

Zorgrelaties in de sociale netwerken van vrouwen en mannen

Een eindeloze reeks van studies bevestigt wat de meesten onder ons al aan den lijve hebben ondervonden: terecht kunnen bij anderen in geval van nood of voor een bemoedigend woord is van onschatbare waarde. Netwerken van steunende relaties vormen een ware bron van kapitaal die in nood kan worden aangesproken.

Voor wat het verlenen en ontvangen van steun betreft, verschillen mannen en vrouwen grondig van elkaar. Ontelbare empirische studies tonen aan dat vrouwen vaker zorgen voor anderen bij ziekte of anderen emotioneel steunen. Ze hebben ook meer bemoediging nodig, zijn bovendien minder beschroomd om bij anderen aan te kloppen voor hulp, delen gemakkelijker hun emoties en staan meer open voor emotionele ondersteuning (voor een overzicht van de literatuur, zie ondermeer Bielby, 1999; Lye, 1996). De consistentie van deze geslachtsverschillen brengt velen ertoe ze te beschouwen als fundamentele kenmerken van vrouwen en mannen, karakteristieken die zo elementair zijn dat ze wellicht tot biologische (Hinde, 1984; Rossi, 1984) of diepgeworteld culturele verschillen (Chodorow, 1978) terug te brengen zijn.

De vraag is nu of deze geslachtsverschillen wel zo fundamenteel zijn als ze lijken. De voorname alternatieve verklaring aangaande de verschillen in zorgend gedrag tussen vrouwen en mannen is de structuralistische. Deze stelt dat het onderscheid valt terug te voeren tot de verschillende sociale omstandigheden waarin vrouwen en mannen vertoeven. De empirische

onderbouw van deze structuralistische verklaring bestaat uit een brede waaier van onderzoek naar de invloed van sociale condities op geslachtsverschillen in specifieke deeldomeinen van zorgend en steunverlenend gedrag of bij specifieke doelgroepen, zoals de zorg voor kinderen, of de zorg voor bejaarde ouders, de aard van vriendschapsrelaties, de kwaliteit van de relaties tussen collega's (Lye, 1996; Umberson, Chen, House & Hopkins, 1996).

De huidige studie neemt een andere invalshoek. De benadering is eerder algemeen. Ze concentreert zich niet op specifieke relaties, maar neemt een brede waaier van relaties in ogenschouw. Bovendien onderzoekt ze deze relaties niet bij specifieke doelgroepen. Ze baseert zich op informatie van een representatieve steekproef van de Belgische bevolking. Tot op heden namen slechts een handvol empirische studies deze invalshoek (Pugliesi & Shook, 1998; Moore, 1990). We zoeken bijgevolg naar een empirisch antwoord op de vragen of vrouwen over het algemeen meer steun verlenen en ontvangen en of dit geslachtsverschil een sociaal structurele basis heeft. We baseren ons op gegevens van het Gezinsdemografisch Panel, een longitudinale steekproef van Belgische huishoudens.

Enkele verklaringen: sekse/gender of sociale condities?

Sociobiologen poneren dat geslachtsdifferentiële reproductieve strategieën vrouwen ertoe brengen meer in hun kinderen en kleinkinderen te

investeren en hun partners te stimuleren in de zorg voor hun kinderen (Geary, 1998; Hinde, 1984). Neurobiologische hypothesen stellen dat, prenataal of neonataal, hormoonspiegels bijdragen tot een geslachtsdifferentiële organisatie van de hersenen en uiteindelijk tot gedragsverschillen tussen vrouwen en mannen (Breedlove, 1999; Cahill, 2005; Kimura, 2002), hoewel de meesten niet zo ver gaan te beweren dat er een rechtstreeks verband is met ouderlijk gedrag (Rossi, 1984) of zorgend gedrag in het algemeen.

Socialisatietheorieën (Chodorow, 1978; Gilligan, 1982) gaan uit van de veronderstelling dat primaire socialisatieprocessen jongens brengen tot een meer agressieve en competitieve gedragslijn en deze houding de ontwikkeling van meer intieme en zorgende relaties in de weg staat. Jongens ontwikkelen een identiteit door zich te onderscheiden en te scheiden van hun moeder als primaire zorgverstrekker, terwijl meisjes in verbondenheid met hun moeder hun geslachtsidentiteit ontwikkelen. De participatie aan zorgende en steunende relaties is daardoor meer congruent met de vrouwelijke identiteit.

Deze verklaringen zijn asituationele theorieën: ze maken duidelijk waarom vrouwen, over een brede waaier van situaties heen, meer in zorgrelaties investeren en relaties met familieleden meer centraal stellen. Empirische evidentie voor de correctheid van deze veronderstelling kan teruggevonden worden in studies zoals van Beutel en Marini (1995) die aantonen dat vrouwen meer bezorgd zijn voor het welzijn van anderen, meer medeleven tonen, meer belang hechten aan innige verbondenheid met anderen en minder competitief zijn. Deze oriëntaties of gedragslijnen overstijgen de uitoefening van specifiek rolgedrag. Met andere woorden, de geslachtsverschillen zijn relatief stabiel ondanks ingrijpende veranderingen in de sociale posities van vrouwen sinds de jaren zestig van de vorige eeuw.

Sommige verklaringen voor de relatief geringe bijdrage van mannen, wanneer het op zorgen en emotioneel ondersteunen aankomt, gaan uit

van de veronderstelling dat deze geslachtsverschillen niet eigen zijn aan de persoonlijkheid van vrouwen en mannen, maar kenmerkend zijn voor de situaties waarin ze vertoeven, de relaties waar ze in betrokken zijn en de sociale verhoudingen die stelselmatig op hen inwerken (Epstein, 1988; Moore, 1990; Ridgeway & Smith-Lovin, 1999). Deze studies stellen, bijvoorbeeld, dat een positie van ondergeschiktheid in de partnerrelatie of op het werk iemand meer gevoelig maakt voor de noden van dominante personen en deze verhoogde gevoeligheid vaker bij vrouwen kan aangetroffen worden omdat ze verhoudingsgewijs meer in ondergeschikte posities verzeild raken (Kanter, 1976; Snodgrass, 1985). Meer algemeen gaat de structuralistische benadering uit van de veronderstelling dat geslachtsverschillen gereduceerd worden wanneer vrouwen en mannen zich bevinden in gelijkaardige sociale omstandigheden, in vergelijkbare sociale relaties of op gelijkaardige sociale posities. Deze posities, relaties of condities kunnen, met andere woorden, het verschil in zorgend gedrag bij vrouwen en mannen 'wegverklaren'. Reeds een gedeeltelijke reductie van dit verschil ondersteunt de structuralistische hypothese. Maatschappelijke omstandigheden doordringen de verhoudingen tussen vrouwen en mannen immers in die mate dat, via processen van institutionalisatie en legitimatie, een zeer stabiel gendersysteem van interacties ontstaat dat relatief ongevoelig wordt voor variaties in structurele condities (Ridgeway & Smith-Lovin, 1999). *Een interessante onderzoekshypothese is, bijgevolg, of de aard van de steun- en zorgnetwerken van vrouwen en mannen tot geslachtsverschillen in sociale condities te reduceren zijn.*

Deze sociale omstandigheden hebben al dan niet rechtstreeks te maken met de huishoudelijke situatie of de werksituatie (zie onder anderen Komter & Vollebergh, 1998) omdat in beide sociale sferen vrouwen en mannen elkaar systematisch ontmoeten, waardoor genderspecifieke verhoudingen ontstaan. Empirische studies gebruiken ruwe indicatoren om deze sociale sferen in kaart te brengen. Zo

toont voorgaand onderzoek het scholingsniveau (Marks & McLanahan, 1993; Moore, 1990), de graad van tewerkstelling (Himes & Reidy, 2000) en de mate van verstedelijking van de woonplaats van vrouwen en mannen (Wilson, 1993) aan als mogelijke determinanten van de mate waarin ze zorgend omgaan met anderen. Ook hun leeftijd, als een indicator van de levensfase waarin ze zich bevinden (Spitze & Ward, 2000), hun burgerlijke staat (Cooney & Uhleberg, 1990), het ouderschap (Munch, McPherson & Smith-Lovin, 1997) en de aanwezigheid van ouders (Marks, 1998), van broers en zussen (Marks & McLanahan, 1993) en van een partner (Walker, 1999) blijken de kwaliteit van hun zorgnetwerken te bepalen.

Onderzoek heeft reeds aangetoond dat gehuwde vrouwen en mannen meer contacten met familieleden onderhouden (Moore, 1990). Ouders in niet-conventionele huishoudens daarentegen – zoals alleenstaande ouders, ouders in samengestelde gezinnen, als samenwonende ouders – hebben verhoudingsgewijs minder contact met familieleden (Marks & McLanahan, 1990). Ook de voortdurende zorg voor kinderen vermindert de mogelijkheid tot het onderhouden van contacten met andere volwassenen. Vooral vrouwen zien de omvang van hun netwerken slinken (Munch et al., 1997). Vooral de contacten met vrienden en collega's worden gehinderd (Moore, 1990). Naar mate men ouder wordt, komen doorgaans de relaties met verwanten meer centraal te staan. Algemeen vindt Moore (1990) dat het aandeel van contacten met familieleden in de totale netwerken van vrouwen en mannen een dieptepunt bereikt bij vroege dertigers, maar daarna terug aan belang wint ten koste van het aandeel van vrienden, collega's en burens. Deze bevindingen maken duidelijk dat sociale condities wel degelijk grondig ingrijpen in de aard van de sociale netwerken, zoals de verhouding tussen verwanten en anderen. De vraag is of systematische geslachtsverschillen in deze, en andere sociale omstandigheden, aan de basis liggen van geslachtsverschillen in zorgend gedrag.

Steekproef, variabelen en methode

Gebruik werd gemaakt van de gegevens van de zesde datagolf (1997) van het Belgisch Gezinsdemografisch Panel (Panel Study of Belgian Households, PSBH).¹ De PSBH vormt een steekproef van Belgische huishoudens. Alle leden van de huishoudens ouder dan 15 jaar worden in de steekproef opgenomen. Onderstaande analyse is onderdeel van een meer uitgebreid onderzoek naar de invloed van de geslachtssamenstelling van de familie op het verlenen van steun aan anderen. Informatie over de aanwezigheid van broers en zussen werd gehaald uit de derde datagolf van de PSBH. Omdat niet iedereen deel nam aan beide ondervragingen, is ook het aantal bruikbare enquêtes voor onderstaande analyse beperkt tot 5791 personen (2699 of 46,6% mannen en 3092 of 53,4% vrouwen) die deelnamen aan beide enquêtes.

De steun- en zorgnetwerken worden in kaart gebracht, gebruik makend van de antwoorden op drie vragen. De eerste peilt naar de sociale categorieën van personen bij wie men terecht kan voor hulp wanneer men ziek is. Ze luidt: *'Bij wie kan u terecht wanneer u hulp nodig hebt als u wegens ziekte een aantal dagen uw gewone activiteiten niet kan uitvoeren?'* Zeven antwoordcategorieën werden voor deze studie gebruikt: *partner/vriend(in), ouders, kinderen, broer/zus, verdere familie, vrienden, burens en collega/studiegenoot*. Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Deze vraag omtrent het ontvangen van steun, werd aangevuld met twee vragen omtrent het verstrekken van zorg aan anderen. Gevraagd werd aan te duiden *of men instaat voor de zorg van iemand die speciale hulp nodig heeft omwille van ouderdom of ziekte*, en dit niet tegen betaling. Verschillende categorieën van personen konden aangeduid worden: *echtgenoot/partner, ouder(s), schoonouder(s), kind(eren), een ander familielid*. Opnieuw waren meerdere antwoorden mogelijk. De hierdoor verkregen informatie werd gecombineerd met antwoorden op een tweede vraag over zorggedrag, met name of men *regelmatig hulp verleent aan één of meerdere*

medemensen buiten het huishouden? Hierop konden al dan niet bevestigend antwoorden voor zes categorieën van personen, in casu, *de ouder(s), de schoonouder(s), kind(eren), een ander familielid, buren, vrienden/kennissen*. Waar mogelijk bevatten de zorgindicatoren de gecombineerde antwoorden op beide vragen. We werken met secundaire data die niet verzameld werden in het kader van bovenstaande probleemstelling. De indicatoren zijn bijgevolg niet volmaakt. Zo zijn de vragen over het ontvangen van steun beperkt tot het verkrijgen van hulp bij ziekte, terwijl de vragen over het verlenen van steun ruimer zijn en eveneens het verlenen van meer algemene steun inhouden.

De centrale onafhankelijke variabele is uiteraard *geslacht* (vrouw=1). Andere belangrijke indicatoren hebben betrekking op de *familiestructuur*. Onderscheid werd gemaakt tussen het hebben van een *partner* en de *burgerlijke staat*. De eerste indicator maakt duidelijk of de ondervraagden een partner in hun leven hebben met wie ze samenleven in hetzelfde huishouden ongeacht hun burgerlijke staat (partner=1). De tweede indicator laat toe te bepalen of de personen gehuwd, gescheiden, weduwe of weduwnaar of nooit gehuwd zijn. Verder wordt rekening gehouden met de mate van *tewerkstelling*. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zij die voltijds werken (meer dan 32 uren per week), zij die een deeltijdse job verrichten (10 tot 32 uren per week) en zij niet of slechts in geringe mate beroepsactief zijn (0 tot en met 9 uren per week).

De *scholing* werd bepaald met een indicator bestaande uit 9 categorieën van het hebben van geen diploma tot het behaald hebben van een postuniversitaire graad. Als mate van verstedelijking gebruiken we informatie betreffende de woonomgeving van de respondenten. Een goede indicator van verstedelijking ontbreekt. Wat ons slechts ter beschikking stond, waren de antwoorden op zes vragen betreffende de woonomgeving. Zo werd uit de nabijheid van een groene ruimte, een speelterrein voor kinderen, administratieve diensten, het openbare vervoer

en een winkelcentrum, samen met een evaluatie van de buurt, afgeleid of de omgeving verstedelijkt is of niet. Een hogere score op deze variabele impliceert een grotere urbanisatiegraad.

Wij vragen ons af hoeveel van de gesignaleerde globale verschillen tussen vrouwen en mannen toe te schrijven zijn aan systematische verschillen in hun leefomstandigheden. De resultaten staan weergegeven in twee tabellen. Door middel van logistische regressieanalyse wordt nagegaan of, achtereenvolgens, de ervaring van hulp bij ziekte, en het verlenen van steun en hulp bij ziekte verbonden zijn met de sociale omstandigheden waarin vrouwen en mannen vertoeven. We vertrekken van een regressiemodel waarin enkel geslacht als onafhankelijke variabele opgenomen is (het basismodel). Dit model vormt een basis van vergelijking voor de resultaten van het tweede regressiemodel (het volledige model). Dit model bevat naast geslacht als onafhankelijke variabele, alle sociaalstructurele indicatoren. Bij het bespreken van de bevindingen beperken we ons tot het aanduiden van de algemene patronen, de regelmaat in de bevindingen over de verschillende indicatoren heen. We gaan immers uit van de, eerder voorzichtige, veronderstelling dat de specifieke indicatoren van de ervaring van hulp bij ziekte, en het verlenen van steun en hulp bij ziekte te onnauwkeurig zijn om afzonderlijk te beschouwen, maar samen toch in staat zijn een betrouwbaar beeld te schetsen.

Geslachtsverschillen in het ervaren en het verlenen van steun en zorg

De gemiddelde waarden in tabel 1 en de regressiecoëfficiënten van de basismodellen in tabellen 2 en 3 maken duidelijk dat vrouwen en mannen gemiddeld verschillen van elkaar wanneer het op geven en ontvangen van hulp bij ziekte aankomt. De gemiddelde waarden in tabel 1 geven deze verschillen meer aanschouwelijk weer. Omdat de afhankelijke variabelen dichotoom zijn, kunnen de gemiddelden gelezen worden als proporties. Ze zijn eveneens direct omzetbaar in percentages. Zo blijken

65,5 % van de vrouwen en 73,2 % van de mannen ($t = 6,332$, sig. $t < 0,001$) bij hun partner terecht te kunnen voor hulp als ze ziek zijn. Andere significante verschillen zijn de mate waarin vrouwen en mannen bij kinderen en bij collega's terecht kunnen en de mate waarin ze hulp verstrekken aan ouders, kinderen en andere familieleden.

De meest markante verschillen hebben betrekking op de partnerrelatie en de ouder-kind-relatie (zie tabel 1 en tabel 2, basis-model). Zo kunnen vrouwen minder op een partner rekenen voor hulp bij ziekte. Mannen kunnen hiervoor dan weer minder bij hun kinderen terecht. Naast andere verwanten vormen ook buren, collega's en vrienden belangrijke bronnen van steun. Vooral mannen kunnen rekenen op collega's als bron van hulp bij ziekte. Ook voor wat het zorgen voor anderen en het verlenen van hulp aan anderen betreft, worden systematische geslachtsverschillen vastgesteld (zie tabel 1 en tabel 3, basis-model). Zo zorgen vrouwen vaker voor hun zieke ouders, hun zieke kinderen en voor andere zieke verwanten.

Twee opmerkingen zijn op hun plaats bij de interpretatie van deze gemiddelden. Ten eerste vormen deze algemene scores slechts een ruwe indicatie van de aanwezigheid van zorgende relaties in de netwerken van vrouwen en mannen. Het zijn *gemiddelde* scores die heel wat variatie negeren. Ook onder vrouwen en onder mannen zijn de verschillen in zorgend en steunverlenend gedrag immers aanzienlijk. Er is zelfs sprake van een grote overlapping tussen beiden: vele mannen zorgen meer dan sommige vrouwen doen.

Ten tweede is het onduidelijk welk belang deze zeer algemene scores hebben. In het licht van wat we weten over de samenstelling van de sociale netwerken van vrouwen en mannen en hun maatschappelijke posities zijn sommige geslachtsverschillen op zijn minst vanzelfsprekend te noemen. Zo leven er meer mannen samen met een partner en werken mannen vaker voltijds zodat het niet hoeft te verwonderen dat zij vaker aangeven bij een partner terecht te kunnen of van collega's hulp bij ziekte te verwachten. De centrale vraag is echter of alle geobserveerde geslachtsverschillen volle-

Tabel 1 - Zorg en steun verlenen en ontvangen in de relaties van vrouwen en mannen (gemiddelden en standaardafwijkingen)

	Gem.	Vrouwen Std. Afw.	N	Gem.	Mannen Std. Afw.	N	Significantie
Zorgen voor en hulp-verlenen aan							
Partner	0,008	0,091	3092	0,006	0,079	2699	$t = -0,933$, sig. $t = n.s.$
Ouder(s)	0,066	0,249	3092	0,049	0,215	2699	$t = -2,886$, sig. $t = 0,004$
Schoonouder(s)	0,022	0,146	3092	0,021	0,144	2699	$t = -0,144$, sig. $t = n.s.$
Kind(eren)	0,031	0,174	3092	0,017	0,129	2699	$t = -3,508$, sig. $t < 0,001$
Andere familieleden	0,040	0,195	3092	0,028	0,164	2699	$t = -2,506$, sig. $t = 0,012$
Buren	0,019	0,137	3092	0,016	0,124	2699	$t = -1,021$, sig. $t = n.s.$
Vriend(en)	0,032	0,177	3092	0,025	0,157	2699	$t = -1,617$, sig. $t = n.s.$
Hulp bij ziekte van							
Partner	0,655	0,475	3092	0,732	0,443	2699	$t = 6,332$, sig. $t < 0,001$
Ouder(s)	0,449	0,497	3092	0,452	0,498	2699	$t = 0,242$, sig. $t = n.s.$
Kind(eren)	0,436	0,496	3092	0,376	0,485	2699	$t = -4,63$, sig. $t < 0,001$
Broer(s)/zus(sen)	0,430	0,495	3092	0,421	0,494	2699	$t = -0,681$, sig. $t = n.s.$
Andere familieleden	0,299	0,458	3092	0,310	0,463	2699	$t = 0,958$, sig. $t = n.s.$
Vriend(en)	0,564	0,496	3092	0,543	0,498	2699	$t = -1,598$, sig. $t = n.s.$
Buren	0,417	0,493	3092	0,399	0,490	2699	$t = -1,403$, sig. $t = n.s.$
Collega('s)	0,213	0,409	3092	0,247	0,431	2699	$t = 3,071$, sig. $t = 0,002$

dig tot verschillen in sociale condities terug te brengen zijn. De ontleding leverde in dit verband verrassende resultaten op (zie de volledige modellen in de tweede helft van de tabellen 2 en 3).

Sociaalstructurele invloeden op geslachtsverschillen in het verlenen en ervaren van steun en zorg

Een blik op de cijfers leert dat deze structuralistische veronderstelling niet over de gehele linie opgaat. Na de opname van de bijkomende indicatoren in de logistische regressiemodelen verdwijnen sommige initiële geslachtsverschillen, maar komen andere dikker in de verf te staan.

Zo laten de data zien dat geslachtsverschillen in de ervaring van hulp bij ziekte door een partner of door collega's (zie tabel 2) toe te schrijven zijn aan de verschillende samenstelling van de netwerken van vrouwen en mannen. De structuralistische these wordt bijgevolg bevestigd. Mannen ervaren meer hulp bij ziekte van collega's omdat veel vrouwen geen voltijdse betaalde baan hebben. Bovendien ervaren hooggeschoolden meer steun van collega's en tewerkgestelde vrouwen zijn gemiddeld minder geschoold. Helemaal anders is het gesteld met de overige indicatoren van hulp en steun.

In sommige gevallen is het zo dat, waar initieel geen geslachtsverschil aanwezig is, het verschijnt na controle voor verschillen in sociale omstandigheden. Dit is het geval voor de mate waarin men zijn ouders ervaart als bron van hulp bij ziekte. Vrouwen zouden meer terecht kunnen bij hun ouders voor hulp bij ziekte, was het niet dat (a) ze gemiddeld ouder zijn (b) ze minder vaak betaald werk hebben, (c) doorgaans lager geschoold zijn en (d) minder op een partner kunnen terugvallen. De ontleding laten zien dat personen die in deze situaties vertoeven in het algemeen minder op hun ouders kunnen terugvallen voor hulp bij ziekte (zie tabel 2, linkerkolom: basismodel, $B = 0,008$, $p=n.s.$; volledig model: $B =$

$0,173$, $p<0,05$). Een tweede voorbeeld heeft betrekking op de ervaring van broers en zussen als een bron van hulp bij ziekte. Waar er in het basismodel geen verschillen tussen vrouwen en mannen zijn (tabel 2; basismodel: $B=0,052$, $p=n.s.$), zien we, na een statistische controle voor verschillen in sociale condities, een bescheiden, maar significant geslachtsverschil ontstaan (tabel 2, volledig model: $B = 0,137$, $p<0,05$). Vrouwen krijgen doorgaans niet meer steun van broers of zussen omdat ze gemiddeld ouder zijn, hun arbeidsparticipatiegraad lager is, omdat ze verhoudingsgewijs minder vaak gehuwd zijn en omdat ze, tenslotte, vaker weduwe zijn. Halen we deze verschillen tussen vrouwen en mannen weg, dan blijken vrouwen bij ziekte toch vaker bij hun zussen en broers terecht te kunnen of van hun hulp gebruik te maken.

Tenslotte blijkt dat, mochten vrouwen en mannen in vergelijkbare omstandigheden vertoeven, de eerstgenoemden nog meer op steun van hun kinderen zouden kunnen rekenen (tabel 2, basismodel: $B=0,245$, volledig model: $B= 0,402$; beide $p<0,001$). Gelijkaardige bevindingen laten zich noteren voor wat betreft de hulp die vrouwen en mannen verlenen aan anderen (zie tabel 3).

In geen enkel geval is het zo dat het geslachtsverschil zich door de statistische controle voor verschillen in sociale condities laat reduceren. Zo zorgen vrouwen meer voor hun zieke ouders (basismodel: $B=0,321$, $p<0,01$); dit geslachtsverschil zou nog meer uitgesproken zijn, wanneer mannen zich in vergelijkbare omstandigheden zouden bevinden (volledig model: $B=0,495$, $p<0,001$). Mannen zorgen minder voor tweedegraads verwanten (basismodel: $B=0,356$, $p<0,05$); de ontleding laat zien dat dit nog minder het geval zou zijn wanneer de sociale condities voor vrouwen en mannen dezelfde zouden zijn (volledig model: $B=0,391$, $p<0,05$). Tenslotte kan ook de zorg van vrouwen voor zieke kinderen niet aan sociaal structurele factoren worden toegeschreven (volledig model: $B=0,494$, $p<0,05$).

Tabel 2 - Logistische regressieanalyse van enkele bronnen van hulp bij ziekte, voor vrouwen en mannen afzonderlijk

	Hulp van ouders	Hulp van partner	Hulp van broers/ zussen	Hulp van kinderen	Hulp van andere familie	Hulp van vrienden	Hulp van buren	Hulp van collega's
Basis model								
Geslacht (vrouw = 1)	0,008	-0,375***	0,052	0,245***	-0,051	0,083	0,067	-0,193**
Volledige model								
Geslacht (vrouw = 1)	0,173*	-0,069	0,137*	0,402***	-0,071	0,076	0,015	-0,109
Leeftijd	-1,323***	-0,173***	-0,274***	0,704***	-0,250***	-0,217***	0,030	-0,352***
Onderwijs	0,054**	0,083***	-0,017	-0,091***	0,005	0,094***	0,034*	0,110***
Tewerkstelling								
0-9 uren/w (ref)								
10-32 uren/w	1,049***	0,691***	0,642***	0,416***	0,132	0,135	0,165	0,889***
meer dan 32u	0,653***	0,676***	0,398***	0,398***	-0,042	-0,062	-0,080	0,632***
Urbanisatie	0,083	-0,083	0,113	0,020	0,077	0,081	-0,252*	0,230
Burgerlijke staat								
gehuwd (ref)								
gescheiden	-0,716***	-3,292***	-0,409**	0,026	-0,728***	0,173	-0,214	-0,194
verweduwd	-0,796*	-4,520***	-0,509**	-0,582**	0,077	-0,039	-0,050	-1,235***
nooitgehuwd	-0,273	-3,402***	0,033	-3,042***	0,126	0,134	-0,355**	0,241
Partner (=1)	-0,648***	-	-0,398***	0,241	-0,212	-0,185	-0,057	-0,562***
Constante	4,630***	2,921***	0,827***	-3,299***	0,296	0,788***	-0,262	-0,518*
2loglikelihood	4169,16	4004,95	6858,88	5170,89	6369,08	7093,42	7316,69	5060,25
model chi² (df)	3300,99*** (10)	2655,49*** (9)	559,14*** (10)	2196,72*** (10)	314,59*** (10)	346,00*** (10)	54,96*** (10)	796,33*** (10)

Tabel 3 - Logistische regressieanalyse van enkele determinanten van het verlenen van zorg en hulp, voor vrouwen en mannen afzonderlijk

	Hulp en zorg aan ouders	Hulp en zorg aan de partner	Hulp en zorg aan schoon- ouders	Hulp en zorg aan kinderen	Hulp en zorg aan andere familieleden	Hulp en zorg aan vrienden	Hulp en zorg aan buren
Basis model							
Geslacht (vrouw = 1)	0,321**	0,241	0,001	0,596**	0,356*	0,290	0,248
Volledige model							
Geslacht (vrouw = 1)	0,495***	0,231	0,265	0,494*	0,391*	0,223	0,143
Leeftijd	0,116*	0,445***	-0,110	0,158*	0,092	0,123*	0,122
Onderwijs	0,034	-0,106	-0,026	-0,017	0,073*	0,178***	-0,023
Tewerkstelling							
0-9 uren/w (ref)							
10-32 uren/w	0,593**	-1,414	-0,063	0,040	-0,095	0,380	0,561
meer dan 32u	0,703***	1,188*	0,446	-0,398	-0,222	-0,123	-0,082
Urbanisatie	-0,090	-0,661	-0,357	0,074	0,397	-0,353	-0,072
Burgerlijke staat							
gehuwd (ref)							
gescheiden	0,041	-0,704	-0,769	-0,586	-0,768	-0,411	-0,854
verweduwd	-0,796*	-2,127**	-0,622	-1,493*	-1,031*	-1,039*	-1,306
nooitgehuwd	-0,340	-0,249	-1,062*	-2,186**	0,155	-0,558	-0,933
Partner (=1)	-0,255	-	2,091**	-0,724	-0,020	-0,993*	-1,005
Constante	-3,685***	-5,803***	-4,962***	-3,580***	-4,309***	-3,759***	-3,452***
2loglikelihood	2396,96	429,68	1089,31	1198,77	1632,42	1379,07	975,24
model chi² (df)	51,86*** (10)	62,27*** (9)	85,38*** (10)	65,09*** (10)	27,76** (10)	42,70*** (10)	13,66 (10)

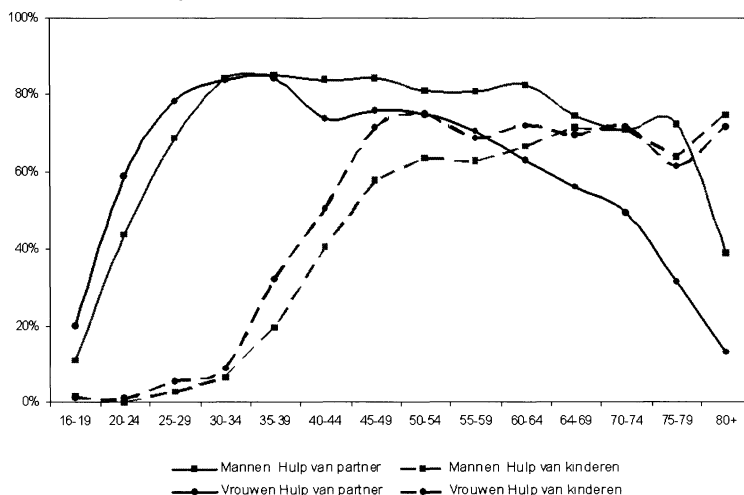
Eén besluit dringt zich alvast op: vrouwen en mannen verschillen van elkaar in de mate waarin ze in hun relaties steun ervaren en steun verlenen. Dit onderscheid kan niet aan eenvoudige, voor de hand liggende, verschillen in de sociale werelden van beiden worden toegeschreven. Meer nog, de analyses suggereren dat, in sommige gevallen, de bestaande maatschappelijke omstandigheden een rem vormen op de mate waarin dit geslachtsverschil zich kan uiten.

Wanneer enkel rekening zou worden gehouden met, voor de huidige probleemstelling, irrelevante aspecten van de sociale leefwereld van vrouwen en mannen, dan spreekt het voor zich dat variatie in deze sociale condities de geslachtsverschillen niet kan 'weg verklaren'. Het cijfermateriaal in de tabellen maakt duidelijk dat dit evenwel niet het geval is. Zowat elke indicator is op de een of andere wijze verbonden met de aard van de zorg- en steunrelaties. Bovendien zijn sommige van de condities waar naar deze indicatoren verwijzen op een geslachtsspecifieke manier met de ervaring van zorg en steun verbonden. We hebben ongetwijfeld variabelen in de modellen opgenomen die relevant zijn, in vele gevallen met de spreiding van zorg en steun verbonden zijn, maar niettemin niet in staat zijn verschillen tussen vrou-

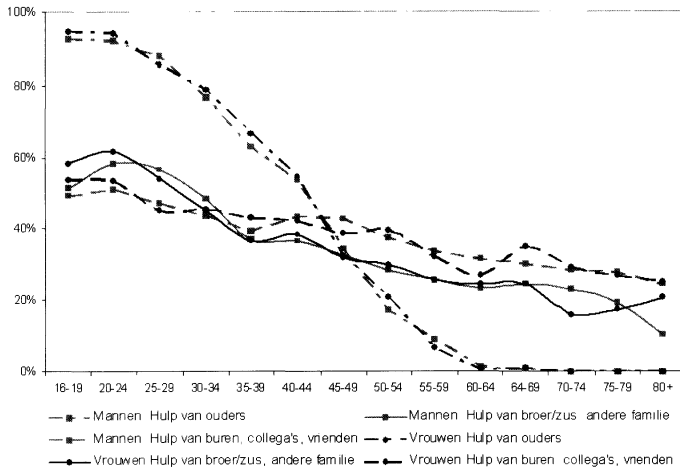
wen en mannen te verklaren. In wat volgt, worden deze indicatoren en hun impact op de aard van de relaties kort besproken.

Leeftijd. Oudere respondenten steunen globaal meer op kinderen bij ziekte (tabel 2, vierde kolom, $B=0,402$, $p<0,001$) en verlaten zich minder op anderen. Zo, bijvoorbeeld, steunen ze minder op hun eigen ouders (tabel 2, eerste kolom, $B = -1,323$, $p<0,001$) of hun vrienden (tabel 2, zesde kolom, $B = -0,217$ $p<0,001$). Bovendien is het zo dat, met het stijgen van de leeftijd, ouders, partners en vrienden meer en meer hulp bij ziekte vragen, dan als een bron van hulp bij ziekte fungeren (zie tabel 3). Oudere volwassenen blijken over het algemeen belangrijke steunverleners. Leeftijd is uiteraard een heel ruwe indicator van de levensfase waarin men zich bevindt. Bovendien laten de, in de tabellen vermelde, lineaire effecten niet toe alle schommelingen in de samenstelling van de steunnetwerken met het doorlopen van de verschillende levensfasen te vatten. Figuren 1 en 2 geven het verloop in de samenstelling van deze netwerken beter weer. De lijndiagrammen maken duidelijk hoe belangrijk verwantschapsrelaties zijn. Ze laten eveneens zien dat het belang van de andere categorieën van steunverleners geleidelijk aan vermindert. Beide figuren samen maken duidelijk dat de

Figuur 1 - Hulp bij ziekte, van de partner en van de kinderen naar leeftijd, voor vrouwen (N = 3092) en mannen (n = 2699) afzonderlijk.



Figuur 2 - Hulp bij ziekte, van de ouders, broers, zussen en andere verwanten, van vrienden, buren en collega's naar leeftijd, voor vrouwen (N = 3092) en mannen (n = 2699) afzonderlijk.



partnerrelatie en de as ouder-kind door de totale levensloop een centrale plaats innemen. Jongvolwassenen steun sterk op hun ouders bij ziekte. Wordt men ouder dan maakt de steun van ouders plaats voor de steun van een partner, nog later komt de steun van, ondertussen volwassen, kinderen centraal te staan.

Scholing en urbanisatie. Doorgaans vindt men dat hooggeschoolden hun familienetwerken minder centraal stellen. Ook in verstedelijkte regio's zouden relaties met familieleden aan belang verliezen ten voordele van relaties met collega's en vrienden. De resultaten maken duidelijk dat in de werkelijkheid de verhoudingen minder éénduidig zijn. Het is inderdaad zo dat hoger geschoolden meer hulp verlenen en hulp ontvangen van vrienden (tabel 2, $B=0,094$, $p<0,001$; tabel 3, $B=0,178$, $p<0,001$). Ook hun collega's staan meer centraal: ze fungeren vaker als hulpverlener (tabel 3, $B=0,110$, $p<0,001$). Dit wil echter niet zeggen dat verwanten plaats moeten ruimen. Hooggeschoolden verlenen meer hulp aan verwanten in de tweede graad; ze kunnen ook meer terecht bij hun ouders. Er is één markante uitzondering op deze regel: laaggeschoolde koppels vallen eerder terug op hun kinderen (zie tabel 2). Weinig verschillen worden vastgesteld tussen personen die leven in een urbane of een semi-urbane omgeving.

Uiteraard kan de lage validiteit van onze maat van verstedelijking hieraan schuld hebben. In verstedelijkte omgevingen spelen buren wel een minder belangrijke rol.

Betaalde arbeid. Aangezien geen informatie beschikbaar is over de mate waarin men zelf collega's bijstaat, moeten we ons beperken tot de mate waarin men op hun hulp kan rekenen bij ziekte. De cijfers laten er geen twijfel over bestaan: voor wie werkt, vormen beroepsgenoten een belangrijke bron van steun. De coëfficiënten in tabel 2 maken eveneens duidelijk dat zij die deeltijds of voltijds werken de meeste sociale relaties meer aanspreken. Ze melden meer hulp bij ziekte van hun ouders, van hun partner, van hun kinderen en van hun broers of zussen.

Burgerlijke staat en de aanwezigheid van een partner. Getracht werd het effect van burgerlijke staat op de samenstelling van de sociale netwerken te schatten los van de aanwezigheid van een (nieuwe) partner. Veel weduwen en weduwnaren, uit de echt gescheidenen en nooit gehuwden hebben immers een (nieuwe) levensgezel. De bevindingen rechtvaardigen deze strategie. Vooreerst blijkt dat de aanwezigheid van een partner van cruciaal belang is voor de wijze waarop mensen hun zorg- en steunnetwerken uit bouwen. Zowel vrouwen

als mannen verlaten zich bij aanwezigheid van een partner op hem of haar en zijn minder geneigd anderen aan te spreken voor hulp bij ziekte (zie tabel 2). Verder is duidelijk dat, onafhankelijk van de aanwezigheid van een nieuwe partner, personen die uit de echt gescheiden leven meer afstand nemen van hun familie. Ze ervaren hun verwanten minder als een bron van hulp bij ziekte (tabel 2). Bovendien is het niet zo dat ze deze relaties worden vervangen door meer innige contacten met vrienden, burens of collega's. Wie uit de echt gescheiden is, leeft gewoonweg meer sociaal geïsoleerd, dan wie gehuwd is.

Dat het huwelijk personen bindt aan hun families blijkt eveneens uit de opbouw van de steunnetwerken van hen die nooit huwden. Verwanten nemen bij alleenstaanden of zij die ongehuwd samenwonen een minder centrale plaats in. Ze steunen, minder dan gehuwden, op hun ouders en hun kinderen voor hulp bij ziekte. Nooit gehuwden kunnen overigens veel minder bij hun burens terecht in geval van ziekte (tabel 2, $B = -0,355$, $p < 0,01$). Ze verlenen zelf minder hulp aan zieke kinderen (tabel 3, $B = -2,186$, $p < 0,010$). Gehuwden staan bovendien vaker klaar om hulp te verlenen aan de ouders van hun partner (tabel 3, $B = -1,062$, $p < 0,05$). Het geheel van bevindingen geeft ons de impressie dat het huwelijk personen bindt aan hun partner en hen opneemt in een sociale organisatie van verwanten, terwijl het ongehuwd samenwonen iemand minder aan verwanten bindt, maar des te meer in de partnerrelatie doet opgaan. Ongehuwd samenwonenden steunen meer exclusief op elkaar.

Steun- en zorgnetwerken in kaart gebracht

Gebruikmakend van de antwoorden van 5791 personen op vragen uit de zesde datagolf van de Gezinsdemografische Panelstudie (PSBH) werden de steun- en zorgnetwerken van vrouwen en mannen in kaart gebracht. Tegen de voorspellingen van een structuralistische verklaring in tonen de analyses aan dat, onder

vergelijkbare sociale condities, vrouwen in geval van ziekte, nog meer dan nu het geval is, op anderen zouden steunen en nog meer steun zouden verlenen aan zieken. Vooraleer we ons bezig houden met een meer diepgaande interpretatie van deze bevindingen en als een waarschuwing voor elke poging tot overinterpretatie van de resultaten past het vooraf even stil te staan bij de beperkingen van onze analyse.

Een eerste belangrijke beperking is dat enkel aandacht wordt besteed aan het verlenen of ontvangen van hulp bij ziekte. Informatie over andere vormen van steun is afwezig. Zo ontbreekt elke duidelijke verwijzing naar strikt instrumentele steun of hulp. Onderzoek toont echter aan dat de steun die mannen verlenen doorgaans instrumenteel van aard is (Finley, 1989). Zonder twijfel leidt de afwezigheid van deze dimensie van sociale steun tot een onderschatting van de steun die mannen verlenen.

Ten tweede zijn de afhankelijke variabelen dichotoom. Ze bevatten elk afzonderlijk weinig informatie. Bovendien zijn fouten vlug gemaakt wanneer mensen keuzes moeten maken tussen slechts twee antwoordcategorieën. De betrouwbaarheid van de individuele antwoorden mag bijgevolg niet overschat worden. Vandaar dat een brede waaier van indicatoren tezamen worden beschouwd en de aandacht vooral uitgaat naar de patronen die met enige consistentie uit het volledige gamma van bevindingen oprijzen. Deze regelmaat en deze consistentie vormen een indicatie van betrouwbaarheid en validiteit.

Een derde tekortkoming is het feit dat de uitgevoerde analyses een aanzienlijk aantal significantietoetsen vragen. De kans op Type I fouten – verbanden die in de werkelijkheid niet bestaan overschrijden toevallig de gehanteerde significantieniveaus waardoor ze onterecht als echt worden aanzien – neemt daardoor toe.

Ten slotte is de informatie afkomstig van een één-momentsopname. De informatie laat niet toe de dynamiek in de verhoudingen in kaart te brengen. Uiteraard zijn we niet in staat trends aan te tonen, noch leeftijdseffecten van cohorte-effecten of periode-effecten te schei-

den. Ondanks deze beperkingen levert de studie enkele markante bevindingen op.

Ten eerste blijken, wanneer het aankomt op het ontvangen en verlenen van hulp bij ziekte, verwanten een centrale plaats in te nemen. De stelling van Umberson (1992) dat enkel met het ouder worden verwanten een meer centrale plaats innemen, moet worden genuanceerd. Het belang van collega's en vrienden neemt bij het voortschrijden van de levensjaren af, waardoor familie verhoudingsgewijs meer centraal komt te staan. Dit wil echter niet zeggen dat bij jongvolwassenen verwanten geen rol van betekenis spelen. Door de volledige levensloop heen vormt de relatie ouder-kind een vaste spil in de zorg- en steunnetwerken. Zeker voor vrouwen is er sprake van een ware as tussen ouder en kind. Enkel de partnerrelatie vormt de enige echte concurrent voor deze relatie.

Alle verhalen over modernisering en de afbraak van de traditionele instellingen en verhoudingen ten spijt blijven verwanten sleutelfiguren wanneer het op wederzijds zorgen en steunen aankomt. Vrienden zijn belangrijk, doch blijken minder centraal te staan dan vaak gedacht wordt. Vriendenrelaties staan meer centraal bij hoger opgeleiden. Maar dit betekent niet dat bij hen familieleden plaats moeten ruimen. Wel verlaten ze zich minder gemakkelijk op hun kinderen als bron van steun.

Ten tweede is duidelijk dat familieleden geen amorphe groep van verwanten zijn, maar een sociale organisatie kennen waarin vrouwen centrale posities innemen. Lye (1996), Rossi & Rossi (1990) en Walker (1999) komen tot een analoog besluit. Het zijn vooral vrouwen die als kinderen of als ouders steun verlenen en steun ontvangen. De stelling van Rosenthal (1985) en (Dileonardo, 1987) dat vrouwen *kinkeepers* zijn en het cement vormen dat families samenhoudt, vat deze vaststelling goed samen.

Ten derde tonen de analyses aan dat de aanwezigheid van een partner iemand aan families bindt. Elke disruptie van deze partnerrelatie schept een afstand met verwanten.



Het huwelijk versterkt deze band en kan, in tegenstelling tot ongehuwd samenwonen, beschouwd worden als de formele opname in de familie van iemand die geen bloedverwant is. Ongehuwd samenwonende paren lijken meer op hun partnerrelatie terug te vallen, terwijl gehuwden ook met andere categorieën van verwanten een meer innige band ontwikkelen. Deze conclusies gelden voor zowel vrouwen als mannen, zij het dat mannen zich meer exclusief op hun partner verlaten voor sociale steun en echtscheiding hun netwerken van steun en zorg daardoor meer diepgaand beroert. Met andere woorden, vrouwen als partner, moeder, dochter of zuster vervullen een essentiële rol bij het betrokken houden van mannen op hun relaties met familieleden.

Ten slotte is de voornaamste conclusie dat mannen minder zorgen voor anderen en minder vaak hulp verlenen bij ziekte. Niet alle geslachtsverschillen zijn even uitgesproken, maar de algemene trend is helder. Enkele uitzonderingen op deze regel vormen de partnerrelatie en de relaties met collega's. Deze uitzonderingen wijzen op een voor de hand liggende verklaring: verhoudingsgewijs leven mannen nu eenmaal vaker samen met een partner en hun hogere graad van arbeidsparticipatie zorgt ervoor dat ze eveneens meer met collega's in contact komen. De poging om alle geobserveerde geslachtsverschillen tot soortgelijke verschillen in sociale condities te reduceren faalt echter. De analyses laten zien dat, onder vergelijkbare omstandigheden, vrouwen en mannen geen vergelijkbaar zorgend en steunend gedrag vertonen. In tegendeel, de verrassende conclusie dringt zich op dat *mannen nog minder zouden zorgen voor anderen of op anderen zouden terugvallen wanneer ze aan*

de sociale condities onderhevig zouden zijn waaraan vrouwen bloot staan.

Het geslachtsverschil in zorgend gedrag manifesteert zich in de alledaagse omgang dus niet in zijn volledig omvang. Verschillende verklaringen voor dit geslachtsverschil zijn mogelijk, van sociobiologische (Geary, 1998; Hinde, 1984), neurobiologische (Rossi, 1984) en psychodynamische tot cultuursociologische (Chodorow, 1978; Gilligan, 1982) theorieën. De huidige analyse en het gegevensbestand waarop ze gebaseerd is, laten niet toe de ene verklaring boven de andere te verkiezen. Bovenstaande analyse maakt wel duidelijk dat elke poging om dit geslachtsverschil terug te brengen tot de werking van geslachtsneutrale sociale condities moet worden verworpen. Het gehanteerde structuralistische verklaringsmodel uit de Durkheimiaanse traditie volstaat niet. Moeten we daarom elke sociaal-structurele verklaring afschrijven? We denken van niet en stellen een meer, sociaal-realistische, structurele verklaring voor die ruimte laat voor zowel het bovenvermelde geslachtsverschil in zorgend gedrag, als de sterke variatie in zorgend gedrag onder vrouwen en mannen. Deze gedachte sluit aan bij de, door Wood en Eagly (2002) voorgestelde, biosociale benadering, die stelt dat biologische verschillen slechts aanleiding geven tot systematische verschillen in gedrag wanneer ze invloed uitoefenen op de sociale organisatie van de verhoudingen tussen vrouwen en mannen.

Nogal wat mannen zorgen meer dan sommige vrouwen doorgaans doen. Het voorkomen van zorgend gedrag wordt dus niet alleen bepaald door het geslacht. Een reeks sociale condities bepalen of men effectief anderen helpt of op de hulp van anderen kan rekenen en het belang van deze sociale arrangementen overstijgt vaak dit van geslacht. Wel is het zo dat ook deze sociale omstandigheden een geslachtsspecifieke invulling krijgen en, met andere woorden, niet geslachtsneutraal zijn. Wij denken dat deze geslachtsspecifieke sociale arrangementen terug te brengen zijn tot één gemeenschappelijke noemer en wel die van de sociale organisatie van de

verwantschapsrelaties.

Niet dat zorgend gedrag tot relaties tussen familieleden beperkt blijft. Wel is het zo dat verwantschapsrelaties zich bevinden in de kern van de zorgnetwerken van vrouwen en mannen en er de dynamiek van bepalen. Bovendien is het zo dat vrouwen, als moeders, grootmoeders, zussen en dochters cruciale posities in deze families innemen. Relaties tussen vrouwelijke verwanten vormen niet minder dan de centrale assen van deze verwantschapssystemen. Deze vorm van geslachtsdifferentiatie is, onder meer, te wijten aan een fundamenteel biologische verschil tussen beide geslachten, met name, hun reproductieve functie. Deze functie bepaalt de positie die vrouwen en mannen in verwantschapssystemen innemen en, bijgevolg, hun zorgend gedrag.

Noot

- 1 Met dank aan D. Mortelmans en het PSBH-onderzoeksteam voor het ter beschikking stellen van de gegevens [PSBH/gol6 (1997)].

Literatuur

- Beutel A.M. & Marini M.M. (1995). Gender and Values. *American Sociological Review*, 60(3), 436-448.
- Bielby, D.D. (1999). Gender and family relations, pp. 391-406, in: Chafetz, J.S. (ed), *Handbook of the sociology of gender*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Breedlove, SM, Cooke, BM & Jordan, CL. (1999). The orthodox view of brain sexual differentiation. *Brain Behavior And Evolution*, 54 (1): 8-14.
- Cahill, L. (2005). His brain, her brain. *Scientific American*, 292 (5): 40-47.
- Chodorow, N.J. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: University of California Press.
- Cooney, T.M. & P. Uhlenberg (1990). The Role of Divorce in Mens Relations with Their Adult Children After Midlife, *Journal of Marriage and the Family*, 52(3), 677-688.
- Dileonardo, M. (1987). The Female World of Cards and Holidays - Women, Families, and the Work

- of Kinship, *Signs*, 12(3), 440-453.
- Epstein, C.F. (1988). *Deceptive distinctions. Sex, gender, and the social order*. New Haven (Conn.): Yale University Press.
- Finley, N.J. (1989). Theories of Family Labor as Applied to Gender Differences in Caregiving for Elderly Parents, *Journal of Marriage and the Family*, 79-86.
- Geary, D. C. (1998). Male, female: the evolution of human sex differences. Washington (D.C.): American Psychological Association.
- Gilligan C. (1982). In a different voice. Psychological theory and women's development. Cambridge (Mass.): Harvard University press.
- Himes, C.L. & E.B. Reidy (2000). The role of friends in caregiving, *Research on Aging*, 22(4), 315-336.
- Hinde, R.A. (1984). Why do the sexes behave differently in close relationships, *Journal of Social and Personal Relationships*, 1, 471-501.
- Kanter, R.M. (1976). The impact of hierarchical structures on the work behavior of women and men, *Social Problems*, 23, 415-430.
- Kimura, D. O. (2002). Sex differences in the brain. *Scientific American* 12[1], 32-37.
- Komter, A. & W. Vollebergh (1998). Intergenerational Solidarity. Family Ties Under Strain?, *Sociale Wetenschappen*, 41(3), 25-37.
- Lye, D.N. (1996). Adult child-parent relationships, *Annual Review of Sociology*, 22, 79-102.
- Marks, N.F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being, *Journal of Marriage and the Family*, 60(4), 951-966.
- Marks, N.F. & S.S. McLanahan (1993). Gender, Family-Structure, and Social Support Among Parents, *Journal of Marriage and the Family*, 55(2), 481-493.
- Moore, G. (1990). Structural determinants of men's and women's personal networks, *American Sociological Review*, 55, 726-735.
- Munch, A., J.M. McPherson & L., SmithLovin (1997). Gender, children, and social contact: The effects of childrearing for men and women, *American Sociological Review*, 62(4), 509-520.
- Pugliesi, K. & S.L. Shook (1998). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variation in social support resources, *Sex roles*, 38(3-4), 215-238.
- Ridgeway, C.L. & L. Smith-Lovin (1999). The gender system and interaction, *Annual Review of Sociology*, 25, 191-216.
- Rosenthal, C.J. (1985). Kinkeeping in the Familial Division of Labor, *Journal of Marriage and the Family*, 47(4), 965-974.
- Rossi, A. S. (1984). Gender and Parenthood. *American Sociological Review*, 49, 1-19.
- Rossi, A.S. & P.H. Rossi (1990). *Of human bonding: parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Snodgrass, S.E. (1985). Women's intuition: The effects of subordinate role on interpersonal sensitivity, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 146-155.
- Spitze, G. & R. Ward (2000). Gender, marriage, and expectations for personal care, *Research on Aging*, 22(5), 451-469.
- Umberson D. (1992). Relationships Between Adult Children and Their Parents: Psychological Consequences for Both Generations. *Journal of Marriage and the Family*, 664-674.
- Umberson, D., M.D. Chen, J.S. House & K. Hopkins (1996). The effect of social relationships on psychological well-being: are men and women really so different?, *American Sociological Review*, 61, 837-857.
- Walker, A.J. (1999). Changing family patterns and roles, pp. 439-474, in: Steinmetz, S.K., M.B. Sussman & J. Bernard (eds.), *Handbook of marriage and the family*. New York: Plenum press.
- Wilson, T.C. (1993). Urbanism and Kinship Bonds - A Test of 4 Generalizations, *Social Forces*, 71(3), 703-712.
- Wood, W. & Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin* 128[5], 699-727.

Beeldmateriaal

Illustratie: Gert Jan Bosgra