Trouwen als medicijn: Hebben getrouwde individuen een betere fysieke gezondheid?

Een onderzoek tussen getrouwden en samenwonenden in de Nederlandse samenleving.

Abstract. Deze studie bekijkt verschillen in gezondheid tussen getrouwde en samenwonende individuen aan de hand van de sociale controle-theorie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Netherlands Kinship Panel Study (NKPS), gestart in 2002. De studie toetst in hoeverre de mate van fysieke gezondheid verschilt tussen getrouwden en samenwonenden in Nederland. Hierbij worden ook sekseverschillen in acht genomen. Daarnaast wordt er gekeken naar eventuele verklaringen voor deze verschillen in gezondheid. Uit de resultaten komt geen significant effect naar voren van de invloed van relatiestatus op de fysieke gezondheid. Daarnaast wordt er ook geen significant effect gevonden voor de verschillen tussen sekse. Wel blijkt leeftijd een belangrijke factor bij het verklaren van de verschillen in fysieke gezondheid tussen getrouwden en samenwonenden. Deze bevindingen zijn van belang omdat in Amerika tegenstrijdige resultaten zijn gevonden.

Bachelorscriptie Sociologie

Individuele deel: M.K. van der Maaten, 3896331

Gezamenlijke deel: L.E Steendam, 4200993

Scriptiebegeleidster: Franciëlla van der Heijden
Tweede beoordelaar: Antonie Knigge
Datum: 13 juni 2016

Universiteit Utrecht

Aantal woorden: 7215

Inhoud

Inleiding 3

Theorie 4

Theorie. 4

Sekse verschillen. 7

Controlevariabelen. 8

Data en methoden 8

Data. 8

Afhankelijke variabelen. 10

Onafhankelijke variabele. 11

Controlevariabelen. 12

Analytische strategie. 12

Resultaten 13

Invloed van relatiestatus op fysieke gezondheid. 13

Invloed van relatiestatus op fysieke gezondheid met onderscheid in sekse. 15

Controlevariabelen. 16

Discussie 17

Literatuurlijst 22

Appendix I 25

Inleiding

Samenwonen of trouwen, het lijkt vrijwel hetzelfde. Maar uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat er wel een verschil is tussen samenwonende en getrouwde individuen. Zo zouden getrouwde individuen gemiddeld gezonder zijn dan samenwonenden (Waite & Gallagher, 2002). Dat blijkt niet het enige voordeel van getrouwden ten opzichte van samenwonenden te zijn. Samenwonenden zouden minder gelukkig zijn, de kwaliteit van de relatie met hun ouders zou minder goed zijn en ze zouden minder toegewijd zijn aan hun relatie met hun partner (Nock, 1995).

Veel van deze onderzoeken naar verschillen in welzijn tussen samenwonende en getrouwde individuen zijn gedaan in de Verenigde Staten naar aanleiding van het groeiende aantal samenwonende individuen (Brown & Booth, 1996; Brown, Bulanda & Lee, 2005; DeKlyen, Brooks-Gunn, McLanahan & Knab, 2006; Horwitz & White, 1998). Ook in Nederland zijn er heel wat veranderingen op dit gebied. De populariteit van trouwen neemt af. In plaats daarvan gaan steeds meer partners samenwonen, zonder elkaar officieel het ja-woord te geven. In Nederland trouwden in 2000 88,1% van de partners en 2,9% van de partners koos voor een geregistreerd partnerschap, een vorm van samenwonen (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2015). In 2014 trouwde nog maar 65,3% van de partners en 10,4% koos voor een geregistreerd partnerschap (CBS, 2015). Het aantal huwelijken dat wordt gesloten daalt enorm. Het aantal onderzoeken naar samenwonenden neemt toe sinds het aantal getrouwde individuen afneemt, maar er is nog steeds weinig onderzoek gedaan naar de verschillen in welzijn tussen samenwonenden en getrouwden in Nederland (Latten, 2004) .

Welzijn is een breed begrip en wordt door het CBS onderverdeeld in 8 dimensies, namelijk de materiële levensstandaard, economische risico's, opleiding en arbeid, gezondheid, sociale relaties, vertrouwen, onveiligheidsgevoelens en milieu en leefomgeving (CBS, 2015). In dit onderzoek wordt gekeken naar de dimensie gezondheid. Er is al onderzoek gedaan naar diverse onderdelen van gezondheid. Er is bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar drugs- en drankgebruik (Horwitz & White, 1998; Duncan et al., 2006), evenals depressie (Horwitz & White, 1998; Brown, 2000; Lamb, Lee & De Maris, 2000). Daarentegen, komt onderzoek gericht op fysieke gezondheid weinig voor, terwijl dit ook een onderdeel is van het welzijn van een individu. In dit onderzoek zal dan ook worden gekeken naar de verschillen in gezondheid tussen samenwonenden en getrouwden. Hierbij wordt gezondheid gedefinieerd als subjectieve- en objectieve fysieke gezondheid. Subjectieve fysieke gezondheid wordt omschreven als de gezondheid die men zelf ervaart. Voelt men zich gezond of voelt men zich niet gezond.

Daartegenover wordt objectieve fysieke gezondheid omschreven als hoe gezond men daadwerkelijk is. Zo kan iemand een beperking hebben of een aantoonbare ziekte.

Er zal gebruik worden gemaakt van de Netherlands Kinship Panel Study (NKPS) wave 1, afgenomen tussen 2002 en 2004. Er zal gebruik worden gemaakt van wave 1 vanwege de hoge representativiteit. Daarnaast heeft wave 1 een uitgebreidere vragenlijst en worden er specifiekere vragen gesteld.

Dit onderzoek draagt bij aan kennis van de overheid over ongelijkheid tussen groeperingen. Gezondheidsverschillen kunnen de kansen die een persoon heeft beïnvloeden. Wanneer een slechtere fysieke gezondheid leidt tot minder kansen, draagt gezondheid dus bij aan ongelijkheid. Inzicht in waarom er ongelijkheid in fysieke gezondheid tussen groeperingen is kan bijdragen aan een eerste stap naar vermindering van ongelijkheid. Op basis van deze informatie kan gerichter beleid betreffende gezondheid worden opgesteld om ongelijkheid in fysieke gezondheid te verminderen.

Het verschil in fysieke gezondheid tussen samenwonende individuen en getrouwde individuen zal worden beschreven aan de hand van de onderzoeksvraag: *In hoeverre verschilt de mate van fysieke gezondheid tussen getrouwden en samenwonenden in Nederland?* Hierbij worden ook sekseverschillen in acht genomen. Vervolgens zal er worden gekeken naar eventuele oorzaken van de verschillen in fysieke gezondheid aan de hand van de onderzoeksvraag: *Wat kunnen oorzaken zijn van verschillen in fysieke gezondheid tussen getrouwden en samenwonenden in Nederland?*

Er wordt een verschil verwacht in fysieke gezondheid tussen getrouwde individuen en samenwonende individuen. Dit wordt verklaard vanuit de sociale controle-theorie. Als individuen meer in een relatie zijn geïntegreerd wordt er ook meer sociale controle ervaren. Deze verschillen in de mate van sociale controle beïnvloeden de fysieke gezondheid. In een huwelijk zou meer sociale controle zijn dan tussen samenwonenden (Duncan et al., 2006).

In dit onderzoek wordt er alleen gefocust op getrouwden en samenwonenden. Wanneer er in dit onderzoek dan ook gesproken wordt over “relatiestatus’’, houdt dit het onderscheid in tussen de status “samenwonen’’ en de status “trouwen’’.

Theorie

Theorie. In dit theoriegedeelte zullen eerst definities worden gegeven, waarna eerder onderzoek zal worden bestudeerd. Hierop volgend zal de theorie worden uitgebreid en daaruit volgen de hypothesen die bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

In deze studie wordt getoetst of er verschillen zijn in gezondheid tussen samenwonenden en getrouwden. Hierbij wordt de definitie van samenwonen gehanteerd als een groep individuen die een geregistreerd partnerschap hebben, individuen die een samenlevingscontract hebben afgesloten en individuen die samenwonen zonder wettelijke vastlegging (Rijksoverheid, 2015). Onder getrouwden vallen de respondenten die getrouwd zijn én daarbij ook samenwonen. In deze studie wordt, zoals eerder benoemd, fysieke gezondheid gedefinieerd als subjectieve en objectieve fysieke gezondheid. De manier waarop men fysieke gezondheid ervaart, wordt omschreven als de subjectieve fysieke gezondheid. Daartegenover staat de objectieve fysieke gezondheid. Objectieve fysieke gezondheid houdt de daadwerkelijke fysieke gezondheid in, of men een handicap of ziekte heeft of niet. Tezamen vormen objectieve en subjectieve fysieke gezondheid een compleet beeld van de algehele fysieke gezondheid van een individu.

Het onderzoek wordt gebaseerd op de sociale controle-theorie. Daarbij wordt ook de integratietheorie gebruikt, geïntroduceerd door Durkheim (Ultee, Arts & Flap, 2009). Deze theorie stelt dat wanneer men meer geïntegreerd is in een relatie, men de normen en waarden binnen deze relatie beter gaat naleven. Een relatie kan hierbij een groepering zijn, maar ook een relatie tussen twee individuen (Ultee et al., 2009). De integratietheorie werkt binnen de sociale controle-theorie. De sociale controle-theorie stelt dat bij meer sociale controle de fysieke gezondheid beter is (Umberson, 1987; Waite & Gallagher, 2000). Wij zijn ons ervan bewust dat het ook andersom kan gaan werken, maar wij gaan er vanuit dat het een causale relatie betreft. De theorie kan op twee manieren werken: direct en indirect. Indirect door het beïnvloeden van normen over gezondheid die in de relatie heersen. Bijvoorbeeld of het normaal gevonden wordt om de sportschool te bezoeken. Directe beïnvloeding kan door het opleggen van informele sancties aan een partner. Er is sprake van een informele sanctie wanneer de partner een afkeurende houding vertoont ten opzichte van gedrag wat de gezondheid negatief beïnvloedt. Bijvoorbeeld wanneer iemand zijn partner wijst op zijn of haar alcoholgebruik en dreigt hem of haar te verlaten (Umberson, 1987).

Op basis van de sociale controle-theorie zouden wij verwachten dat getrouwden een betere gezondheid hebben dan samenwonenden. Relaties kunnen worden gezien als een institutie. Naarmate een institutie meer wetten en regels heeft die individuen met elkaar verbind, is het individu sterker geïntegreerd in die institutie (Marshall, 1998). Een huwelijk kent meer wetten, regels en verplichtingen dan een vorm van samenwonen (Rijksoverheid, 2015). In een huwelijk is een individu dus sterker geïntegreerd dan samenwonenden in een relatie. Door de wetten en regels die aan de basis liggen van het huwelijk zal men meer integreren in deze institutie waardoor men sneller elkaars normen en waarden overneemt (Duncan et al., 2006).

Integratie leidt dus tot meer overeenkomst in normen en waarden tussen partners. Volgens de sociale controle-theorie oefent men meer sociale controle uit over de partner wanneer men sterker is geïntegreerd in een institutie. Getrouwde individuen ervaren dus meer sociale controle van hun partner dan individuen die samenwonen. Deze sociale controle leidt zo tot een betere gezondheid. Deze bevinding wordt ondersteund door empirische studies, die aantonen dat getrouwden een betere subjectieve fysieke gezondheid hebben dan samenwonenden (Waite & Gallagher, 2002).

Zoals eerder benoemd, zijn eerdere studies vaak toegespitst op mentale gezondheid (Brown, 2000; Brown et al., 2005; Horwitz & White, 1998; Kim & McKenry, 2002; Lamb et al., 2000). Zo is bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar het algemene psychologische welzijn (Kim & McKenry, 2002) en depressie (Horwitz & White, 1998; Brown, 2000). Uit studies naar mentale gezondheid, waaronder depressie, komen verschillende resultaten naar voren. Zo zijn er studies die een significant verschil laten zien tussen depressie bij getrouwden en samenwonenden (Brown, 2000; Lamb et al., 2000), maar zijn er ook resultaten waarin geen significante verschillen gevonden worden waar het gaat om verschillen in depressie bij samenwonenden en getrouwden (Horwitz & White, 1998). Daarnaast toont onderzoek aan dat de mentale gezondheid van samenwonende mannen significant minder goed is dan de mentale gezondheid van getrouwde mannen (Brown et al., 2005). Omdat er al veel onderzoek gedaan is naar mentale gezondheid, zal er in dit onderzoek niet worden gefocust op de mentale gezondheid, maar op de eerder gedefinieerde subjectieve en objectieve fysieke gezondheid.

Eerder onderzoek laat zien dat getrouwde stellen meer geïntegreerd zijn in een relatie en daardoor een betere gezondheid hebben (Duncan et al., 2006). Individuen die beter zijn geïntegreerd, zouden elkaar beter kunnen controleren wanneer het bijvoorbeeld gaat om een bezoek aan de huisarts. Er is meer sociale controle aanwezig (Wu, Penning, Pollard, & Hart, 2003). Naar aanleiding van de sociale controle-theorie en eerdere onderzoeken wordt er verwacht dat getrouwde individuen een betere fysieke gezondheid hebben vergeleken met samenwonende individuen (Duncan et al., 2006; Waite & Gallagher, 2002). Dit geldt voor de algehele fysieke gezondheid, dus voor zowel subjectieve als objectieve fysieke gezondheid.

Zoals eerder benoemd wordt een huwelijk gezien als een institutie, er is sprake van een hechtere band tussen de twee individuen vergeleken met samenwonende individuen (Duncan et al., 2006). Wanneer men samenwoont zou men een minder geïntegreerde institutie vormen. Door het vormen van een institutie, zullen individuen elkaars normen en waarden overnemen (Ultee et al., 2009). Daarnaast zullen getrouwde individuen, vanwege de meer geïntegreerde band in een institutie, meer sociale controle uitoefenen op hun partner. Door meer sociale

controle zal men zich meer en beter bezighouden met de eigen gezondheid evenals de gezondheid van de partner door elkaar hier bijvoorbeeld op aan te spreken. De eerste hypothese is daarom als volgt: “Getrouwde individuen hebben een betere algehele fysieke gezondheid dan samenwonende individuen”.

Sekse verschillen. Eerdere studies tonen aan dat het effect van samenwonen of trouwen op gezondheid verschilt tussen de sekses. Vanwege de in empirische studies gevonden verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen, wordt er in dit onderzoek onderscheid gemaakt in sekse. Hierbij wordt gekeken naar de verschillen in gezondheid bij mannen, evenals verschillen in gezondheid bij vrouwen.

Op basis van de sociale controle-theorie wordt er een verschil in gezondheid tussen mannen en vrouwen verwacht. Dit wordt ondersteund door eerdere studies waaruit blijkt dat er niet alleen een verschil is tussen getrouwden en samenwonenden, maar ook tussen mannen en vrouwen in verschillende relatievormen (Wu & Hart, 2002; Brown et al., 2005). Brown, Bulanda en Lee (2005) laten bijvoorbeeld zien dat het effect van samenwonen en trouwen significant verschilt voor mannen, daarentegen zou de relatiestatus voor vrouwen geen significante invloed hebben op de gezondheid. De effecten van relatievormen op gezondheid zouden onder mannen het sterkst zijn (Brown et al., 2005). Wu en Hart (2002) komen met gelijke resultaten. Ook zij tonen aan dat mannen meer profiteren van de betere gezondheid wanneer zij getrouwd zijn dan vrouwen (Wu & Hart, 2002). Dit is te verklaren aan de hand van de sociale controle-theorie. Vrouwen zouden meer sociale controle uitoefenen op hun partner en dus de gezondheid van de mannelijke partner meer monitoren in tegenstelling tot de sociale controle die de man uitoefent op de partner (Wu & Hart, 2002). Vrouwen zouden op een andere manier profiteren van het huwelijk. Zij ervaren vaker een financiële verbetering wanneer zij trouwen (Wu & Hart, 2002). Getrouwde vrouwen zouden door minder financiële onzekerheid gezonder kunnen leven, wat de gezondheid van de getrouwde vrouw zou verbeteren ten opzichte van de samenwonende vrouw. Hier is echter geen significant effect voor gevonden. Daarnaast is deze verklaring tegenwoordig minder van belang door de toename van vrouwelijke economische onafhankelijkheid (Wu & Hart, 2002).

Aan de hand van de sociale controle-theorie verwachten wij een groter verschil in de mate waarin samenwonende mannen en getrouwde mannen van elkaar verschillen dan de mate waarin getrouwde vrouwen en samenwonende vrouwen van elkaar verschillen. Wij verwachten dat getrouwde mannen meer geïntegreerd zijn in hun relatie en daardoor meer sociale controle van hun partner ondervinden dan samenwonende mannen. Het verschil in fysieke gezondheid tussen getrouwde en samenwonende vrouwen zal naar onze verwachting, gebaseerd op de

sociale controle-theorie, kleiner zijn dan het verschil in fysieke gezondheid tussen getrouwde en samenwonende mannen. Er wordt verwacht dat vrouwen meer sociale controle uitoefenen op anderen. Vrouwen zouden bovendien van zichzelf al meer met gezondheid bezig zijn dan anderen (Umberson, 1992). Dit zou ertoe leiden dat vrouwen over het algemeen een betere fysieke gezondheid hebben dan mannen (Wu & Hart, 2002). De mate waarin getrouwde en samenwonende vrouwen in fysieke gezondheid van elkaar verschillen zal daardoor kleiner zijn dan de mate waarin getrouwde en samenwonende mannen in fysieke gezondheid van elkaar verschillen. Daarom luidt de tweede hypothese: ‘‘Er is een groter verschil in algehele fysieke gezondheid tussen samenwonende en getrouwde mannen dan tussen samenwonende en getrouwde vrouwen.’’

Controlevariabelen. Een oorzaak van de verschillen tussen individuen die samenwonen en individuen die getrouwd zijn kan zijn dat getrouwden een andere leefsituatie hebben dan samenwonenden (Nock, 1995). Zo hebben getrouwden vaak een hogere sociaal-economische status (SES) in vergelijking tot samenwonenden (Wu et al, 2003). Getrouwde mannen zouden bijvoorbeeld meer verdienen dan samenwonende mannen (Daniel, 1994). Doordat getrouwde individuen meer te besteden hebben, zijn duurdere facilitaire diensten toegankelijker voor getrouwde individuen in vergelijking met samenwonende individuen. Zo hebben zij bijvoorbeeld meer toegang tot gezond, vers eten (Wu et al., 2003; Hughes & Waite 2002). Daarnaast blijkt dat individuen met een hoger inkomen vaker gebruik maken van sportfaciliteiten (Pulles, van den Dool & Breedveld, 2014). Daardoor hebben zij een grotere kans op een gezondere levensstijl, wat de objectieve en subjectieve fysieke gezondheid vergroot.

Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt SES ook van invloed te zijn op de gezondheidszorg. Zo zou een hogere SES in de Verenigde Staten de toegang tot gezondheidszorg makkelijker maken (Wu et al., 2003; Hughes & Waite 2002). Vanwege de grote invloed van SES zullen in dit onderzoek de verschillen in gezondheid tussen samenwonenden en getrouwden in Nederland ook worden gecontroleerd voor SES.

Naast SES zal er ook gecontroleerd worden voor sekse, leeftijd, of de ouders eerder gescheiden zijn, het opleidingsniveau en de relatieduur. Hierover volgt meer in de methodesectie.

Data en methoden

Data. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de eerste wave van de NKPS dataset, die tussen 2002 en 2004 verzameld is. De dataset bestaat uit 8161 respondenten die allen tussen de

18 en 79 jaar oud zijn (De Bruijn, Hogerbrugge, Merz & Merz, 2012). Deze respondenten zijn random verkozen uit huishoudens in Nederland (Dykstra, Kalmijn, Knijn, Komter, Liefbroer en Mulder, 2005). Er is door middel van face-to-face interviews data verzameld. Daarnaast is informatie aangevuld door middel van surveys met vragen die indien gesteld in een interview te snel zouden kunnen leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Ook de leden van de familie van de respondenten zijn geïnterviewd (De Bruijn et al., 2012). Het doel van dit onderzoek was dan ook om meer informatie te verkrijgen over de aard en sterkte van familiebanden in Nederland (Dykstra et al, 2005). In de NKPS dataset is er een oververtegenwoordiging van respondenten met een partner. Van de gehele dataset geeft 71,7% van de respondenten aan een partner te hebben. Daarnaast is er een oververtegenwoordiging van getrouwde respondenten. Van de 5854 respondenten met een partner zijn er 4373 respondenten die zijn getrouwd (De Bruijn et al., 2012). Als laatste is er een ondervertegenwoordiging van etnische minderheden. De vier grootste migranten groepen in Nederland zijn gevraagd deel te nemen aan de NKPS studie. Deze vier migrantengroepen zijn Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Deze groepen zijn gekozen door een random gestratificieerde steekproeftrekking (Dykstra et al, 2005). Uiteindelijk hebben 1402 respondenten uit deze migrantengroepen deelgenomen (De Bruijn et al., 2012). Het uiteindelijke respons percentage van de NKPS is 45% (De Bruijn et al., 2012).

Alle beschrijvende statistieken zijn terug te vinden in Tabel 1. Niet alle data van de 8161 respondenten kan worden gebruikt in dit onderzoek. Een aantal respondenten zijn uit de selectie gehaald. De voorwaarden voor respondenten in dit onderzoek zijn dat men een partner moet hebben en dat men moet samenwonen. We hebben een selectie gemaakt waarbij alle respondenten die geen partner hebben en alle respondenten die niet samenwonen eruit zijn gehaald. Zij zijn niet relevant voor deze studie. 2305 respondenten hebben geen partner waardoor zij allen uit de dataset zijn gehaald. Daarnaast wonen er 602 respondenten van de overige 5854 respondenten met partner niet samen. Ook deze 602 respondenten worden niet meegenomen in onze analyse. Als gevolg van deze selectie gaan ook de 35 respondenten die wel getrouwd zijn maar niet samenwonen niet mee in onze analyse. Deze respondenten zijn niet relevant voor onze studie. Na de selectie komen we uit op 5252 respondenten.

Vervolgens worden respondenten met missende waarden (“missings’’) niet meegenomen in de analyse. Allereerst de afhankelijke variabelen. Op de objectieve en subjectieve fysieke gezondheid zijn 10 missings. De missings voor objectieve fysieke gezondheid zijn uit de dataset gehaald waardoor ook de 10 missings op subjectieve fysieke gezondheid wegvallen. Zo komen we uit op 5242 respondenten. Vervolgens is er gekeken naar

Tabel 1. *Beschrijvende statistieken afhankelijke variabele, onafhankelijke variabele en controlevariabelen (N=5200)*

Variabele	**Range**	**Gemiddelde**	**Standaardafwijking**
Afhankelijke variabele			
Objectieve en subjectieve gezondheid	1-3	2.66	0.55
Subjectieve gezondheid	1-5	4.09	0.77
Onafhankelijke variabele			
Relatiestatus: getrouwd of samenwonend (Ref. = samenwonend)	0-1	0.83	
Controlevariabele			
Sekse (Ref. = man)	0-1	0.57	
Leeftijd	18-79	46.62	13.50
Laag opgeleid	0-1	0.22	
Gemiddeld opgeleid (referentiecategorie)	0-1	0.43	
Hoog opgeleid	0-1	0.35	
Relatieduur	1-67	24.74	14.61
Ouders gescheiden (Ref. = niet gescheiden)	0-1	0.09	
Interactievariabele sekse*relatiestatus	0-1	0.47	

de onafhankelijke variabelen. Op de variabele of men samenwoont en op de variabele of men getrouwd is zijn geen missings. De dataset blijft dus op 5242 respondenten. Nadat de missings van de afhankelijke en onafhankelijke variabele uit de dataset zijn gehaald, kijken we naar de controlevariabele. Alleen de variabele over de relatie van de ouders geeft missings weer. Dit zijn 41 missings. Deze 41 missings zijn uit de dataset gehaald waardoor wij uitkomen op 5201 respondenten. Één respondent heeft hoogstwaarschijnlijk een fout gemaakt tijdens het invullen. Deze respondent gaf aan al 85 jaar een relatie te hebben, terwijl onze oudste respondent 79 jaar is. Deze respondent is uit de dataset gehaald. Uiteindelijk komen wij uit op N = 5200.

Afhankelijke variabelen. Voor de afhankelijke variabele zijn twee variabelen uit de dataset gebruikt. Hiervoor werden de variabele hoe gezond men zich voelt, de subjectieve fysieke gezondheid, en of men een ziekte of handicap heeft, de objectieve fysieke gezondheid,

samengevoegd. Allereerst is de variabele hoe gezond men zich voelt, de subjectieve fysieke gezondheid, van vijf naar drie categorieën gebracht. Zo komen wij tot de categorieën: men voelt zich (1) “slecht”, men voelt zich niet gezond en niet ongezond, gedefinieerd als (2) “neutraal” en als laatste de categorie men voelt zich (3) “goed”. De variabele of men een ziekte of handicap heeft, de objectieve fysieke gezondheid, bestaat uit de categorieën (1) “ja” en (2) “nee”. Beide variabelen zijn samengevoegd door gebruik te maken van een kruistabel. De waarden van de kruistabel zijn terug te vinden in Tabel 2 in de appendix.

Uit bovenstaande variabelen betreffende subjectieve en objectieve fysieke gezondheid komt de afhankelijke variabele “gezondheid” voort. Deze variabele is verdeelt in de categorieën (1) “slecht”, (2) “neutraal” en (3) “goed”. Wanneer een respondent zich gezond voelt en geen ziekte of handicap heeft valt hij in de categorie “goed”. Wanneer men zich slecht voelt en wel een ziekte of handicap heeft, valt men in de categorie “slecht”. De respondenten die aan hebben gegeven dat zij zich niet gezond en niet ongezond voelen, blijven in de categorie “neutraal’’, hierbij is het niet van belang of men wel of geen ziekte of handicap heeft. Deze respondenten voelen zich namelijk niet gezond, evenals niet ongezond, en zijn dus niet aan één van deze twee categorieën toe wijzen. Wanneer men aangeeft zich slecht te voelen en daarnaast geen ziekte of handicap heeft, valt men ook in de categorie “neutraal”. Zij zijn namelijk niet gezond en niet ongezond. Wanneer men zich gezond voelt en wel een ziekte of handicap heeft, valt men ook in de categorie “neutraal”.

Omdat wij twee variabelen met verschillende categorieën hebben samengevoegd, kan dit ertoe leiden dat de variabele betreffende gezondheid een lager betrouwbaarheidsniveau heeft. Daarom hebben wij ervoor gekozen om ook de originele continue variabele van subjectieve fysieke gezondheid met vijf categorieën als afhankelijke variabele te gebruiken. Elke analyse zal dus worden gedaan op zowel de afhankelijke variabele van objectieve en subjectieve fysieke gezondheid als op de afhankelijke variabele subjectieve fysieke gezondheid.

Onafhankelijke variabele. De onafhankelijke variabele, of men getrouwd is of samenwoont komt ook voort uit twee variabelen. Allereerst de dichotome variabele of men samenwoont of niet. Deze vraag is alleen gesteld aan de respondenten met een partner. Dit zijn 5854 respondenten. Waarbij de antwoordcategorieën waren: (1) “ja” en (2) “nee”. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de dichotome variabele of men getrouwd is of niet. Dit is aan dezelfde groep van 5854 respondenten gevraagd. Ook deze variabele kent de antwoordcategorieën (1) “ja” en (2) “nee”. Om dit onderzoek juist te meten zijn er twee nieuwe antwoordcategorieën nodig: (1) “Men is getrouwd” of (0) “Men woont samen en is niet getrouwd”. Uit deze variabelen is uiteindelijk de dichotome variabele “relatiestatus” voort gekomen.

Controlevariabelen. In dit onderzoek wordt er op zes variabelen gecontroleerd. Allereerst de variabele of men een man of vrouw is. Deze variabele is gehercodeerd naar de variabele "vrouw" waarbij "1" staat voor de sekse vrouw, en "0" voor de sekse man. Als tweede wordt er gecontroleerd voor leeftijd. De jongste respondent die mee wordt genomen in dit onderzoek heeft de leeftijd van 18 jaar. De oudste respondent is 79 jaar. Deze variabele is continu en daarom wordt deze variabele niet gehercodeerd. Naast sekse en leeftijd wordt er gecontroleerd voor opleidingsniveau. Onder ideale omstandigheden wordt SES gemeten aan de hand van een combinatie van drie indicatoren. Hieronder valt opleidingsniveau, beroepsstatus en inkomen (Verweij, 2010). In deze studie zal alleen gebruikt worden gemaakt van opleidingsniveau als indicator voor SES omdat de variabelen beroepsstatus en inkomen niet bruikbaar zijn. De variabele opleidingsniveau is van tien categorieën teruggebracht naar drie categorieën. Om SES te meten zijn er drie dummy variabelen aangemaakt. Dit zijn de dummy variabelen verdeeld in de categorieën "laag opgeleid", "gemiddeld opgeleid" en "hoog opgeleid". Deze dummyvariabelen zullen worden gebruikt in de analyses die wij zullen doen met "gemiddeld opgeleid" als referentiecategorie.

Ook wordt er gecontroleerd voor de lengte van de relatie met de huidige partner van de respondent. Hiervoor is de continue variabele "wanneer de huidige relatie is gestart" gebruikt. Deze relatieduur, gemeten in jaren, is uitgerekend met behulp van het jaar waarin de relatie is gestart en het laatste jaar waarin het onderzoek werd afgenomen. Wij zijn ons ervan bewust dat er sprake kan zijn van een afwijking, omdat de dataverzameling plaatsvond van 2002 tot en met 2004 en een relatie dus ook één of twee jaar langer kan zijn dan wij nu berekenen. De variabele "relatieduur" komt nu voort uit de formule "2004 - het jaar waarin de relatie is gestart". Deze variabele is een continue variabele en zal ook als continue variabele worden gebruikt in de analyses. Ten slotte is er gecontroleerd of de ouders van de respondent gescheiden zijn of niet. Deze variabele bestond uit drie categorieën: (1)"ja", (2) "nee" en (3) "ouders hebben niet samengewoond". De laatste categorie betreft maar 3 respondenten. Door de eerder beschreven selectie van variabelen zijn deze drie respondenten al uit de analyse gehaald. Deze variabele is gehercodeerd naar de variabele "relatie van de ouders" en is uiteindelijk opgedeeld in twee categorieën, (1) "ja'', ouders gescheiden en (2) "nee'' ouders niet gescheiden. Alle variabelen die gebruikt worden in de analyse zijn schematisch weergegeven in Tabel 3 in de appendix.

Analytische strategie. Om het effect van relatiestatus en sekse op gezondheid te meten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van multiple regressieanalyses. In een multiple regressie wordt niet alleen zichtbaar of een variabele een significant effect heeft, maar ook hoe

groot dit effect is. Dit zorgt voor een betere interpretatie van de data. Met deze analyse kunnen de hypotheses getoetst worden.

In analyse 1, waarin de hypothese: “Getrouwde individuen hebben een betere algehele fysieke gezondheid dan samenwonende individuen” wordt getoetst zal door middel van een Spearman correlatie in eerste instantie alleen worden gekeken naar de invloed van de relatiestatus op de fysieke gezondheid. Vervolgens zal er gebruik worden gemaakt van een multipele regressieanalyse om te controleren voor leeftijd, sekse, sociaal-economische status, relatieduur en de relatie van de ouders.

In de tweede analyse wordt de hypothese: “Er is een groter verschil in algehele fysieke gezondheid tussen samenwonende en getrouwde mannen dan tussen samenwonende en getrouwde vrouwen’’ getoetst aan de hand van een Spearman correlatie. Vervolgens zal door middel van een multipele regressieanalyse met daarin een interactie variabele het effect van sekse worden gemeten. Om deze hypothese te toetsen zal de interactie variabele aangemaakt worden die het interactie-effect van sekse op relatiestatus meet. Met behulp van een multiple regressie analyse kunnen wij de hypothese toetsen.

Resultaten

Invloed van relatiestatus op fysieke gezondheid. Tabel 4 en Tabel 5 geven de resultaten schematisch weer. Maakt de relatiestatus een significant verschil op het gebied van algehele fysieke gezondheid van een individu?

Er is een significant negatieve correlatie tussen relatiestatus en algehele fysieke gezondheid, $r_s = -0.052$, $p < .001$, tweezijdig, N = 5200. Hieruit kunnen wij afleiden dat wanneer men getrouwd is, men een slechtere fysieke gezondheid heeft. Dit komt niet overeen met hypothese 1: “Getrouwde individuen hebben een betere algehele fysieke gezondheid dan samenwonende individuen”.

Naast een correlatie wordt er gebruik gemaakt van een multiple regressieanalyse om de relatie tussen relatiestatus en fysieke gezondheid te toetsen. In de multiple regressieanalyse wordt gecontroleerd voor sekse, leeftijd, SES, relatieduur en of de ouders gescheiden zijn. Model 1A blijkt significant (F (7, 5192) = 47.071). Hieruit is af te leiden dat 6% van de algehele fysieke gezondheid kan worden verklaard door de relatiestatus, sekse, leeftijd, SES, relatieduur en of de ouders gescheiden zijn. Uit de resultaten van model 1A komt naar voren dat de relatie tussen relatiestatus en fysieke gezondheid niet significant is. We vinden geen verschil in fysieke gezondheid en er is geen bevestiging voor onze hypothese.

Tabel 4. *Regressie Analyse van relatiestatus op algehele fysieke gezondheid* (N= 5.200).

	Model 1A		***Model 2A***		***Model 3A***	
Afhankelijke variabele	*Gezondheid*					
	B	*SE*	*B*	*SE*	*B*	*SE*
Constante	3.071	.039**	3.082	0.044**	*2.774*	*0.024***
Onafhankelijke variabele						
Relatiestatus	0.018	0.022	0.002	0.033	0.037	0.022*
Controlevariabelen						
Sekse (1 = vrouw)	-0.039	0.015**	-0.062	0.036*	-0.013	0.015*
Leeftijd	-0.010	0.001**	-0.010	0.001**		
Laag opgeleid	-0.115	0.020**	-0.115	0.020**	-0.123	0.020**
Gemiddeld opgeleid	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*
Hoog opgeleid	0.080	0.017**	0.080	0.017**	0.073	0.017**
Relatieduur	0.003	0.001**	0.003	0.001**	-0.005	0.001**
Ouders gescheiden (1 = wel gescheiden)	-0.043	0.026*	-0.043	0.026*	-0.036	0.026
Interactie vrouw*relatiestatus			0.028	0.040		
R^2 change	0.057		0.057		0.040	

**p* < .05. ** *p* <.01, eenzijdig.

Tabel 5. *Regressie Analyse van relatiestatus op subjectieve fysieke gezondheid* (N= 5.200).

	Model 1B		***Model 2B***		***Model 3B***	
Afhankelijke variabele	*Subjectieve gezondheid*					
	B	*SE*	*B*	*SE*	*B*	*SE*
Constante	4.645	0.055**	4.685	0.061**	*4.274*	*0.033***
Onafhankelijke variabele						
Relatiestatus	0.032	0.031	-0.018	0.045	0.055	0.031*
Controlevariabelen						
Sekse (1 = vrouw)	-0.091	0.021**	-0.160	0.051**	-0.059	0.021**
Leeftijd	-0.013	0.001**	-0.013	0.001**		
Laag opgeleid	-0.193	0.028**	-0.194	0.028**	-0.202	0.028**
Gemiddeld opgeleid	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*	*(ref.)*
Hoog opgeleid	0.0134	0.024**	0.135	0.024**	0.125	0.024**
Relatieduur	0.002	0.001	0.002	0.001	-0.008	0.001**
Ouders gescheiden (1 = wel gescheiden)	-0.050	0.036	-0.050	0.036	-0.041	0.036
Interactie vrouw*relatiestatus			0.083	0.055		
R^2 change	0.064		0.064			

**p* < .05. ** *p* <.01, eenzijdig.

In model 1B zal er gekeken worden naar het effect van relatiestatus op de tweede afhankelijke variabele, subjectieve fysieke gezondheid. Er is een significant negatieve correlatie tussen relatiestatus en subjectieve fysieke gezondheid, r_s = -0.053, p < .001, tweezijdig, N = 5200. Ook deze correlatie suggereert dat wanneer men getrouwd is, men een

slechtere fysieke gezondheid heeft. Model 1B is significant (*F* (7, 5192) = 53,450). De verklaarde variantie in dit model is 6.7%. Dit betekent dat 6.7% van de subjectieve fysieke gezondheid van de respondent wordt verklaart door de relatiestatus en de controlevariabelen. Relatiestatus is in model 1B, evenals in model 1A, niet significant. Er is geen significant effect van relatiestatus op de subjectieve fysieke gezondheid. Er wordt dus geen bevestiging gevonden voor hypothese 1.

Invloed van relatiestatus op fysieke gezondheid met onderscheid in sekse. In de volgende analyse die uitgevoerd zal worden, zal de tweede hypothese getoetst worden: "Er is een groter verschil in algehele fysieke gezondheid tussen samenwonende en getrouwde mannen dan tussen samenwonende en getrouwde vrouwen'' Deze hypothese zal geanalyseerd worden aan de hand van een interactie-effect. Naast de controlevariabelen wordt de interactievariabele tussen sekse en relatiestatus meegenomen in de multiple regressie analyse. In dit model zal de afhankelijke variabele van objectieve en subjectieve fysieke gezondheid worden gebruikt. Model 2A is significant (*F* (8, 5191) = 41.243). De verklaarde variantie in dit model is 6%. Dit houdt in dat 6% van de subjectieve en objectieve fysieke gezondheid wordt verklaart door de relatiestatus, de controlevariabelen en de interactievariabele. In model 2A is het effect van relatiestatus op objectieve en subjectieve fysieke gezondheid niet significant. Hieruit kunnen wij opmaken dat de relatiestatus niet van invloed is op de algehele fysieke gezondheid. In dit model komt naar voren dat sekse wel een significant effect heeft op relatiestatus. Sekse heeft eveneens invloed op de fysieke gezondheid. Maar de interactievariabele van sekse en relatiestatus is niet significant. Dit betekent dat er geen significant verschil is tussen samenwonende en getrouwde mannen en samenwonende en getrouwde vrouwen.

In model 2B zal dezelfde hypothese als in model 2A worden getoetst, maar nu aan de hand van de afhankelijke variabele subjectieve fysieke gezondheid. Dit model is significant, (*F* (8, 5191) = 47.061). De verklaarde variantie in dit model is 6.8%: 6.8% van de subjectieve fysieke gezondheid wordt verklaart door de variabelen in model 2B. In model 2B wordt er geen significant effect gevonden van relatiestatus op subjectieve fysieke gezondheid. Evenals in model 2A is de controlevariabele sekse wel significant en wordt er dus een onderscheid gevonden in de fysieke gezondheid tussen mannen en vrouwen. Maar wanneer wij kijken naar de interactievariabele van sekse en relatiestatus, is deze niet significant. Er wordt dus geen verschil gevonden in fysieke gezondheid wanneer men kijkt naar de verschillen in fysieke gezondheid tussen getrouwde mannen en samenwonende mannen en getrouwde vrouwen en samenwonende vrouwen.

Controlevariabelen. In model 1A en 1B zijn de effecten van de controlevariabelen op de algehele fysieke gezondheid vrijwel hetzelfde. In beide analyses komt er een negatief significant effect naar voren van sekse op algehele fysieke gezondheid. Dit geeft een verschil in algehele fysieke gezondheid tussen mannen en vrouwen weer. Vrouwen zouden een slechtere algehele fysieke gezondheid hebben dan mannen. Ook blijkt er een negatief significant effect van leeftijd op algehele fysieke gezondheid. Hoe ouder men wordt, hoe slechter de fysieke gezondheid. Daarnaast komt naar voren dat SES een positieve invloed op de algehele fysieke gezondheid heeft. Een lage opleiding heeft een negatief effect op de algehele fysieke gezondheid, een hoge opleiding heeft een positief effect op fysieke gezondheid. Hoe hoger men is opgeleid, hoe beter de fysieke gezondheid is. De controlevariabelen relatieduur en of de ouders gescheiden zijn verschillen wel tussen model 1A en 1B. De variabele relatieduur heeft in model 1A een positief significant effect op de algehele fysieke gezondheid. Hoe langer men een relatie heeft, des te beter de algehele fysieke gezondheid is. In model 1B heeft deze controlevariabele echter geen significant effect. Ten slotte heeft de variabele over of de ouders gescheiden zijn in model 1A een negatief significant effect op de algehele fysieke gezondheid. Hieruit blijkt dat wanneer de ouders gescheiden zijn, de algehele fysieke gezondheid van de respondent slechter is dan wanneer de ouders niet gescheiden zijn. Uit de resultaten van model 1B blijkt dat de controlevariabele over of de ouders gescheiden zijn in dit model niet significant is.

In model 2A en 2B komen de effecten ook grotendeels overeen. De controlevariabele sekse is negatief significant. Vrouwen hebben een slechtere subjectieve fysieke gezondheid dan mannen. Daarnaast is leeftijd negatief significant. Naarmate de respondent ouder wordt, beoordelen zij hun eigen fysieke gezondheid slechter. SES is positief significant. Hoger opgeleiden hebben een hogere subjectieve fysieke gezondheid. Lager opgeleiden hebben een lagere subjectieve fysieke gezondheid. Individuen met een hogere SES hebben een betere subjectieve fysieke gezondheid. In model 2A is relatieduur positief significant. Hoe langer de relatie duurt, hoe gezonder de respondent is. Deze controlevariabele is in model 2B niet significant. Hier wordt dus geen invloed van relatieduur op subjectieve fysieke gezondheid gevonden. De variabele over of de ouders gescheiden zijn is in model 2A negatief significant. Individuen met gescheiden ouders ervaren een slechtere fysieke gezondheid. In model 2B is deze controlevariabele niet significant.

De verschillen in significantie kunnen komen door de twee verschillende afhankelijke variabelen in de modellen A en B. Relatieduur en gescheiden ouders hebben, wanneer wij

kijken naar de resultaten uit deze analyses, geen invloed op subjectieve fysieke gezondheid, echter wel op de algehele fysieke gezondheid.

Tabel 4 en 5 laten ook model 3A en 3B zien. De controlevariabele leeftijd verklaarde in voorgaande modellen een groot deel van de fysieke gezondheid. Daarom zijn wij geïnteresseerd in het effect van relatiestatus op fysieke gezondheid wanneer de variabele leeftijd uit de analyse wordt gehaald. In model 3A en 3B wordt een multiple regressieanalyse uitgevoerd zonder de controlevariabele leeftijd. Model 3A is significant (F (6, 5193) = 39.400). De verklaarde variantie in dit model is 4.4%: 4.4% van de verklaarde variantie wordt bepaald door de onafhankelijke variabele relatiestatus en de controlevariabelen met uitzondering van leeftijd. In dit model wordt wel een significant effect gevonden van relatiestatus op de algehele fysieke gezondheid. Evenals Model 3A is model 3B significant (F (6, 5193) = 49.822). De verklaarde variantie in dit model is 5.4%. Daarnaast is ook in model 3B een significant effect van relatiestatus op subjectieve fysieke gezondheid te zien. Door de grote verschillen tussen de analyses in model 1A en 3A en de grote verschillen tussen de analyses in model 1B en 3B kunnen wij opmaken dat leeftijd een belangrijke invloed heeft op de algehele fysieke gezondheid. Leeftijd zou mogelijk kunnen verschillen tussen de twee groepen van relatiestatus: getrouwden en samenwonenden. Gemiddeld zouden getrouwde individuen een hogere leeftijd hebben dan samenwonende individuen.

Ondanks de gevonden verschillen in fysieke gezondheid tussen samenwonenden en getrouwden wanneer men niet controleert voor leeftijd, blijft onze hoofdbevinding het niet gevonden effect van relatiestatus op fysieke gezondheid.

Discussie

Uit diverse Amerikaanse onderzoeken komt een verschil naar voren in gezondheid tussen getrouwde individuen en samenwonende individuen. Getrouwden zouden een betere gezondheid hebben ten opzichte van samenwonenden. Het huwelijk wordt door een aantal onderzoekers zelfs als medicijn gezien (Waite & Gallagher, 2002). Maar dit zijn grotendeels Amerikaanse onderzoeken. Kan het huwelijk in Nederland ook als medicijn worden gezien? In Nederland is er sprake van een afname in het aantal huwelijken die worden gesloten (CBS, 2015). Maar is dit dan niet van invloed op de gezondheid van de Nederlandse individuen? Aan de hand van de Netherlands Kinship Panel Study zal de volgende onderzoeksvraag worden getoetst met behulp van multiple regressieanalyses: "*In hoeverre verschilt de mate van fysieke gezondheid tussen getrouwden en samenwonenden in Nederland?"* Er is daarbij

ook gekeken naar de verschillen in sekse. Daarnaast is er gekeken naar de oorzaken van deze verschillen.

De onderzoeksvragen zijn getoetst door middel van twee hypothesen gebaseerd op de sociale controle-theorie. Allereerst verwachtten wij een betere algehele fysieke gezondheid voor getrouwde individuen. Een huwelijk kent meer wetten en regels die individuen met elkaar verbind (Rijksoverheid, 2015; Marshall, 1998), daardoor zouden getrouwden meer geïntegreerd zijn in hun relatie. Dit leidt tot meer gelijkenis in normen en waarden vergeleken met samenwonende individuen (Duncan et al., 2006). Vanwege de hogere mate van integratie zouden getrouwde individuen meer sociale controle ervaren van hun partner dan samenwonenden. Volgens de sociale controle-theorie zullen getrouwden zich daardoor beter bezighouden met de eigen gezondheid en de gezondheid van de partner. Daarnaast is er gekeken naar de verschillen in sekse. Wij verwachtten een groter verschil in algehele fysieke gezondheid tussen getrouwde en samenwonende mannen dan tussen getrouwde en samenwonende vrouwen. Vrouwen oefenen van zichzelf al meer sociale controle uit, zowel op zichzelf als op hun partner (Umberson, 1992). Mannen oefenen van zichzelf minder sociale controle uit en ervaren tijdens een huwelijk daardoor meer sociale controle van de vrouw, wat leidt tot een groter verschil in fysieke gezondheid. Uit de analyses blijkt dat zowel hypothese 1 als hypothese 2 niet worden bevestigd. Hieruit kunnen wij concluderen dat er in Nederland geen verschil blijkt te zijn in algehele fysieke gezondheid tussen getrouwde en samenwonende individuen. Het ‘huwelijk als medicijn’ (Waite & Gallagher, 2002) in de Amerikaanse samenleving, lijkt niet terug te komen in de Nederlandse samenleving. Er worden dan ook geen verschillen in sekse teruggevonden. In Nederland speelt de sociale controle-theorie dus een minder belangrijke rol. Wel kwam in alle analyses een negatief significant effect van leeftijd op fysieke gezondheid naar voren: Hoe ouder men wordt, hoe slechter de gezondheid. Daarnaast, wanneer de controlevariabele “leeftijd” uit de analyse werd gehaald, bleek er wel een significant effect van relatiestatus op fysieke gezondheid. Hieruit kunnen wij opmaken dat er leeftijdsverschillen zijn tussen de twee groepen getrouwden en samenwonenden. Getrouwden hebben over het algemeen een hogere leeftijd. Echter, onze hoofdbevinding blijft het niet gevonden effect tussen relatiestatus en de fysieke gezondheid.

De sociale controle-theorie vindt geen ondersteuning in de Nederlandse samenleving. Dit is een interessante bevinding omdat het in strijd is met resultaten uit Amerikaans onderzoek met als resultaat “het huwelijk als medicijn” (Waite & Gallagher, 2002). Uit deze Amerikaanse onderzoeken blijkt dat getrouwden meer sociale controle ervaren en daardoor

een betere fysieke gezondheid hebben dan samenwonenden (Duncan et al., 2006; Wu et al., 2003). Verklaringen hiervoor kunnen de verschillen in samenlevingen zijn tussen Amerika en Nederland. Allereerst zijn er verschillen in de zorgstelsels. Zo zijn alle burgers van Nederland verplicht om een zorgverzekering af te sluiten en mogen de private zorgverzekeraars geen burgers weigeren (Rijksoverheid, 2016) . In Amerika zijn met Obama als president al een aantal veranderingen doorgevoerd in het Amerikaanse zorgstelsel, echter is de zorg nog steeds erg duur. Daarnaast is de boete voor onverzekerd rondlopen dermate laag dat vele Amerikanen alsnog onverzekerd rond zullen lopen (Meeus, 2010). De zorg die in Nederland makkelijker toegankelijk is, kan ertoe leiden dat de sociale controle-theorie minder van toepassing is. Zo is het namelijk, onafhankelijk van de relatiestatus, makkelijker om op je gezondheid letten.

Een ander verschil tussen de Amerikaanse en Nederlandse samenleving is religie. In 2010 bleek 53% van de bevolking van 18 jaar of ouder in Nederland religieus, net iets meer dan de meerderheid (CBS, 2014). In Amerika is het overgrote deel van de samenleving religieus, namelijk 77% in 2007 (PewResearch Center, 2015). Religieuze individuen hebben sterke normen en waarden over het huwelijk waardoor zij over het algemeen ook vaker zullen trouwen. Daardoor ervaren zij meer sociale controle, wat leidt tot een betere gezondheid. In Nederland zijn minder religieuzen individuen. Minder Nederlanders zullen dus trouwen vanwege religieuze overwegingen. Daardoor zou sociale controle in Nederland minder van belang zijn wanneer men kijkt naar de fysieke gezondheid. Daarnaast is religie is, net als het huwelijk, een instituut: een intermediaire groepering (Ultee et al., 2009). Door het vormen van een groepering, zullen individuen een institutie vormen en elkaars normen en waarden overnemen (Ultee et al., 2009). Daarnaast zullen individuen, vanwege de integratie in een groepering, meer sociale controle uitoefenen op andere leden van de groepering. Doordat in Amerika meer religieuze individuen zijn, ervaren zij al sociale controle vanuit deze groepering. Sociale controle is zo dus meer van belang in de Amerikaanse samenleving vergeleken met de Nederlandse samenleving.

Als laatste is er een verschil in samenwonen tussen Amerika en Nederland. In Amerika kun je zonder wettelijke vastlegging samenwonen, en in sommige staten kun je je registreren als samenwonende partners (Lawdepot, n.d.). In Nederland daarentegen is het samenwonen veel meer gereguleerd. Er zijn meerdere vormen van samenwonen. Men kan kiezen tussen een geregistreerd partnerschap, een samenlevingscontract of samenwonen zonder het wettelijk vast te leggen (Rijksoverheid, 2015). Doordat samenwonen in Nederland veel meer gereguleerd is en vaker vastgelegd wordt, kan dit leiden tot verschillen in

samenwonen tussen Amerika en Nederland, en dus een verschil in de mate van integratie in een relatie. Wat een vergelijking tussen deze twee samenlevingen lastiger maakt.

Zo komen we ook gelijk uit bij een beperking van dit onderzoek. In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen de diverse vormen van samenwonen in Nederland, terwijl van de 911 respondenten in onze dataset die samenwonen, 462 respondenten een samenlevingscontract of een geregistreerd partnerschap hebben. Doordat samenwonen niet in deze drie vormen is opgedeeld, kan het zijn dat er wel sprake is van een significant effect van relatiestatus op fysieke gezondheid maar dat deze niet zichtbaar is. Wij verwachten namelijk dat deze drie vormen van samenwonen verschillen in de mate van integratie, en dus ook in de mate van sociale controle. Zo zou bij geregistreerd partnerschap de meeste integratie plaatsvinden, iets minder integratie zou plaatsvinden bij het samenlevingscontract en het minst bij samenwonen zonder wettelijke vastlegging. Samenwonen zonder vastlegging vergeleken met trouwen zou bijvoorbeeld wel significant kunnen verschillen in fysieke gezondheid. Maar daartegenover zouden geregistreerd partnerschap en trouwen niet significant van elkaar kunnen verschillen in fysieke gezondheid. Om hier meer duidelijkheid en zekerheid over te geven zou dit in vervolgonderzoek kunnen worden meegenomen.

Een volgende beperking is dat wij zijn uitgegaan van een causale relatie tussen relatiestatus en fysieke gezondheid. Echter kan er ook sprake zijn van een selectie effect. Mensen met gelijkenissen in gezondheid zoeken elkaar juist op en daardoor is er sprake van gelijke fysieke gezondheid. Dit kan van invloed zijn op de resultaten.

Een laatste beperking betreft de variabele sociaal-economische status. Er is alleen gekeken naar het opleidingsniveau als sociaal-economische status, terwijl SES uit opleidingsniveau, beroepsstatus en inkomen bestaat (Verweij, 2010). In de NKPS data zit echter geen vraag naar beroepsstatus, daarnaast waren er erg veel missings op de variabele inkomen waardoor wij hebben besloten deze niet mee te nemen in de analyse. Zoals in de theoriesectie is besproken, zou SES van invloed kunnen zijn op de fysieke gezondheid. Om de betrouwbaarheid van SES te verbeteren zou in vervolgonderzoek zowel opleidingsniveau als beroepsstatus en inkomen mee kunnen worden genomen in de variabele SES.

Naast een aantal beperkingen is er ook een kracht van ons onderzoek. In dit onderzoek is gekeken naar de subjectieve en objectieve fysieke gezondheid. Echter hebben wij, om de betrouwbaarheid van de variabele algehele fysieke gezondheid te waarborgen, ook analyses uitgevoerd die alleen betrekking hebben op de subjectieve fysieke gezondheid. Daardoor zijn wij ervan overtuigd dat er goede analyses zijn uitgevoerd die betrouwbare resultaten weergeven.

In Nederland wordt de invloed van de relatiestatus op de fysieke gezondheid van individuen dus niet bevestigd. Daarbij blijkt de sociale controle theorie ook minder van belang in de Nederlandse samenleving. Trouwen is in Nederland wellicht geen goed medicijn om de volksgezondheid te verbeteren!

Literatuurlijst

Brown, S. L., 2000. The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitors versus marrieds. Journal of Health and Social Behavior, 41, 244-255.

Brown, S. L., & Booth, A. (1996). Cohabitation versus marriage: A comparison of relationship quality. Journal of Marriage and the Family, 668-678.

Brown, S. L., Bulanda, J. R., & Lee, G. R. (2005). The significance of nonmarital cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *60*(1), S21-S29.

Bruijn, S. de, Hogerbrugge, M. J. A., Merz, E. Merz (2012). Cumulative codebook of the Netherlands Kinship Panel Study, Wave 1 to 3, 2002-2011. *NKPS Working Paper No. 11*. The Hague: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014*). De religieuze kaart van Nederland, 2010-2013.* Geraadpleegd op 6 juni 2016 van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/40/kerkbezoek-daalt-vooral-onder-katholieken

Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). *CBS: Aantal huwelijken niet verder gedaald*. Geraadpleegd op 19 mei 2016 van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/minder-mensen-in-het-huwelijksbootje.htm

Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). *Welzijn in Nederland.* Geraadpleegd op 02-05-2016 van https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2015/40/2015-welzijn-in-nederland.pdf

Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (2015). *National Health Interview Survey Early Release Program*. Geraadpleegd op 3 juni 2016, via http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/Quarterly_estimates_estimates_2010_2015_Q11.pdf

Daniel, K. (1994). Does marriage make workers more productive? (Working Paper). Philadelphia: University of Pennsylvania, Wharton School.

DeKlyen, M., Brooks-Gunn, J., McLanahan, S., & Knab, J. (2006). The mental health of married, cohabiting, and non-coresident parents with infants. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1836-1841.

Duncan, G. J., Wilkerson, B., & England, P. (2006). Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*, *43*(4), 691-710.

Dykstra, P.A., M. Kalmijn, T.C.M. Knijn, A. E. Komter, A.C. Liefbroer & C.H. Mulder

(2005), Codebook of the Netherlands Kinship Panel Study, Wave 1. *NKPS Working Paper.* The Hague: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.

Heimdal, K. R., & Houseknecht, S. K. (2003). Cohabiting and married couples' income organization: Approaches in Sweden and the United States. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 525-538.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2013. *Health Insurance Coverage of the Total Population.* Geraadpleegd op 3 juni 2016 van http://kff.org/other/state-indicator/total-population/

Horwitz, A. V., & White, H. R. (1998). The relationship of cohabitation and mental health: A study of a young adult cohort. *Journal of Marriage and the Family*, 505-514.

Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2002). Health in household context: Living arrangements and health in late middle age. *Journal of health and social behavior, 43*(1), 1

Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being a longitudinal analysis. *Journal of Family Issues,23*(8), 885-911.

Lamb, K. A., Lee, G. R., DeMaris, A. (2000). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*, 65, 953-962.

Latten, J. (2004). Trends in samenwonen en trouwen. *De schone schijn van burgerlijke.* Geraadpleegd op 12 juni 2016 van http://www.cbs.nl/nr/rdonlyres/d479f5ba-87b2-4c6e-bccd-8306450af908/0/2004k4b15p046art.pdf

Lawdepot, (n.d.). *What is cohabitation agreement*? Geraadpleegd op 6 juni 2016 van https://www.lawdepot.com/contracts/cohabitation-agreement/

Marshall, G, 1998. "Social integration and system integration." *A Dictionary of Sociology*. Geraadpleegd op 19 mei 2016 van http://www.encyclopedia.com/doc/1O88-socialntgrtnndsystmntgrtn.html

Meeus, T-J. (2010, 21 maart). Zeven vragen over het zorgplan van Obama. *NRC*. Geraadpleegd op 5 juni 2016 van http://vorige.nrc.nl//buitenland/article2508201.ece/Zeven_vragen_over_het_zorgplan_van_Obama

Nock, S. L. (1995). A comparison of marriages and cohabiting relationships. *Journal of Family Issues*, 16(1), 53 - 76.

Pew Research Centre (2015). Religious Composition by Country, 2010-2050. Geraadpleegd op 6 juni 2016 via http://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table/2010/percent/all/

Pew Research Center (2015). *U.S. Public Becoming Less Religious.* Geraadpleegd op 5 juni 2016 van http://www.pewforum.org/2015/11/03/u-s-public-becoming-less-religious/

Pulles, I., van den Dool, R., & Breedveld, K. (2014). Jeugdsport: positieve geluiden en aanhoudende en nieuwe zorgen. *Jeugdbeleid, 8*(3-4), 21-26.

Rijksoverheid (2015). *Trouwen, geregistreerd partnerschap en samenwonen.* Geraadpleegd op 19-05-2016 van https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2014/07/09/trouwen-geregistreerd-partnerschap-en-samenwonen/Trouwen%2C+GP+en+samenwonen+2015+november+.pdf

Rijksoverheid (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel.* Geraadpleegd op 1 juni 2016 van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel

Squires, D. & Anderson, C. (2015). U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries. *The Commonwealth Fund.* Geraadpleegd op 03-06-2016, via http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective

Ultee, W., Arts, W., & Flap, H. (2009). *Sociologie. Vragen, uitspraken, bevindingen.* Groningen: Wolters Noordhof

Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of health and social behavior*, 306-319.

Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*, *34*(8), 907-917.

Verweij, A (2010). Wat is sociaaleconomische status? *Rijksinstituut Volksgezondheid en Mileu*. Geraadpleegd op 19-05-2016 van http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/wat-is-sociaaleconomische-status/

Waite, L., & Gallagher, M. (2002). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier and better off financially*. Random House Digital, Inc.

Wu, Z., & Hart, R. (2002). The effects of marital and nonmarital union transition on health. *Journal of Marriage and Family*, *64*(2), 420-432.

Wu, Z., Penning, M. J., Pollard, M. S., & Hart, R. (2003). “In Sickness and in Health” Does Cohabitation Count?. *Journal of Family Issues*, *24*(6), 811-838

Appendix I

Tabel 2: *Kruistabel subjectieve gezondheid en objectieve gezondheid*.

	Gezondheid subjectief: Hoe voel je je ?			**Totaal**
Gezondheid objectief: Ziekte of handicap?	Slecht	Neutraal	Goed	
Ja	194	494	739	1427
Nee	9	157	3607	3773
Totaal	203	651	4346	5200

Tabel 3: *Variabelen en definitie van de variabelen.*

Variabele	**Definitie**
TROUWEN	Is men getrouwd.
SAMENW	Woont men samen, zonder te zijn getrouwd.
RELSTAT	Woont men samen of is men getrouwd
GEZONDHEID	Subjectieve en objectieve fysieke gezondheid
GEZONDSUB5	Subjectieve fysieke gezondheid
SES	Opleidingsniveau
LAAGEDUC	Men is laag opgeleid
NORMAALEDUC	Men is gemiddeld opgeleid
HOOGEDUC	Men is hoog opgeleid
VROUW	Sekse
RELDU	Relatieduur in jaren
RELOUDERS	Zijn de ouders gescheiden.
AAGE	Leeftijd in jaren
SEKSE_RELSTAT	Interactievariabele van sekse op relatiestatus