers in beweging: Aard, omvang en mobiliteit van harddruggebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J. E., & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction en psychosocial variables: new perspectives. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 141-169). Oxford: Pergamon Press.
- Lin N, Ye X, & Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: a structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 344-359.
- Martinson, O. B., Wilkening, E. A., & Linn, J. G. (1985). Life change, health status and life satisfaction: A reconsideration. *Social Indicators Research*, 16, 301-313.
- Mastekaasa, A. (1995). Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never-married persons. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 21-39.
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43, 2-15.
- Meijer, G., Jong, A. de, & Bieleman, B. (2000). *Doelgroepen nader bekeken: doelgroepenanalyse dak- en thuislozen en harddruggebruikers in Deventer*. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL.
- Mizuno, Y., Purcell, D. W., Dawson-Rose, C., Parsons, J. T., & het SUDIS Team (2003). Correlates of depressive symptoms among HIV-positive injection drug users: the role of social support. *Aids Care*, 15, 689 – 698.
- Morris, R. W. (1985). Not the cause, nor the cure: Self-image and control among inner-city black male heroin users. In B. Hanson, G. Beschner, J. M. Walters, & E. Bovelie (Eds.), *Life with heroin: Voices from the inner city*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 374-391). New York: Russel Sage.
- Neale, J. (2002). *Drug users in society*. Basingstoke/New York: Palgrave.
- Nock, S. L. (1995). A comparison of marriages and cohabiting relationships. *Journal of Family Issues*, 16, 53-76.

- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C. L. (1999). Gender differences in well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 330-350). New York: Russel Sage.
- Nyamathi, A., Leake, B., Keenan, C., & Gelberg, L. (2000). Type of social support among homeless women: its impact on psychosocial resources, health, and health behaviors, and use of health services. *Nursing Research, 49*, 318-326.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S. V., Freeman, D. H., & Barret, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology, 135*, 356-368.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rempel, J. (1985). Childless elderly: What are they missing? *Journal of Marriage and the Family, 47*, 343-347.
- Robins, L., & Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
- Rossow, I., & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction, 94*, 209- 219.
- Rosenbaum, M. (1981). *Women on heroin*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Russell, R. J. H., & Wells, P. A. (1994). Predictors of happiness in married couples. *Personality and Individual Differences, 17*, 313-321.
- Schutt, R., Meschede, T., & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 134-142.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annual of Epidemiology, 6*, 442-451.
- Snow, D. A., & Anderson, L. (1993). *Down on their luck: A study of homeless street people*. Berkeley: University of California Press.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2004). *In het zicht van de toekomst: Sociaal en Cultureel Rapport 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Spierings, F. (1996). *Op eigen kracht: Een onderzoek naar het dagelijks leven van logementbewoners*. Utrecht: SWP.
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: a 17-nation study. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 527-536.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 416-423.

- Veenhoven, R. (1974). Is there an innate need for children? *European Journal of Social Psychology*, 14, 495-501.
- Veenhoven, R. (1994). *Correlates of happiness* (Vols. 1-3). Rotterdam: RISBO, Center for Socio-Cultural Transformation.
- Vis, S. (1999). *Effecten van de mate van contact-vaardigheid van dak- en thuislozen op hun gezondheid*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Geneeskunde.
- Vocht, A. de (2000). *Basishandboek SPSS 8&9*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Vos, H. de (2002). *Primaire sociale orde en sociale welvaart: over de theoretische grondslagen van sociologische beleidsadviesing*. Ongepubliceerd manuscript, Rijksuniversiteit Groningen.
- Vos, H. de (2003). Geld en “de rest”: Over uitzwerming, teloorgang van gemeenschap en de noodzaak van gemeenschapsbeleid. *Sociologische Gids*, 50, 285-311.
- Vos, H. de (2004). *Interactieve effecten van sociale aspiraties, gedrag en omgeving op de kans om gezond ouder te worden*. Groningen: Vakgroep Sociologie. (intern rapport, op te vragen bij de auteur)
- Walker, C. (1977). Some variations in marital satisfaction. In R. Chester, & J. Peel (Eds.), *Equalities and inequalities in family life* (pp. 127-139). London: Academic Press.
- Warr, P. (1978). A study of psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 69, 111-121.
- Welin, L., Svardsudd, K., Anderpeciva, S., Tibblin, G., Tibblin, B., Larsson, B., & Wilhelmsen, L. (1985). Prospective study of social influence on mortality: The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet*, 1, 915-918.
- White, L. K. (1979). Sex differentials in the effects of remarriage on global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 869-876.
- Wilkening, E. A., & McGranahan, D. (1978). Correlates of subjective well-being in Northern Wisconsin. *Social Indicators Research*, 5, 221-234.
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249-264.
- Wortman, C. B., & Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Zijderveld, A. C. (1991). Versterven of creperen: Een poging om het verschijnsel van de stedelijke dak- en thuislozen te duiden. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 45, 3-9.