



Jongvolwassenen en hun werk-privébalans

Young adults and their work-life balance

Marloes Blaauw (S4507746) | Master Sociologie (Gezondheid, Welzijn en Zorg) | 25 augustus 2022

Rijksuniversiteit Groningen | University of Groningen

Begeleider: Prof. Dr. N. Steverink | Referent: Dr. G. Stulp



**rijksuniversiteit
groningen**

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

Voorwoord

In twee jaar tijd, via de PreMaster en de Master, leerde ik de Sociologie vanuit de theorie en praktijk kennen. De opgedane kennis rondom gezondheid, arbeid, onderzoek en statistiek kwamen tezamen in deze Masterscriptie met als thema ‘Jongvolwassenen en hun werk-privébalans’, welke u voor u heeft liggen.

Begin februari startte ik met mijn stage bij het UMCG als onderdeel van het VICI-team ‘Today’s youth is tomorrow’s workforce: generation Y at work (GenY@work)’ van Ute Bültmann. Hier leerde ik hoe het wetenschappelijk onderzoek in zijn werk gaat. Allereerst wil ik Ute Bültmann bedanken voor de mooie kans om binnen haar VICI-project af te studeren. Daarnaast wil ik Karin Veldman bedanken voor het wegwijs maken binnen het UMCG. Dankzij onze interessante werkoverleggen deed ik de inspiratie op voor mijn eigen scriptieonderwerp. Tijdens de scriptieperiode kon ik met mijn vragen terecht bij Samira de Groot. Bedankt Samira voor de kritische en constructieve feedback op de verschillende scriptie-onderdelen.

Daarnaast wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om Nardi Steverink te bedanken voor de begeleiding gedurende mijn stage- en scriptieperiode. De feedbackgesprekken stonden in het teken van ‘learning management’ en hielpen mij de scriptie-onderdelen naar een hoger niveau te tillen. Ik heb de samenwerking als prettig ervaren en waardeer het enorm dat ik met zowel mijn scriptie gerelateerde als niet-scriptie gerelateerde vragen bij u terecht kon. Daarnaast wil ik Gert Stulp bedanken voor de tussentijdse feedback en de hulp bij statistische vraagstukken.

Deze Masterscriptie is mijn laatste studieopdracht, waarmee ik mijn studentencarrière en mooie studietijd afsluit. Een periode die ik voornamelijk ook aan mijn ouders te danken heb omdat ik vanuit hen de mogelijkheden heb gekregen om te studeren.

Dank jullie en veel leesplezier gewenst!

Marloes Blaauw

Groningen, augustus 2022

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	5
1. Introductie.....	6
1.1. Werk-privébalans en mentale gezondheid.....	6
1.1.1. Werk-privébalans	6
1.1.2. Mentale gezondheidsproblemen	7
1.2. Nederlandse context.....	7
1.3. Bestaande inzichten	8
1.4. Wetenschappelijke relevantie en probleemstelling.....	9
1.5. Maatschappelijke relevantie	10
2. Theoretisch Kader.....	12
2.1. Jongvolwassenen	12
2.2. De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans.....	12
2.3. De invloed van geslacht.....	13
2.4. De invloed van sociale steun	15
2.5. Overige factoren	16
3. Methoden.....	18
3.1. Dataverzameling	18
3.1.1. Onderzoeksgroep	18
3.1.2. Meetinstrumenten.....	19
3.1.3. TRAILS-metingen	19
3.2. Operationalisatie	20
3.2.1. Werk-privébalans	20
3.2.2. Mentale gezondheidsproblemen	21
3.2.3. Geslacht.....	21
3.2.4. Sociale steun	21
3.2.5. Controlevariabelen.....	23
3.3. Data-analysemethode.....	24
4. Resultaten	26
4.1. Beschrijvende analyses.....	26
4.2. Multivariate analyses	29
4.3.1. Modelfit.....	36
4.3.2. Modevaluatie.....	37
5. Discussie.....	39
6. Literatuurlijst	45

7.	Bijlagen.....	54
7.1.	Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING).....	54
7.2.	Adult Self Report (ASR).....	54
7.3.	Modevaluatie.....	58
7.3.1.	Assumptiecontrole	58
7.3.2.	Multicollineariteit.....	60
7.3.3.	Uitbijters en invloedrijke punten.....	62

Samenvatting

Introductie Een disbalans tussen het werk- en privéleven veroorzaakt ruim een kwart van het totale ziekteverzuim in Nederland (Van Echtelt, 2020). Ondanks dit hoge ziekteverzuim geven werkgevers aan niet in het bezit te zijn van een passend personeelsbeleid omdat zij onvoldoende inzicht hebben in de oorzaken, waaronder mogelijk mentale gezondheidsproblemen, van een verminderde werk-privébalans (Kotera et al., 2020). De huidige studie poogt hierin meer inzicht te krijgen via de volgende probleemstelling: *'Wat is de invloed van mentale gezondheidsproblemen van 22-jarige jongvolwassenen op hun werk-privébalans op het moment dat zij 29 jaar zijn? En welke rol spelen geslacht en sociale steun vanuit partner en vrienden hierin?'*

Theorie Om een antwoord te kunnen formuleren op bovenstaande probleemstelling zijn een zestal hypothesen geformuleerd, welke voornamelijk op de sociale productiefunctie (SPF) theorie (Lindenberg, 1996) en de roltheorie (Barnett, 2014) zijn gebaseerd.

Methoden Deze studie maakte gebruik van de TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS) die Noord-Nederlandse kinderen vanaf 11-jarige leeftijd volgt, aan de hand van diverse metingen die om de twee of drie jaar plaatsvinden (Huisman et al., 2008). De steekproef bestond uit 603 respondenten met een betaalde baan. Het Adult Self Report (ASR) werd gebruikt om mentale gezondheidsproblemen op 22-jarige leeftijd te meten en naar de werk-privébalans op 29-jarige leeftijd werd gevraagd door gebruik te maken van de Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING). De sociale steun vanuit partner en vrienden werd op 26-jarige leeftijd gemeten en het geslacht van de respondenten was sinds de eerste meting van TRAILS bekend.

Resultaten Om het hoofdeffect en de verschillende moderatie-effecten te toetsen werd gebruik gemaakt van lineaire regressieanalyses. Naarmate jongvolwassenen grotere mentale gezondheidsproblemen ervoeren, verslechterde hun latere werk-privébalans. De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans werd echter niet significant zwakker naarmate de respondenten meer sociale steun vanuit partner en vrienden, opgesplitst in instrumentele en emotionele steun, ervoeren. Hetzelfde geldt voor geslacht: vrouwen ervoeren niet een significant sterkere invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans dan mannen.

Discussie Steeds meer jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen betreden de arbeidsmarkt (RIVM, 2019). Aangezien mentale gezondheidsproblemen zich vaak al op jonge leeftijd ontwikkelen en blijven voordoen tot op latere leeftijd (Richards et al., 2022; Veldman et al., 2017), is het van belang om vroegtijdig te investeren in de mentale gezondheid van kinderen. Daarnaast is een belangrijke taak weggelegd voor organisaties om een werk-privévriendelijk personeelsbeleid te hanteren. Voor vervolgonderzoek is een grotere, representatievere steekproef en het gebruik van gevalideerde schalen voor sociale steun vanuit partner en vrienden van belang om methodologische problemen te voorkomen.

1. Introductie

1.1. Mentale gezondheid en werk-privébalans

Al ruim zeventig jaar, namelijk sinds de jaren 1950, besteden wetenschappelijke onderzoekers in hun studies aandacht aan de werk-privébalans van werknemers (Coerper, 1954). Door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals emancipatie van de vrouw en internationalisering, veranderde zowel het werk- als het privéleven van individuen (Lewis et al., 2007). De toenemende verantwoordelijkheden, waaronder verplichtingen richting een werkgever in combinatie met huishoudelijke taken, brachten een hogere werkdruk teweeg (Lewis et al., 2007). De tijd die besteed moest worden aan het werkleven ging ten koste van het privéleven en dat leverde bij steeds meer mensen stress op (Greenhaus & Beutell, 1985). In de loop der jaren is de situatie verslechterd; 12% van de jongvolwassenen ervaart mentale gezondheidsproblemen (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2021), welke van invloed zouden kunnen zijn op hun ervaren werk-privébalans. Bovendien, een disbalans tussen het werk- en privéleven veroorzaakt ruim een kwart van het totale ziekteverzuim (Van Echtelt, 2020). Het grootste deel van de Europese werkgevers, namelijk ruim zeventig procent, geeft aan niet in het bezit te zijn van een passend personeelsbeleid met betrekking tot de werk-privébalans (Kotera et al., 2020). De voornaamste reden hiervoor is dat Europese werkgevers onvoldoende inzicht hebben in de relatie tussen mentale gezondheid en de werk-privébalans van werknemers. Volgens hen zijn mentale gezondheid en werk-privébalans twee thema's die onvoorspelbaar en lastig te overzien zijn (Kotera et al., 2020).

1.1.1. Werk-privébalans

Van een werk-privébalans is sprake als iemand voldoening haalt uit het kunnen uitvoeren van werk- en privérollen (Sirgy & Lee, 2017). Een individu is op dat moment in staat om werkzaamheden, taken en verantwoordelijkheden van de werk- en privérollen te combineren omdat daaraan een evenredige hoeveelheid uren en aandacht besteed kan worden (Kalliath & Brough, 2008). Verschillende verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld voor vaders of moeders in eenoudergezinnen die zorgdragen voor het inkomen én het gezin, maken het participeren aan de werk-privérollen echter lastiger (Beutell, 2013). Zij kunnen namelijk hun beschikbare tijd en aandacht op een minder evenredige manier verdelen over betaald werk en andere dagelijkse activiteiten, waardoor mogelijk een verminderde werk-privébalans ontstaat (Greenhaus & Beutell, 1985; Kalliath & Brough, 2008). De consequentie van een slechtere werk-privébalans is veelal een verminderde werktevredenheid, een lagere arbeidsproductiviteit en een slechtere mentale gezondheid (Allen et al., 2000), waardoor deze groep jongvolwassenen wellicht meer behoefte heeft aan een werk-privévriendelijk personeelsbeleid (McDonald, 2017).

1.1.2. Mentale gezondheidsproblemen

Mentale gezondheid wordt door de World Health Organization (WHO) (2014) omschreven als “een staat van welzijn waarin elk individu zijn of haar eigen potentieel realiseert, kan omgaan met de normale stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en een bijdrage kan leveren aan haar of zijn gemeenschap” (p. 12). Toegespitst op de jongvolwassenen hangt mentale gezondheid vooral af van de mate waarin zij weerbaar zijn, sociale contacten aangaan en een persoonlijke identiteit ontwikkelen (UNICEF, 2021). In 2020 gaf 12% van de jongvolwassenen in Europa aan dat zij mentale gezondheidsproblemen ervoeren, zoals omschreven door de WHO en UNICEF (UNICEF, 2021). In Nederland werden vergelijkbare cijfers gevonden: in 2019 ervoer één op de tien jongvolwassenen mentale gezondheidsproblemen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2019). Dat is een stijging van 3% ten opzichte van tien jaar eerder (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2018; RIVM, 2019). De meest voorkomende ervaren mentale gezondheidsproblemen waren gerelateerd aan angst, piekeren en agressief gedrag (Arslan, 2021). Negatieve gevoelens en emotionele problemen, zoals angst en piekeren, worden ook wel internaliserende problemen genoemd. Gedragsproblemen, zoals agressief of delinquent gedrag richting anderen, heten ook wel externaliserende problemen (Arslan, 2021). Deze mentale gezondheidsproblemen zijn vaak constant door de jaren heen en blijven zich gedurende de (jong)volwassenheid voordoen (Richards et al., 2022; Veldman et al., 2017).

1.2. Nederlandse context

In Nederland, waar het onderzoek van deze scriptie wordt uitgevoerd, waarden jongvolwassenen het hebben van een werk-privébalans (Gyberg et al., 2019). De Nederlandse overheid stimuleert het realiseren van een werk-privébalans onder haar inwoners aan de hand van diverse wet- en regelgeving (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid [SZW], z.d.). Zo werd in 2001 de Wet Arbeid en Zorg (WaZo) vastgesteld, die werknemers de mogelijkheid biedt om verlof op te nemen naar aanleiding van een gebeurtenis of situatie in het privéleven, zoals calamiteitenverlof. Als een toevoeging hierop werd in 2016 de Wet flexibel werken vastgesteld. Werknemers mogen bij hun werkgever een aanvraag rondom wijzigingen in werktijden, -duur en -plaats indienen (SZW, z.d.). Tevens stimuleert sinds 2005 de Wet Kinderopvang ouders om hun kinderen naar de kinderopvang te brengen. Afhankelijk van het inkomen kunnen ouders vanuit de overheid een tegemoetkoming in de kinderopvangkosten krijgen (Rijksoverheid, z.d.). De nieuwe wet- en regelgeving biedt zowel Nederlandse mannen als vrouwen de mogelijkheid om een inkomen te genereren, en deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Sinds een aantal jaren stijgt dan ook het aandeel tweeverdieners per huishouden, voornamelijk omdat de vrouwelijke werkzame beroepsbevolking steeds verder toeneemt (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2017). Ter vergelijking: tussen 2007 en 2017 is de vrouwelijke werkzame beroepsbevolking gestegen van 68% naar 73%, terwijl de mannelijke

werkzame beroepsbevolking van 84% naar 85% steeg (CBS & Sociaal Cultuur Planbureau [SCP], 2018). Onder de jongvolwassenen is het aantal vrouwen, als onderdeel van de werkzame beroepsbevolking, zelfs hoger dan het aantal mannen, namelijk 74% ten opzichte van 73% (CBS, 2022a). In 2018 was de gemiddelde leeftijd waarop jongvolwassenen zich aanmelden op de arbeidsmarkt 23 jaar (CBS, 2019b).

Ondanks dat de Nederlanders de emancipatie van de vrouw en gendergelijkheid hoog waarden, is voornamelijk in huishoudens met kinderen nog sprake van een traditionele rolverdeling (SCP, 2018). Vrouwen besteden per week gemiddeld 28 uur aan hun werk en 18 uur aan werkzaamheden in het huishouden. Voor mannen is dit andersom, zij besteden per week gemiddeld 35 uur aan hun werk en 10 uur aan werkzaamheden in het huishouden (CBS & SCP, 2018; SCP, 2019). Kortom, de uren die mannen en vrouwen besteden aan het huishouden en/of betaald werk zijn nog steeds onevenredig verdeeld. Het is echter nog onbekend hoe een onevenredige verdeling tussen betaald en onbetaald werk van mannen en vrouwen zich verhouden tot hun werk-privébalans.

1.3. Bestaande inzichten

In het wetenschappelijk onderzoek is, zoals eerder vermeld door maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de werkomgeving, steeds meer aandacht voor de werk-privébalans van werknemers (Kingston, 1990; Lewis et al., 2007; McNeely & Fogarty, 1988). In zeven verschillende Europese en Aziatische landen, met individualistische en collectivistische culturen, bleek het hebben van een werk-privébalans samen te gaan met tevredenheid (Haar et al., 2014). Aan de andere kant hield een verminderde werk-privébalans verband met depressieve gevoelens en zorgen, waar met name in de collectivistische landen, zoals China en Maleisië, sprake van was (Haar et al., 2014). De bevindingen zijn in lijn met een Amerikaans onderzoek naar de werk-privébalans en de mentale gezondheid van werknemers (Minnotte & Yucel, 2018). Een werk-privéconflict zorgde in veel gevallen voor meer depressieve gevoelens en hogere ervaren stress (Minnotte & Yucel, 2018).

Westrupp et al. (2016) uitten hun kritiek op de studies die zich voornamelijk of enkel richtten op de invloed van werk-privéconflicten op de mentale gezondheid van individuen, terwijl er aanwijzingen zijn dat mentale gezondheidsproblemen ook invloed hebben op werk-privéconflicten. Volgens hen is het namelijk lastig om causaliteit vast te stellen tussen mentale gezondheid en de werk-privébalans van individuen (Westrupp et al., 2016). Om deze reden voerden zij in Australië een wederkerig longitudinaal onderzoek uit naar werk-privéconflicten en mentale gezondheid in de eerste acht jaar van de ontwikkelingsfase van vrouwen met jonge kinderen. Hieruit bleek dat werk-privéconflicten verband hielden met een verminderd welbevinden van vrouwen met kinderen. Eveneens gaven vrouwen met mentale gezondheidsproblemen aan meer werk-privéconflicten te ervaren dan de vrouwen die geen

mentale gezondheidsproblemen ervoeren (Westrupp et al., 2016). Een vergelijkbaar onderzoek naar deze zogenaamde reciproke relatie tussen mentale gezondheid en werk-privébalans werd uitgevoerd in Finland waarin onderscheid werd gemaakt tussen volwassen mannen en vrouwen (Kinnunen et al., 2004). De nadruk van het onderzoek lag op het werk-privéconflict, waarin de werkeisen moeilijkheden veroorzaakten in het privéleven. Een werk-privéconflict bij vrouwen veroorzaakte mentale gezondheidsproblemen, stress en werkontevredenheid. Bij mannen daarentegen bleken de mentale gezondheidsproblemen, stress en werkontevredenheid juist de oorzaak van een werk-privéconflict (Kinnunen et al., 2004). Echter, een ander Fins longitudinaal onderzoek toonde geen relatie aan tussen werkdruk, privéactiviteiten en stress (Rantanen et al., 2008). Ervaren stress onder de Finse volwassenen op de eerste meting ging niet samen met werk-privéconflicten op de tweede meting zes jaar later, en andersom (Rantanen et al., 2008).

Expliciet gericht op jongvolwassenen werd in een aantal studies onderzocht wat de consequenties zijn van mentale gezondheidsproblemen voor hun latere werk- of privéleven. Voor jongvolwassenen met depressieve gevoelens werd een grotere kans gevonden op overmatig alcoholgebruik (Weitzman, 2004), en vroegtijdige ouder- of zwangerschap (Fergusson & Woodward, 2002), dan voor jongvolwassenen die geen depressieve gevoelens ervoeren. In Zweden werd een onderzoek uitgevoerd naar de ontwikkelingen in het werkleven van adolescenten en later jongvolwassenen (Narusyte et al., 2017). Hieruit bleek dat mentale gezondheidsproblemen, namelijk internaliserende en externaliserende problemen, verband hielden met verzuim en arbeidsongeschiktheid, voor alle verschillende leeftijdscategorieën. Dit betekent dat, als zich internaliserende en externaliserende problemen voordeden bij adolescenten of jongvolwassenen, de kans op verzuim of arbeidsongeschiktheid groter werd gedurende hun werkleven (Narusyte et al., 2017). Een tweetal studies in Nederland onderzocht aan de hand van longitudinaal onderzoek, met tweejaarlijkse metingen, het verband tussen internaliserende en externaliserende problemen en werkuitkomsten (De Groot et al., 2021; Veldman et al., 2017). Hoge niveaus van internaliserende en externaliserende problemen van 11-jarige leeftijd tot 26-jarige leeftijd gingen samen met verminderde werkprestaties op het moment dat zij 29 jaar oud waren (De Groot et al., 2021). Daarnaast besteedden jongvolwassenen met een hoog niveau van internaliserende problemen gemiddeld minder uren aan betaald werk en hadden een grotere kans op een salaris dat lager was dan het bestaansminimum (Veldman et al., 2017).

1.4. Wetenschappelijke relevantie en probleemstelling

Op basis van de bestaande inzichten uit de voorgaande paragraaf kan geconcludeerd worden dat mentale gezondheidsproblemen gedurende de kinderleeftijd tot de volwassenleeftijd verband hielden met verminderde werk- en privéuitkomsten (De Groot et al., 2021; Fergusson & Woodward, 2002; Veldman et al., 2017; Weitzman, 2004). Echter, voor zover het ons bekend is, werd nog niet eerder

onderzocht wat de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans van jongvolwassenen is. De weinige studies die er zijn op het gebied van mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans variëren in hun onderzoeksdesign, zij meten bijvoorbeeld mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans op hetzelfde tijdpunt of zijn gericht op een andere onderzoeksgroep, namelijk een oudere werkpopulatie (Kinnunen et al., 2004; Rantanen et al., 2008; Westrupp et al., 2016). Deze voorgaande onderzoeken laten eveneens ambiguïteit zien. Zo vinden de onderzoeken met gestratificeerde steekproeven, op basis van geslacht, bewijs dat mentale gezondheidsproblemen van invloed zijn op de werk-privébalans (Kinnunen et al., 2004; Westrupp et al., 2016). Anderzijds vindt het Finse niet-gestratificeerde onderzoek geen bewijs voor de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans, mogelijk omdat de effecten van mannen en vrouwen elkaar opheffen (Rantanen et al., 2008).

Kortom, om de leemte in het wetenschappelijk onderzoek aan te vullen en de bevindingen uit voorgaande onderzoeken, vanwege ambiguïteit, aan te scherpen staat in deze studie de volgende probleemstelling centraal:

'Wat is de invloed van mentale gezondheidsproblemen van 22-jarige jongvolwassenen op hun werk-privébalans op het moment dat zij 29 jaar zijn? En welke rol spelen geslacht en sociale steun vanuit partner en vrienden hierin?'

1.5. Maatschappelijke relevantie

Een disbalans tussen het werk- en privéleven veroorzaakt ruim een kwart van het totale ziekteverzuim in Nederland (Van Echtelt, 2020). Werknemers geven aan dat de steeds grotere wordende werkdruk de dagelijkse activiteiten in het privéleven bemoeilijkt (Lewis et al., 2007). De ervaren stress die hieruit voortvloeit wordt door de werknemers gezien als oorzaak voor hun ziekteverzuim (Van Echtelt, 2020). Dat werknemers door hun ziekteverzuim minder uren werken dan contractueel vastgelegd is, leidt tot een verlies aan productiviteit en brengt financiële kosten met zich mee voor de werkgever (Mendis & Weerakkody, 2014). Zo is de werkgever volgens de Wet Verlengde Loondoorbetalingsverplichting Ziekte (VLZ) verplicht om het salaris van de werknemer gedurende het ziekteverzuim tijdelijk door te betalen en draagt de werving en selectie van een vervanger bij aan extra financiële kosten (Stevenson & Farmer, 2017). Bovendien worden de werknemers vanwege hun ziekteverzuim vaker via de bedrijfs- of huisarts doorverwezen naar een deskundige of maken gebruik van medicatie om hun klachten te verminderen (Van der Ploeg et al., 2016). In dat opzicht maken de werknemers om redenen van ziekteverzuim meer gebruik van de gezondheidszorg (Kotera et al., 2020), waardoor de algehele Nederlandse zorgkosten stijgen, terwijl de zorgkosten door de vergrijzing de afgelopen jaren al sterk stijgen (CBS, 2021b). Steeds meer Nederlanders bereiken de pensioengerechtigde leeftijd en

ondertussen daalt het geboortecijfer (UNICEF, 2021). Om personeelstekorten in de diverse branches op te vangen wordt een steeds groter beroep gedaan op de huidige beroepsbevolking, waarvan de jongvolwassenen de zwaarste lasten moeten dragen omdat zij zich sinds kort op de arbeidsmarkt begeven en in principe nog ruim 40 jaar hiervan een onderdeel zijn (CBS, 2019a). Ondertussen ervaren steeds meer van deze jongvolwassenen van jongs af aan mentale gezondheidsproblemen en stromen zij met deze mentale gezondheidsproblemen in op de arbeidsmarkt (CBS, 2018; RIVM, 2019). Ook zij vormen een onderdeel van de Nederlandse beroepsbevolking en dragen niet alleen de verantwoordelijkheid voor de vergrijzingseffecten op de arbeidsmarkt, maar ervaren ook de gevolgen van hun mentale gezondheidsproblemen in zowel hun werk-als privéleven (De Groot et al., 2021; Fergusson & Woodward, 2002; Veldman et al., 2017; Weitzman, 2004). Jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen worden in die zin dubbel belast met een hoger risico op een verminderde werk-privébalans en ziekteverzuim.

Het is om bovenstaande redenen, namelijk de toenemende druk op de jongvolwassen beroepsbevolking, het hoge ziekteverzuim en hoge zorgkosten, van belang om inzichtelijk te krijgen in hoeverre mentale gezondheidsproblemen de latere werk-privébalans beïnvloeden. Deze studie kan mogelijke handvatten bieden aan beleid en praktijk om jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen te ondersteunen in het realiseren van een werk-privébalans.

2. Theoretisch Kader

Dit hoofdstuk geeft een theoretische onderbouwing van de probleemstelling, zoals geformuleerd in de introductie. De eerste paragraaf start met een beschrijving van de ontwikkelingsfase van jongvolwassenen. In de daaropvolgende paragrafen worden mogelijke verklaringen gegeven voor de samenhang tussen de centrale begrippen uit deze studie, aan de hand van bestaande theorieën. Zo geeft de tweede paragraaf, middels de sociale productiefunctie (SPF) theorie (Lindenberg, 1996), een beschrijving van de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans van jongvolwassenen, en gaan de latere paragrafen in op de rol die het geslacht en sociale steun hierin spelen. Iedere paragraaf sluit af met een hypothese. In de laatste paragraaf worden de mogelijke invloeden van het wel of niet hebben van kinderen en het aantal arbeidsuren beschreven.

2.1. Jongvolwassenen

Jongvolwassenen tussen de twintig en dertig jaar begeven zich in een belangrijke ontwikkelingsfase, waarin zij diverse veranderingen doorstaan en opgroeien tot volwassenen (Arnett, 2000). Zo ronden twintigers veelal een opleiding af, verlaten het ouderlijk huis en zetten de stap richting de arbeidsmarkt (Arnett, 2000). Over het algemeen gaan deze veranderingen gepaard met de ontwikkeling van vaardigheden, zoals het maken van zelfstandige keuzes rondom hun loopbaan en carrière, die bepalend zijn voor hun latere twintiger jaren (Arnett, 2000; Arnett, 2001).

2.2. De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans

Als individuen tevreden zijn over de combinatie tussen het werk- en privéleven is er sprake van een werk-privébalans (Greenhaus & Beutell, 1985). De mate waarin individuen tevreden zijn over de ervaren werk-privébalans, kan worden geïnterpreteerd als onderdeel van het subjectief welbevinden. De sociale productiefunctie (SPF) theorie schetst dat er sprake is van subjectief welbevinden als de basale behoeften van individuen, zoals onder andere de behoeften aan status en stimulatie, in vervulling worden gebracht (Lindenberg, 1996; Lindenberg, 2013). Om deze basale behoeften te vervullen, zetten individuen hun hulpbronnen in (Lindenberg, 2013). Een voorbeeld van een dergelijke hulpbron voor individuen is hun gezondheid, waaronder energie. Individen verdelen hun energie over hun werkzaamheden en dagelijkse activiteiten, zoals hobby's of het ontmoeten van vrienden (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Jongvolwassenen met gezondheidsproblemen verdelen niet alleen hun energie tussen werkzaamheden en dagelijkse activiteiten, zij zijn ook energie kwijt aan het omgaan met hun mentale gezondheidsproblemen (Schaufeli & Bakker, 2004).

De mentale gezondheidsproblemen die jongvolwassenen ervaren, gaan vaak samen met verminderde werkuitkomsten op latere leeftijd, zoals afnemende werkprestaties (De Groot et al., 2021). De afnemende werkprestaties van jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen kunnen het

gevoel van falen met zich meebrengen en bij anderen dwingt dat een mindere mate van respect af (Hennekam & Ananthram, 2020). Zo wordt er in mindere mate aan de vervulling van status (SPF-theorie) voldaan, waardoor jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen een verminderde werk-privébalans kunnen ervaren (Lindenberg, 2013; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

Door de afnemende werkprestaties zouden jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen functies met lagere taakeisen kunnen gaan bekleden (De Lange et al., 2005). In dergelijke functies zouden jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen minder vrijheid kunnen ervaren om te bepalen op welk moment zij hun werkzaamheden verrichten (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012), wat het lastiger maakt om werkzaamheden te combineren met overige dagelijkse activiteiten, zoals het huishouden (Greenhaus & Beutell, 1985). Daarnaast kunnen jongvolwassenen die een functie bekleden met lagere taakeisen onvoldoende uitdaging ervaren in hun werk (Demerouti et al., 2019). Zo wordt er in mindere mate aan de vervulling van stimulatie (SPF-theorie) voldaan, waardoor jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen een verminderde werk-privébalans kunnen ervaren (Lindenberg, 2013; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Uit de voorafgaande theoretische argumentatie volgt de eerste hypothese.

H1: hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is.

2.3. De invloed van geslacht

Zoals in de voorgaande paragraaf beschreven, is de ervaren werk-privébalans van jongvolwassenen slechter naarmate zij grotere mentale gezondheidsproblemen ervaren. In deze paragraaf wordt aan de hand van de roltheorie (Barnett, 2014) beschreven in hoeverre de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans van jongvolwassenen varieert voor mannen en vrouwen.

De roltheorie schetst dat vanuit een samenleving opvattingen bestaan over de manier waarop individuen specifieke sociale functies moeten uitvoeren, en welke verantwoordelijkheden zij daarvoor moeten dragen (Barnett, 2014). Elk individu vervult in het werk- en privéleven een aantal sociale rollen die door de samenleving zo bepaald zijn (Barnett, 2014). Een voorbeeld van een dergelijke rol is de geslachtsrol (Barnett, 2014). De karaktereigenschappen vriendelijkheid en behulpzaamheid zijn veelal kenmerkend voor vrouwen, waardoor de opvatting vanuit de Nederlandse samenleving bestaat dat zij de zorgzame taken, zoals het opvoeden van de kinderen, op zich nemen (Pace & Sciotto, 2022; SCP, 2018). Voor mannen daarentegen zijn de karaktereigenschappen competitiviteit en

zelfstandigheid meer kenmerkend, welke vanuit de samenleving vaak gerelateerd worden aan het maken van carrière en geld verdienen (Pace & Sciotto, 2022; SCP, 2018).

Het vergt echter inspanning en tijd van individuen om diverse sociale rollen uit te voeren, terwijl voor ieder individu geldt dat zij een beperkte hoeveelheid uren en energie tot hun beschikking hebben (Greenhaus & Beutell, 1985; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Als de rol van de werknemer in tegenspraak is met de rol van het privéleven ontstaat een zogenaamd rolconflict en kan dat uiteindelijk resulteren in een verminderde werk-privébalans (Greenhaus & Beutell, 1985). Dit gebeurt in eerste instantie omdat de tijd die individuen doorbrengen op hun werk ten koste gaat van de tijd die zij kunnen besteden aan het privéleven, of andersom (Fählen, 2014; Greenhaus & Beutell, 1985). Ten tweede omdat het vertoonde gedrag in het werk- en privéleven niet overeenkomt met de opvattingen vanuit de samenleving (Greenhaus & Beutell, 1985). Een voorbeeld hiervan is als mannen zorgdragen voor de kinderen, terwijl de verwachting vanuit de samenleving is dat zij verantwoordelijk zijn voor het genereren van een inkomen (Fählen, 2014).

Ondanks dat de Nederlandse samenleving gendergelijkheid en een evenredige taakverdeling tussen mannen en vrouwen nastreeft, is nog vaak de verwachting dat vooral mannen een carrière maken en het gezin voorzien van voldoende financiële middelen (Fählen, 2014; Hagqvist et al., 2017). Op deze manier ervaren mannen veelal een hoge sociale druk om veel arbeidsuren te maken, waardoor zij een beperktere hoeveelheid tijd kunnen besteden aan het privéleven (Luneau et al., 2014). Aan de andere kant blijft vanuit de Nederlandse samenleving veelal de verwachting bestaan dat vrouwen de zorgtaken op zich nemen (Hagqvist et al., 2017). Aangezien eveneens de nadruk meer is komen te liggen op de werkgelegenheid van vrouwen betekent dit voor hen dat zij ten opzichte van mannen meerdere sociale rollen moeten vervullen en een dubbele werkdruk ervaren (Fählen, 2014). Na hun werkdag start immers vaak hun ‘tweede shift’ waarin zij de taken uit het huishouden uitvoeren en zorgen voor de kinderen (Hochschild & Machung, 2012), wat extra inspanning en energie van hen vergt (Fählen, 2014). Al eerder werd aangegeven dat jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen een beperktere hoeveelheid energie tot hun beschikking hebben om te besteden aan hun werk- en privéleven (Schaufeli & Bakker, 2004). Voor jongvolwassen vrouwen met mentale gezondheidsproblemen geldt daarmee dat zij hun beschikbare energie op een nog minder evenredige manier kunnen verdelen, waardoor bij hen eerder een rolconflict en een verminderde werk-privébalans ontstaat (Luneau et al., 2014). Uit de voorafgaande theoretische argumentatie volgt de tweede hypothese.

H2: hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is sterker voor vrouwen dan voor mannen.

2.4. De invloed van sociale steun

In deze paragraaf wordt aan de hand van de SPF-theorie (Lindenberg, 1996) beschreven in hoeverre de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans verandert naarmate jongvolwassenen meer sociale steun ervaren.

Als onder andere vrienden en partners elkaar bijstaan in het uitvoeren van alledaagse activiteiten, door bijvoorbeeld op de kinderen te passen of de gemeenschappelijke zorgtaken onderling te verdelen, is er volgens Oludayo en Omonijo (2020) sprake van instrumentele steun. Dergelijke ondersteuning bij dagelijkse activiteiten helpt met name jongvolwassenen die mentale gezondheidsproblemen ervaren, omdat het de mogelijkheid biedt om hun beschikbare energie te besteden aan overige werkzaamheden en taakeisen (Oludayo & Omonijo, 2020; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Het is waarschijnlijk dat deze vorm van sociale steun ook bijdraagt aan de vervulling van comfort (SPF-theorie) en daarmee bijdraagt aan meer tevredenheid rondom hun werk-privébalans (Lindenberg, 2013; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Uit de voorafgaande theoretische argumentatie volgen de derde en vierde hypothese.

H3: Hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van instrumentele steun vanuit hun partner ervaren.

H4: Hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van instrumentele steun vanuit hun vrienden ervaren.

Eén van de basale behoeften uit de eerdergenoemde SPF-theorie is affectie, wat voornamelijk wordt vervuld door sociale relaties (Lindenberg, 1996; Lindenberg, 2013). Affectie houdt in dat een individu zich geliefd voelt door anderen, hen te allen tijde kan vertrouwen en kan rekenen op hun sociale steun (Lindenberg, 2013). Als individuen sociale steun ervaren hebben zij het gevoel dat ze bij hun sociale relaties, zoals een partner en vrienden, terecht kunnen met hun problemen, en hulp kunnen krijgen bij alledaagse activiteiten en werkzaamheden (Goodwin-Smith et al., 2019).

Als individuen toewijding, empathie, waardering en adviezen ervaren vanuit hun sociale relaties, zoals vrienden en een partner, is er volgens Oludayo en Omonijo (2020) sprake van emotionele steun. De emotionele steun die individuen vanuit hun partner ervaren bestaat voornamelijk uit liefde en genegenheid (Fagg et al., 2008; Thoits, 2011), wat hen onder andere ook helpt bij het ontwikkelen van veerkracht (Goodwin-Smith et al., 2019). In eerste instantie zijn partners, vaak vanuit liefde voor de ander, bereid om te helpen bij het bedenken van oplossingen en het relativeren van gedachten en gevoelens (Boyar et al., 2014; Thoits, 2011). Daarnaast corrigeren partners vaak ongepast gedrag en

laten zien welk gedrag zij verwachten (Fortin et al., 2011), waardoor voornamelijk jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen op een meer gepaste manier kunnen reageren op stressvolle situaties (Boyar et al., 2014). Zo draagt de emotionele steun vanuit partner bij aan de vervulling van de behoefte aan affectie (SPF-theorie), wat veelal resulteert in meer tevredenheid met hun werk-privébalans (Lindenberg, 2013; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Uit de voorafgaande theoretische argumentatie volgt de vijfde hypothese.

H5: Hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van emotionele steun vanuit hun partner ervaren.

Emotionele steun vanuit vrienden is belangrijk in het dagelijks leven van jongvolwassenen (Fagg et al., 2008). Tijdens de jongvolwassenheidsfase ontwikkelen zij namelijk hun normen en waarden, en baseren zij het algemeen vertrouwen in anderen op de emotionele steun die zij ervaren vanuit hun vrienden (Arnett, 2001; Goodwin-Smith et al., 2019). Daar komt bij dat vrienden veelal voor stabiliteit zorgen in de turbulente ontwikkelingsfase die jongvolwassenen doormaken (Parris et al., 2008). Hun vrienden begeven zich meestal in dezelfde levensfase en maken vergelijkbare situaties mee, wat het eenvoudiger maakt om ervaringen bespreekbaar te maken. Zo kunnen eventuele tegenslagen, zoals de toenemende verantwoordelijkheid voor het huishouden nadat jongvolwassenen hun ouderlijk huis verlaten, met vrienden gedeeld worden (Parris et al., 2008). Op hun beurt kunnen vrienden vaak aangeven hoe zij met dergelijke situaties zouden omgaan en zo de druk van de toenemende verantwoordelijkheid wat verlichten (Arnett, 2001). Zo draagt de emotionele steun die jongvolwassenen ervaren bij aan de vervulling van affectie (SPF-theorie), wat ten goede komt aan hun ervaren werk-privébalans (Lindenberg, 2013; Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Uit de voorafgaande theoretische argumentatie volgt de zesde hypothese.

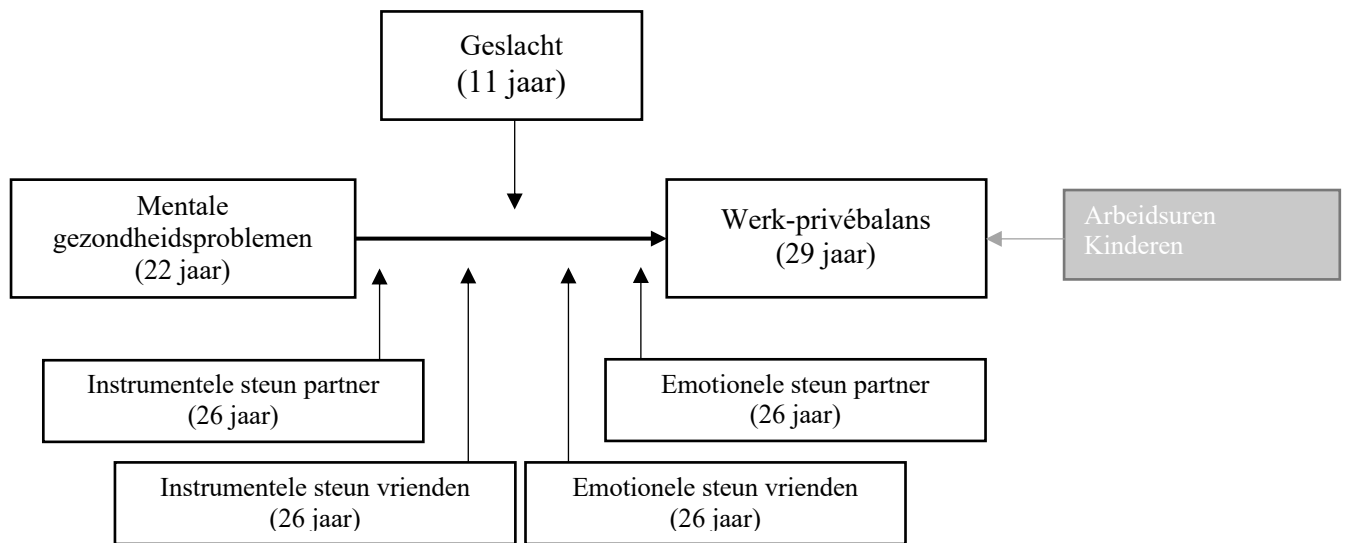
H6: Hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van emotionele steun vanuit hun vrienden ervaren.

2.5. Overige factoren

Naarmate jongvolwassenen meer uren besteden aan hun werk blijft er minder tijd over om te wijden aan het privéleven, zoals tijd doorbrengen met het gezin of het ontmoeten van vrienden (Crompton & Lyonette, 2006). Daarnaast, als jongvolwassenen eenmaal kinderen hebben gekregen, besteden zij een aanzienlijk deel van hun tijd aan de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen (Genadek & Hill, 2017). Al voordat jongvolwassenen de werkdag beginnen staat hun ochtend veelal in het teken van

zorgtaken, zoals de kinderen uit bed halen, wassen en naar school brengen (Dettmers et al., 2020). Deze extra zorgtaken vergen inspanning en brengen tijdsdruk met zich mee, waardoor jongvolwassenen vaker gestrest en vermoeider zijn op hun werk (Dettmers et al., 2020). Om expliciet te onderzoeken wat de invloed is van mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen op hun latere werk-privébalans, en de rol die sociale steun en geslacht hierin spelen, wordt rekening gehouden met het aantal arbeidsuren van jongvolwassenen en het hebben van kinderen.

Op basis van de theoretische argumentatie is onderstaand conceptueel model (figuur 1) opgesteld.



Figuur 1. Conceptueel model

3. Methoden

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de methodologie van het onderzoek die gebruikt is voor het toetsen van de, in het theoretisch kader geformuleerde, hypothesen. Het hoofdstuk start met een toelichting op de dataverzameling, waarin onder andere de deelnemers van het onderzoek, de gebruikte meetinstrumenten en de TRAILS-metingen besproken worden. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf beschreven op welke wijze de verschillende centrale begrippen zijn geoperationaliseerd. In de laatste paragraaf volgt een data-analysemethode en illustreert hoe de verschillende hypothesen worden getoetst.

3.1. Dataverzameling

In deze studie is gebruik gemaakt van de data van de TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS) (Huisman et al., 2008). TRAILS volgt Noord-Nederlandse kinderen vanaf 11-jarige leeftijd, aan de hand van diverse metingen die om de twee of drie jaar plaatsvinden. Met behulp van deze gegevens poogt TRAILS inzicht te krijgen in de fysieke en mentale ontwikkelingstrajecten van kinderen tot aan hun latere leeftijd, en de mogelijke oorzaken die hieraan voorafgaan (Huisman et al., 2008).

3.1.1. Onderzoeksgroep

In vijf gemeenten uit de provinciën Drenthe, Friesland en Groningen vroeg TRAILS in 2001 de NAW-gegevens op van alle kinderen, die tussen 1 oktober 1989 en 30 september 1990 of tussen 1 oktober 1990 en 30 september 1991 geboren zijn (Huisman et al., 2008). Eveneens benaderde TRAILS 135 basisscholen uit deze drie provinciën. De kinderen uit de vijf gemeenten moesten bij een basisschool ingeschreven staan die ook deel zou gaan nemen aan het TRAILS-onderzoek. Nadat de basisscholen akkoord waren, verzorgde het TRAILS-personeel de kinderen, hun ouders en leraren van de nodige informatie omtrent het onderzoek (Huisman et al., 2008). Ouders konden met hun vragen en opmerkingen telefonisch terecht, en nogmaals werd aan hen om goedkeuring gevraagd. Alle ouders waarvan het telefoonnummer niet bekend was, ontvingen een e-mail en later een herinneringsbericht. Als TRAILS daarna nog geen reactie ontvangen had, ging één van hen bij de ouders en kinderen langs op het woonadres (Huisman et al., 2008). Om non-respons zoveel mogelijk te voorkomen werden ouders en hun kinderen een paar weken later nogmaals gevraagd voor het TRAILS-onderzoek, wat uiteindelijk resulteerde in een responspercentage van 76% (Huisman et al., 2008; De Winter et al., 2005). Als de Nederlandse taal voor ouders moeilijkheden veroorzaakte, of als een lichamelijke en/of geestelijke beperking van kinderen een belemmering vormde, konden zij niet deelnemen aan het TRAILS-onderzoek (Huisman et al., 2008).

Door de vijf verschillende gemeenten werden 3483 namen van kinderen doorgegeven aan TRAILS en gaven 122 basisscholen toestemming om deel te nemen (Huisman et al., 2008). In totaal konden 338 kinderen niet deelnemen aan het TRAILS-onderzoek omdat zij niet bij een deelnemende basisschool ingeschreven stonden. Voor 210 kinderen vormde de Nederlandse taal een belemmering, was er sprake van een lichamelijke en/of geestelijke beperking, of konden TRAILS-medewerkers niet in contact komen met hun ouders. Daarmee bleven 2935 kinderen over, waarvan 2230 kinderen toestemming kregen van hun ouders om deel te nemen (Huisman et al., 2008). De voornaamste redenen om niet deel te nemen aan het TRAILS-onderzoek waren: geen belangstelling, emotionele belasting of slechte ervaringen met eerdere (medische) onderzoeken, te weinig tijd om deel te nemen, wantrouwen rondom waarborging van privacy, echtscheidingen en een aantal kinderen wilden niet deelnemen omdat hun klasgenoten ook niet deelnamen (De Winter et al., 2005).

3.1.2. Meetinstrumenten

De eerste meting startte met semigestructureerde interviews, waarin ouders gevraagd werden naar de fysieke gezondheid, sociale ontwikkeling en het welzijn van hun kinderen (Huisman et al., 2008; Oldehinkel et al., 2015). Daarnaast werden ouders, leerkrachten en de respondenten verzocht om vragenlijsten in te vullen omtrent het gedrag, persoonskenmerken, presteren en sociale vaardigheden van de respondenten. De respondenten vulden hun vragenlijst in onder begeleiding van het TRAILS-personeel (Huisman et al., 2008). In de loop van de jaren werden aanpassingen verricht aan de vragenlijsten om deze te laten aansluiten op de leeftijd van de respondenten en de ontwikkelingen die zich voordoen op samenlevingsniveau, zoals digitalisering (Oldehinkel et al., 2015). Vanaf de vijfde meting kwam de nadruk meer te liggen op de arbeidsparticipatie en romantische relaties, terwijl op voorgaande metingen nog gekeken werd naar schoolprestaties en familie. Op de vijfde, zesde en zevende metingen werden verschillende schriftelijke vragenlijsten en interviews afgenomen bij de respondenten, hun ouders en partners (Oldehinkel et al., 2015). In het onderzoek van deze scriptie werd gebruik gemaakt van de schriftelijke vragenlijsten die zijn afgenomen bij de respondenten op de eerste, vijfde, zesde en zevende meting. De respondenten besteedden gemiddeld een uur tot anderhalf uur aan het invullen van de schriftelijke vragenlijst per meting. In de vragenlijsten op de vijfde en zesde meting werden voornamelijk de (mentale) gezondheid, zorggebruik, persoonlijkheid en middelengebruik van de respondenten uitgevraagd. In de vragenlijst op de zevende meting lag de nadruk meer op de (mentale) gezondheid van de respondenten en hun werk, zoals werk-privébalans en werkomstandigheden (Oldehinkel et al., 2015).

3.1.3. TRAILS-metingen

In totaal voerde TRAILS zeven verschillende metingen uit (Huisman et al., 2008; Oldehinkel et al., 2015). In 2000, toen de respondenten gemiddeld 11.10 jaar ($SD=0.56$) waren, werd door TRAILS de

eerste meting verricht. De gemiddelde leeftijd van de respondenten op de vijfde meting was 22.30 jaar ($SD=0.65$), deze meting werd uitgevoerd in de periode tussen maart 2012 en november 2013. Van de 2230 respondenten op de eerste meting namen 1775 van hen deel aan deze vijfde meting. De zesde meting vond plaats van februari tot aan december 2016, waarop de respondenten een gemiddelde leeftijd van 25.70 jaar ($SD=0.60$) hadden. In totaal namen 1618 respondenten deel aan de zesde meting. Op de zevende meting, die plaatsvond halverwege 2019 tot aan de zomer van 2020, hadden de respondenten een gemiddelde leeftijd van 28.90 jaar ($SD=0.60$). Aan de zevende meting namen 1230 respondenten deel. De voornaamste reden om niet meer deel te nemen aan het TRAILS-onderzoek was een verminderde belangstelling hiervoor. Daarnaast werd een aantal respondenten uitgesloten van hun deelname omdat zij fysiek of mentaal hiertoe niet meer in staat waren, onbereikbaar waren of verbleven in het buitenland. Het waren voornamelijk mannen en/of respondenten die externaliserende problemen ervoeren, die uitstroonden vanuit het TRAILS-onderzoek (Oldehinkel et al., 2015).

3.2. Operationalisaties

3.2.1. Werk-privébalans

Op de zevende meting van TRAILS, waarop de respondenten gemiddeld 29 jaar oud waren, werd voorafgaand aan de stellingen rondom werk-privébalans de vraag gesteld ‘heeft u op dit moment betaald werk?’. Hierop konden de respondenten antwoorden met ‘0= nee’ en ‘1= ja’. Van de 1230 respondenten hadden 252 op dat moment geen betaalde baan. Deze respondenten werden uit de steekproef verwijderd omdat zij niet een werk-privébalans konden ervaren.

Aan de hand van de korte versie van de Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING) werd vervolgens de werk-privébalans van de respondenten gemeten (Geurts et al., 2005). Het gaat hierbij om de twaalf stellingen vanuit de SWING die gericht zijn op de negatieve interacties tussen het werk- en privéleven (Geurts et al., 2005). Een voorbeeld van een dergelijke stelling is: ‘hoe vaak komt het voor dat u thuis prikkelbaar bent omdat uw werk veeleisend is?’ (zie bijlage 7.1 voor de volledige lijst met stellingen) (Geurts et al., 2005). Om een variabele te verkrijgen waarbij een lagere score gelijk stond aan een slechtere ervaren werk-privébalans, werden de antwoordmogelijkheden gespiegeld. De antwoordmogelijkheden bij deze twaalf stellingen waren daarmee als volgt: ‘1= (bijna) altijd’, ‘2= vaak’, ‘3= soms’ en ‘4= (bijna) nooit’. De antwoordmogelijkheden voor de twaalf verschillende stellingen waren hetzelfde en konden om die reden samengevoegd worden tot een schaal (*Cronbach’s alpha* = 0.85). De gemiddelde schaalscore van de respondenten op werk-privébalans kon een getal tussen 1 en 4 zijn. Hiervoor geldt dat alle 978 respondenten die betaald werk hadden, antwoord gaven op de twaalf verschillende stellingen.

3.2.2. Mentale gezondheidsproblemen

Mentale gezondheidsproblemen zijn op 22-jarige leeftijd gemeten aan de hand van de Adult Self Report (ASR) waarin expliciet gevraagd werd naar internaliserende en externaliserende problemen die jongvolwassenen ervaren (Achenbach & Rescorla, 2003). De ASR bestaat uit 110 verschillende stellingen gericht op onder andere somberheid, fysieke klachten, agressief gedrag en concentratieproblemen (Achenbach & Rescorla, 2003). Een voorbeeld van een dergelijke stelling is: 'ik maak me vaak zorgen' (zie bijlage 7.2 voor de volledige lijst met stellingen). De antwoordmogelijkheden bij deze 110 stellingen waren: '0= helemaal niet of niet waar', '1= een beetje of soms' en '2= duidelijk vaak'. Deze 110 stellingen werden samengevoegd tot een schaal (*Cronbach's alpha* =0.96). De gemiddelde schaal score van de respondenten op mentale gezondheidsproblemen kon een getal zijn tussen 0 en 2 zijn. Een hogere score wees op grotere mentale gezondheidsproblemen. Van 38 respondenten ontbraken hun antwoorden op de 110 stellingen. Deze missende waarden werden niet verwijderd, maar vervangen door het gemiddelde van mentale gezondheidsproblemen, namelijk 0.24 (*SD*=0.17). Daarmee konden alle 978 respondenten onderdeel van de steekproef blijven.

3.2.3. Geslacht

Geslacht is gemeten door op de eerste meting van TRAILS, namelijk op 11-jarige leeftijd, aan de respondenten de vraag te stellen 'wat is je geslacht?'. De bijbehorende antwoordmogelijkheden waren '0= meisje' en '1=jongen'. Om deze variabele te kunnen gebruiken voor de analyses was het niet noodzakelijk om bewerkingen uit te voeren. Hiervoor geldt dat alle 978 respondenten antwoord hebben gegeven op deze vraag.

3.2.4. Sociale steun

Op de zesde meting van TRAILS werd aan de respondenten, voorafgaand aan de vragen rondom partnersteun, de vraag gesteld 'heeft u een partner?'. Hierop konden de respondenten antwoorden met '0= nee' en '1= ja'. In totaal hadden 374 respondenten op dat moment geen partner. Deze respondenten werden uit de steekproef verwijderd omdat zij geen sociale steun vanuit een partner konden ontvangen.

Instrumentele steun

Volgens Oludayo en Omonijo (2020) is sprake van instrumentele steun als onder andere partners en vrienden elkaar bijstaan in het uitvoeren van alledaagse activiteiten.

Instrumentele steun partner

De instrumentele steun die de respondenten ervaren vanuit hun partner werd op 26-jarige leeftijd aan de hand van de volgende twee stellingen gemeten: 'In welke mate steunt uw partner u bij...:' '1= de besteding van uw vrije tijd en uw sociale contacten' en '2= allerlei praktische zaken'. Bij deze twee stellingen hoorden de volgende antwoordmogelijkheden: '1= geen steun van partner', '2= weinig steun van partner', '3= redelijk veel steun van partner' en '4= zeer veel steun van partner'. De Cronbach's alpha van 0.66 was acceptabel en de twee stellingen konden worden samengevoegd tot een schaal. De gemiddelde schaalscore kon een getal tussen 1 en 4 zijn. Een hogere score stond gelijk aan hogere instrumentele steun die respondenten ervoeren vanuit hun partner. Hiervoor geldt dat alle 604 respondenten antwoord gaven op beide stellingen.

Instrumentele steun vrienden

De instrumentele steun die de respondenten ervaren vanuit hun vrienden werd op 26-jarige leeftijd gemeten aan de hand van de volgende stelling: 'uw vriend(inn)en helpen u als u problemen heeft'. De respondenten konden antwoorden met een 5-puntenschaal waarbij '1= helemaal niet' en '5= helemaal wel'. Een hogere score stond gelijk aan een hogere ervaren instrumentele steun die respondenten ervoeren vanuit hun vrienden. Alle 604 respondenten hadden bovenstaande stelling beantwoord.

Emotionele steun

Volgens Oludayo en Omonijo (2020) is sprake van emotionele steun als individuen toewijding, empathie, waardering en adviezen ervaren vanuit sociale relaties, waaronder hun partner en vrienden.

Emotionele steun partner

De emotionele steun die respondenten ervaren vanuit hun partner werd op 26-jarige leeftijd gemeten aan de hand van de volgende drie stellingen: 'In welke mate steunt uw partner u bij...:' '1= beslissingen rond uw werk of opleiding', '2= zorgen of problemen met uw gezondheid', '3= meer persoonlijke zaken die u bezighouden'. Bij deze drie stellingen hoorden de volgende antwoordmogelijkheden: '1= geen steun van partner', '2= weinig steun van partner', '3= redelijk veel steun van partner', '4= zeer veel steun van partner'. Deze drie stellingen werden samengevoegd tot een schaal (*Cronbach's alpha* =0.78). De gemiddelde schaalscore van de respondenten op emotionele steun partner kon een getal zijn tussen 1 en 4 zijn. Een hogere score stond gelijk aan hogere emotionele steun die de respondenten ervoeren vanuit hun partner. De respondenten die niet voldeden aan de voorwaarde om alle stellingen van emotionele vanuit partner te hebben beantwoord, werden verwijderd uit de steekproef. In totaal voldeed één van de respondenten niet aan bovengenoemde voorwaarde.

Emotionele steun vrienden

De emotionele steun die respondenten ervaren vanuit hun vrienden werd op 26-jarige leeftijd aan de hand van de volgende vier stellingen gemeten: '1= uw vriend(inn)en begrijpen u', '2= bij uw vriend(inn)en kunt u zichzelf zijn', '3= uw vriend(inn)en zijn belangrijk voor u' en '4= u bent tevreden met de kwaliteit van uw vriendschappen'. De respondenten konden antwoorden met een 5-puntenschaal waarbij '1= helemaal niet' en '5= helemaal wel'. Deze vier stellingen werden samengevoegd tot een schaal (*Cronbach's alpha* =0.87). De gemiddelde schaalscore van de respondenten op emotionele steun vanuit vrienden kon een getal zijn tussen 1 en 5 zijn. Een hogere score stond gelijk aan een hogere ervaren emotionele steun die respondenten ervoeren vanuit hun vrienden. Alle 603 respondenten voldeden aan de voorwaarde om bovengenoemde stellingen van emotionele steun vanuit vrienden te hebben beantwoord.

3.2.5. Controlevariabelen

Kinderen

De controlevariabele kinderen is op 29-jarige leeftijd gemeten aan de hand van de vraag 'hoeveel kinderen heeft u?'. De bijbehorende antwoordmogelijkheden waren '0= ik heb geen kinderen', '1= 1 kind', '2= 2 kinderen', '3= 3 kinderen' en '4= 4 kinderen'. Voordat de analyses werden uitgevoerd, moest een bewerking op deze variabelen worden uitgevoerd. De variabele is namelijk gehercodeerd tot een dummy-variabele met de antwoordmogelijkheden '0= geen kinderen' en '1= wel kinderen'. Hiervoor geldt dat alle 603 respondenten antwoord hebben gegeven op deze vraag.

Arbeidsuren

De controlevariabele arbeidsuren werd op 29-jarige leeftijd gemeten door aan de respondenten de volgende vraag te stellen: 'hoeveel uur per week werkt u gemiddeld? (hier bedoelen we het aantal uur dat u daadwerkelijk per week werkt)'. De respondenten konden als antwoord op de vraag een getal invullen dat overeenkwam met het aantal arbeidsuren per week. Hoe hoger dit getal, des te meer het aantal arbeidsuren van de respondent. Van 10 respondenten ontbrak het antwoord op deze vraag. Deze missende waarden werden niet verwijderd, maar vervangen door het gemiddelde van arbeidsuren, namelijk 34.83 (*SD*=9.77). Daarmee konden alle 603 respondenten onderdeel van de steekproef blijven.

Tot slot, aan de zevende meting van TRAILS namen 1230 respondenten deel waarvan 978 respondenten op dat moment een betaalde baan hadden. Enkel voor de respondenten met een betaalde baan kon hun ervaren werk-privébalans bepaald worden, vandaar dat de overige respondenten werden verwijderd uit de steekproef. Daarnaast werden alle respondenten die niet voldeden aan de voorwaarden om alle stellingen te hebben beantwoord, en alle respondenten zonder een partner, verwijderd uit de steekproef. De uiteindelijk steekproefgrootte bestond daarmee uit 603 respondenten.

3.3. Data-analysemethode

Om de hypothesen te toetsen en een antwoord te formuleren op de probleemstelling werden verschillende statistische analyses uitgevoerd. Allereerst de beschrijvende analyses, om inzicht te krijgen in de achtergrondkenmerken en univariate verdelingen van de variabelen. Vervolgens de bivariate analyses, waarbij de samenhang tussen de verschillende variabelen in kaart werd gebracht aan de hand van correlaties. Tot slot de lineaire regressieanalyses. Geslacht, instrumentele steun vanuit partner, instrumentele steun vanuit vrienden, emotionele steun vanuit partner en emotionele steun vanuit vrienden werden afzonderlijk van elkaar aan het tweede model toegevoegd. Op deze manier kon een goed begrip verkregen worden van de rol die deze variabelen spelen in de invloed van mentale gezondheid en de latere werk-privébalans van jongvolwassenen.

Lineaire regressieanalyses

Het zogenaamde ‘crude-model’ is het eerste lineaire regressiemodel. Dit ‘crude-model’ toetste de eerste hypothese en geeft inzicht in hoezeer mentale gezondheidsproblemen de werk-privébalans van jongvolwassenen beïnvloeden, zonder rekening te houden met andere variabelen. In het tweede model werden de controlevariabelen arbeidsuren en kinderen toegevoegd. In het derde model werd geslacht toegevoegd aan het bestaande lineaire regressiemodel. Om vervolgens inzicht te krijgen in het interactie-effect werd in het vierde en laatste model een interactieterm tussen mentale gezondheidsproblemen en geslacht toegevoegd. Mentale gezondheidsproblemen is hieraan voorafgaand gecentreerd om multicollineariteit te voorkomen. Geslacht is een dummy-variabele en is daarom niet gecentreerd. Op basis van dit vierde model werd de tweede hypothese getoetst, namelijk of de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans varieert voor mannen en vrouwen.

Net als geslacht werden instrumentele steun vanuit partner, instrumentele steun vanuit vrienden, emotionele steun vanuit partner en emotionele steun vanuit vrienden afzonderlijk toegevoegd aan het tweede model. Vervolgens werden de interactietermen tussen de mentale gezondheidsproblemen en deze verschillende vormen van sociale steun toegevoegd om inzicht te krijgen in de interactie-effecten. Dit gebeurde eveneens afzonderlijk. Om multicollineariteit te voorkomen zijn mentale gezondheidsproblemen en de verschillende vormen van sociale steun hieraan voorafgaand gecentreerd. Op basis van deze verschillende modellen werden de derde, vierde, vijfde en zesde hypothesen getoetst, namelijk of de invloed van mentale gezondheid op de latere werk-privébalans zwakker wordt naarmate jongvolwassenen meer instrumentele steun vanuit partner, instrumentele steun vanuit vrienden, emotionele steun vanuit partner of emotionele steun vanuit vrienden ervoeren.

Sensitiviteitsanalyses

In de huidige studie zijn een drietal sensitiviteitsanalyses gedaan. Een eerste sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd om te achterhalen in hoeverre de resultaten veranderen zodra alle verschillende variabelen, namelijk mentale gezondheidsproblemen, geslacht, de verschillende vormen van sociale steun, de controlevariabelen geslacht en kinderen, en de interacties aan hetzelfde model worden toegevoegd.

Een tweede sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd zonder missende waarden. Het aantal respondenten werd in de huidige studie verhoogd door de missende waarden op mentale gezondheidsproblemen en arbeidsuren te vervangen door het gemiddelde. Om te achterhalen in hoeverre deze imputatie de resultaten heeft doen veranderen, werd de volledige analyse uitgevoerd exclusief de missende waarden op mentale gezondheidsproblemen en arbeidsuren. Daarmee werden 21 missende waarden verwijderd en bestond de steekproefgrootte uit 582 respondenten.

Een derde en laatste sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd, waarin enkel respondenten met 35 arbeidsuren of meer onderdeel van de steekproef waren. Het CBS (2022c) maakt onderscheid tussen vol- en deeltijdwerkers, waarbij de grens op 35 arbeidsuren ligt. Als een werknemer 34 arbeidsuren of minder werkt is er sprake van een dienstverband in deeltijd (CBS, 2022c). In paragraaf 2.5 staat beschreven dat jongvolwassenen minder tijd kunnen besteden aan hun privéleven naarmate zij meer arbeidsuren hebben (Crompton & Lyonette, 2006). Om deze reden werd een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd voor de voltijdwerkers uit de steekproef. Zo kon achterhaald worden in hoeverre de resultaten veranderen voor de respondenten die een aanzienlijk deel van hun tijd besteden aan het werk. In totaal hadden 322 respondenten 35 arbeidsuren of meer. De overige respondenten waren uit de steekproef verwijderd.

Modelinspectie

Om uiteindelijk een betrouwbaar antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling moest worden nagegaan of de gebruikte data voldeden aan een aantal assumpties. Voor lineaire regressieanalyses gelden de volgende assumpties: normaal verdeelde residuen, een constante standaarddeviatie voor de waarden van mentale gezondheid, de data zijn afkomstig uit een aselechte steekproef en tussen mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans bestaat een lineair verband. Tot slot werd gecontroleerd op multicollineariteit en werd gebruik gemaakt van de Cook's distance, leverage, Dfbeta's, Dffit en gestandaardiseerde residuen om eventuele uitbijters na te trekken, die de resultaten mogelijk konden beïnvloeden.

4. Resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten uit de verschillende uitgevoerde analyses weer. Om inzicht te krijgen in de achtergrondkenmerken en de onderlinge samenhang tussen de variabelen worden in de eerste paragraaf beschrijvende analyses uitgevoerd. Aan de hand van lineaire regressieanalyses worden in de derde paragraaf de hypothesen getoetst, waarna in de laatste paragraaf de desbetreffende regressiemodellen worden geëvalueerd.

4.1. Beschrijvende analyses

Univariate beschrijvende statistieken

Onderstaande tabel 1 geeft de univariate beschrijvende statistieken weer. Ter verduidelijking, en aangezien gebruik gemaakt is van de longitudinale TRAILS-data, zijn de gemiddelde leeftijden van de respondenten op het moment dat de variabelen werden gemeten, toegevoegd aan tabel 1.

Tabel 1: Beschrijving van de in de analyse opgenomen variabelen: leeftijd (standaarddeviatie), gemiddelde (standaarddeviatie), minimum- en maximumwaarde van de respondenten en totaal aantal respondenten (N=603)

Variabele	Leeftijd (Standaarddeviatie)	Gemiddelde (Standaarddeviatie)	Minimum	Maximum	N totaal
Werk-privébalans (range 1-4)	28.90 (0.60)	3.50 (0.37)	1.83	4.00	603
Mentale gezondheidsproblemen (range 0-2)	22.30 (0.65)	0.24 (0.17)	0.00	0.98	603
Geslacht ^a	11.10 (0.55)		0.00	1.00	603
Vrouw		65.50%			
Man		34.50%			
Sociale steun partner (range 1-4)	25.70 (0.60)	3.50 (0.45)	2.00	4.00	603
Emotionele steun partner		3.56 (0.48)	1.67	4.00	603
Instrumentele steun partner		3.40 (0.55)	1.50	4.00	603
Sociale steun vrienden (range 1-5)	25.70 (0.60)	4.40 (0.65)	1.00	5.00	603
Emotionele steun vrienden		4.41 (0.65)	1.00	5.00	603
Instrumentele steun vrienden		4.35 (0.79)	1.00	5.00	603
Arbeidsuren	28.90 (0.60)	34.83 (9.77)	1.00	88.00	603
Kinderen ^a	28.90 (0.60)		0.00	1.00	603
Geen kinderen		67.70%			
Wel kinderen		32.30%			

^a Bij nominale variabelen zijn de beschrijvende statistieken vermeld in percentages

De respondenten gaven hun werk-privébalans een gemiddelde score van 3.50 ($SD=0.37$), wat inhoudt dat zij gemiddeld ‘nooit’ tot ‘soms’ een negatieve interactie tussen het werk- en privéleven ervoeren. Voor de respondenten geldt dat zij gemiddeld weinig mentale gezondheidsproblemen hadden, namelijk 0.24 ($SD=0.17$). Het merendeel van de respondenten uit de onderzoeksgroep bestond uit vrouwen (65.50%). Daarnaast waren de respondenten gemiddeld erg tevreden met hun ervaren sociale steun. Zo scoorden zij gemiddeld 3.50 ($SD=0.45$) op sociale steun vanuit partner en gemiddeld 4.40

($SD=0.65$) op sociale steun vanuit vrienden. Deze respondenten werkten gemiddeld 34.83 ($SD=9.77$) uren per week. Het gemiddeld aantal arbeidsuren per week verschilde sterk tussen de respondenten, vandaar dat een grotere spreiding gevonden werd. Tot slot, het grootste deel uit de onderzoeksgroep had geen kinderen (67.70%).

Bivariate beschrijvende statistieken

De bivariate beschrijvende statistieken, namelijk de samenhang tussen de variabelen, staan in onderstaande tabel 2, op de volgende pagina, weergegeven.

De samenhang tussen mentale gezondheidsproblemen en de werk-privébalans van de respondenten was redelijk zwak negatief ($r = -0.25$; $p < 0.01$). Naarmate de respondenten grotere mentale gezondheidsproblemen ervoeren, werd hun werk-privébalans slechter. Voor geslacht en werk-privébalans werd een zeer zwak negatieve correlatie gevonden ($r = -0.01$; $p = 0.914$). Mannen en vrouwen ervoeren dus nauwelijks verschillen rondom hun werk-privébalans. Echter, tussen arbeidsuren en geslacht werd een matig sterke positieve correlatie gevonden ($r = 0.36$; $p < 0.01$). Dit betekent dat mannen gemiddeld meer arbeidsuren werkten dan vrouwen. Tussen werk-privébalans en sociale steun werden positieve correlaties gevonden. Hierin is te zien dat de samenhang tussen werk-privébalans en sociale steun vanuit vrienden iets sterker positief was dan voor sociale steun vanuit de partner. Naarmate de respondenten bijvoorbeeld meer instrumentele steun vanuit vrienden ervoeren, was hun ervaren werk-privébalans beter ($r = 0.19$; $p < 0.01$). Tot slot werd tussen emotionele steun vanuit partner en instrumentele steun vanuit partner een sterke correlatie gevonden ($r = 0.59$; $p < 0.01$). Als de respondenten vanuit hun partner meer emotionele steun ervoeren, kregen zij ook meer instrumentele steun vanuit de partner. Eveneens werd een zeer sterke correlatie gevonden tussen emotionele steun vanuit vrienden en instrumentele steun vanuit vrienden ($r = 0.77$; $p < 0.01$). Naarmate de respondenten meer emotionele steun ontvingen vanuit hun vrienden, ervoeren zij ook meer instrumentele steun vanuit hun vrienden.

Tabel 2: Correlaties van alle variabelen die zijn opgenomen in de analyse (N=603)

Variabele	Werk-privébalans	Mentale gezondheidsproblemen	Geslacht	Instrumentele steun partner	Instrumentele steun vrienden	Emotionele steun partner	Emotionele steun vrienden	Arbeidsuren	Kinderen
Werk-privébalans	-								
Mentale gezondheidsproblemen	-0.25 ^{a**}	-							
Geslacht	-0.01 ^a	-0.09 ^{a*}	-						
Instrumentele steun partner	0.08 ^{a*}	-0.13 ^{a**}	-0.09 ^{a*}	-					
Instrumentele steun vrienden	0.19 ^{a**}	-0.14 ^{a**}	-0.14 ^{a**}	0.17 ^{a**}	-				
Emotionele steun partner	0.11 ^{a**}	-0.09 ^{a*}	-0.06 ^a	0.59 ^{a**}	0.14 ^{a**}	-			
Emotionele steun vrienden	0.17 ^{a**}	-0.19 ^{a**}	-0.08 ^a	0.23 ^{a**}	0.77 ^{a**}	0.17 ^{a**}	-		
Arbeidsuren	-0.16 ^{a**}	-0.12 ^{a**}	0.36 ^{a**}	-0.08 ^a	-0.01 ^a	-0.09 ^{a*}	0.01 ^a	-	
Kinderen	0.03 ^a	-0.05 ^a	-0.11 ^{b**}	0.09 ^{a*}	0.00 ^a	0.03 ^a	0.02 ^a	-0.34 ^{a**}	-

*Significant bij $p < 0.05$; **significant bij $p < 0.01$; ^a Pearson correlatie; ^b Cramer's V

4.2. Multivariate analyses

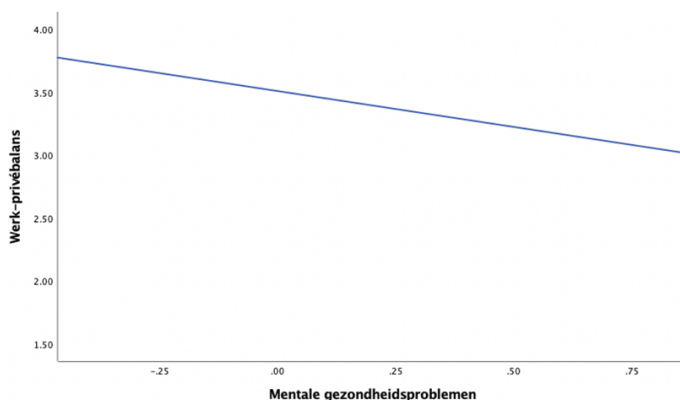
Verscheidende lineaire regressieanalyses zijn uitgevoerd om de hypothesen te toetsen. Het eerste regressiemodel is het zogenaamde ‘crude model’ en toetste de invloed van mentale gezondheidsproblemen van 22-jarige jongvolwassenen op hun werk-privébalans op het moment dat zij 29 jaar waren. De daaropvolgende modellen toetsten afzonderlijk van elkaar in hoeverre de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans verandert voor geslacht, en naarmate de jongvolwassenen meer instrumentele steun vanuit partner, instrumentele steun vanuit vrienden, emotionele steun vanuit partner en emotionele steun vanuit vrienden ervaren. Tot slot zijn drie sensitiviteitsanalyses uitgevoerd.

Tabel 3: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met werk-privébalans als afhankelijke variabele en mentale gezondheidsproblemen als onafhankelijke variabele (N=603)

	Model 1		Model 2	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Intercept	3.51*	0.02	3.80*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.57*	0.09	-0.63*	0.09
Arbeidsuren			-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)			-0.04	0.03
Gecorrigeerde R ²	0.06		0.10	
(Partiële) F	40.79*		13.14*	
N	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

Uit het eerste model, zoals te zien is in tabel 3, blijkt dat een sterk negatieve en significante invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans van jongvolwassenen gevonden werd ($b = -0.57$; $p < 0.01$). Als de respondenten grotere mentale gezondheidsproblemen ervoeren, waren zij minder tevreden met hun werkprivébalans. Het effect van mentale gezondheidsproblemen was middelmatig groot ($\beta = -0.25$). Deze bevindingen ondersteunen de eerste hypothese, namelijk hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. In onderstaand figuur 2 is de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans visueel weergegeven.



Figuur 2: De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans (N=603)

In het tweede model werden de controlevariabelen arbeidsuren en kinderen toegevoegd. Voor arbeidsuren werd een zwak negatief maar significant resultaat gevonden ($b=-0.01$; $p<0.01$). Naarmate de respondenten meer arbeidsuren werkten, waren zij minder tevreden met hun werk-privébalans, als de overige variabelen in het model constant bleven. Voor kinderen werd eveneens een zwak negatief resultaat gevonden, maar respondenten met kinderen ervoeren geen significant slechtere werk-privébalans dan respondenten zonder kinderen ($b=-0.04$; $p=0.19$).

Tabel 4: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met geslacht als moderatie ($N=603$)

	Model 3		Model 4	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Intercept	3.81*	0.06	3.81*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.63*	0.09	-0.57*	0.11
Geslacht (vrouw=0; man=1)	0.03	0.03	0.03	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * geslacht			-0.17	0.19
Arbeitsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.04	0.03	-0.05	0.03
Gecorrigeerde R^2	0.10		0.10	
(Partiële) <i>F</i>	0.76		0.81	
<i>N</i>	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p<0.01$

De tweede hypothese luidde: ‘hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is sterker voor vrouwen dan voor mannen.’

In tabel 4 is te zien dat voor de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en geslacht een redelijk zwak negatief en niet significant resultaat gevonden werd ($b= -0.17$; $p=0.37$). Dit betekent dat de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans voor mannen iets sterker was dan voor vrouwen. Echter, dit resultaat was zoals benoemd niet significant, en komt daarmee niet overeen met de tweede hypothese.

Tabel 5: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met instrumentele steun vanuit partner als moderatie ($N=603$)

	Model 5		Model 6	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Intercept	3.80*	0.06	3.80*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.62*	0.09	-0.62*	0.09
Instrumentele steun partner ^a	0.03	0.03	0.03	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * instrumentele steun partner ^a			-0.00	0.15
Arbeitsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.05	0.03	-0.05	0.03
Gecorrigeerde R^2	0.10		0.10	
(Partiële) <i>F</i>	0.85		0.00	
<i>N</i>	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p<0.01$

Uit het zesde model, zoals te zien is in bovenstaande tabel 5, was de rol die instrumentele steun vanuit de partner speelt in de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans van de respondenten vrijwel nihil en niet significant ($b= -0.00$; $p=0.98$). De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans van de respondenten werd nauwelijks sterker naarmate respondenten meer instrumentele steun ervoeren vanuit hun partner. Aan de hand van deze

bevindingen kan geconcludeerd worden dat de derde hypothese niet ondersteund wordt.

Tabel 6: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met instrumentele steun vanuit vrienden als moderatie (N=603)

	Model 7		Model 8	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.80*	0.06	3.79*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.58*	0.09	-0.57*	0.09
Instrumentele steun vrienden ^a	0.07*	0.02	0.07*	0.02
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * instrumentele steun vrienden ^a			0.07	0.09
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.04	0.03	-0.04	0.03
Gecorrigeerde R ²	0.12		0.12	
(Partiële) F	15.64*		0.54	
N	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

De vierde hypothese luidde: ‘hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van instrumentele steun vanuit hun vrienden ervaren.’ Uit bovenstaande tabel 6 blijkt dat voor instrumentele steun vanuit vrienden een zwak positief resultaat gevonden werd ($b=0.07$; $p < 0.01$). Naarmate de respondenten meer instrumentele steun vanuit hun vrienden ervoeren verbeterde hun werk-privébalans, als de overige variabelen in het model constant waren. Voor het interactie-effect tussen mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vanuit vrienden werd daarentegen een zwak positief maar niet significant resultaat gevonden ($b=0.07$; $p=0.46$). Zo werd de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans zwakker naarmate de respondenten meer instrumentele steun ervoeren vanuit hun vrienden. Echter, zoals aangegeven was dit resultaat niet significant en wordt daarmee de vierde hypothese niet ondersteund.

Tabel 7: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met emotionele steun vanuit partner als moderatie (N=603)

	Model 9		Model 10	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.79*	0.06	3.79*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.62*	0.09	-0.63*	0.09
Emotionele steun partner ^a	0.06	0.03	0.06	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * emotionele steun partner ^a			-0.12	0.16
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.04	0.03	-0.04	0.03
Gecorrigeerde R ²	0.10		0.10	
(Partiële) F	3.36		0.52	
N	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

Volgens bovenstaande tabel 7 wordt ook de vijfde hypothese, namelijk dat de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans zwakker is voor respondenten die meer emotionele steun ervaren vanuit hun partner ervaren, niet ondersteund ($b = -0.12$; $p = 0.47$). De invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans werd zelfs iets sterker naarmate de respondenten meer emotionele steun vanuit hun partner ontvingen. Dit resultaat was echter niet significant.

Tabel 8: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met emotionele steun vanuit vrienden als moderatie (N=603)

	Model 11		Model 12	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Intercept</i>	3.80*	0.06	3.80*	0.06
<i>Mentale gezondheidsproblemen^a</i>	-0.58*	0.09	-0.56*	0.09
<i>Emotionele steun vrienden^a</i>	0.07*	0.02	0.07*	0.02
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun vrienden^a</i>			0.12	0.11
<i>Arbeidsuren</i>	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
<i>Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)</i>	-0.04	0.03	-0.04	0.03
<i>Gecorrigeerde R²</i>	0.11		0.11	
<i>(Partiële) F</i>	10.71*		1.07	
<i>N</i>	603		603	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

De laatste hypothese luidde: ‘hoe groter de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen, des te slechter hun ervaren werk-privébalans is. Deze invloed is zwakker naarmate jongvolwassenen hogere niveaus van emotionele steun vanuit hun vrienden ervaren.’ Deze hypothese kon getoetst worden aan de hand van het twaalfde model, waarin de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit hun vrienden werd toegevoegd. Hieruit blijkt dat emotionele steun vanuit vrienden een redelijk zwak positieve maar niet significante rol speelde in de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans ($b=0.12$; $p=0.30$). Als de respondenten meer emotionele steun vanuit hun vrienden ervoeren, werd de invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun werk-privébalans zwakker. Echter, dit resultaat was niet significant, en komt daarmee niet overeen met de zesde hypothese.

Sensitiviteitsanalyses

Sensitiviteitsanalyse van het totale regressiemodel

De eerste sensitiviteitsanalyse behelst het totale regressiemodel. De resultaten zijn nauwelijks veranderd ten opzichte van de modellen waaraan de verschillende variabelen en interacties afzonderlijk zijn toegevoegd. Voor mentale gezondheidsproblemen werd eveneens een sterke significante invloed op de werk-privébalans van jongvolwassenen gevonden ($b=-0.51$; $p<0.01$). Voor instrumentele steun vanuit vrienden werd ook een vergelijkbaar zwak positief en significant resultaat gevonden ($b=0.07$; $p<0.05$). Voor de interacties, van geslacht en de verschillende vormen van sociale steun, bleven de resultaten niet significant, zoals uit onderstaande tabel 9 blijkt. Tot slot bleef ook de controlevariabele arbeidsuren zwak negatief en significant ($b=-0.01$; $p<0.01$).

Tabel 9: Resultaten van het totale regressiemodel met werk-privébalans als afhankelijke, mentale gezondheidsproblemen als onafhankelijke, en geslacht, emotionele en instrumentele steun vanuit partner en vrienden als modererende variabelen ($N=603$)

	Model 13	
	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Intercept</i>	3.80**	0.06
<i>Mentale gezondheidsproblemen^a</i>	-0.51**	0.11
<i>Geslacht (vrouw=0; man=1)</i>	0.05	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* geslacht</i>	-0.20	0.19
<i>Instrumentele steun partner^a</i>	-0.02	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun partner^a</i>	-0.01	0.18
<i>Instrumentele steun vrienden^a</i>	0.07*	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun vrienden^a</i>	-0.03	0.16
<i>Emotionele steun partner^a</i>	0.06	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun partner^a</i>	-0.21	0.19
<i>Emotionele steun vrienden^a</i>	0.00	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun vrienden^a</i>	0.16	0.20
<i>Arbeidsuren</i>	-0.01**	0.00
<i>Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)</i>	-0.04	0.03
<i>Gecorrigeerde R²</i>	0.12	
<i>(Partiële) F</i>	7.20**	
<i>N</i>	603	

*Significant bij $p < 0.05$; **significant bij $p < 0.01$

Sensitiviteitsanalyse van het totale model zonder missende waarden

In onderstaande tabel 10 is te zien dat een tweede sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd zonder missende waarden. Hieruit blijkt dat de resultaten nauwelijks gedreven werden door de imputatie van de gemiddelde scores. De resultaten bleven significant dan wel niet significant, en ook de hellingen hielden een vergelijkbare sterkte aan. Zo bleef de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans sterk negatief en significant ($b=-0.50$; $p<0.01$). Voor instrumentele steun vanuit vrienden werd eveneens een vergelijkbaar zwak positief en significant resultaat gevonden ($b=0.07$; $p<0.05$). Voor de interacties, van geslacht en de verschillende vormen van sociale steun, waren eveneens zwakke en niet significante resultaten gevonden. Tot slot bleef ook de controlevariabele arbeidsuren zwak negatief en significant ($b=-0.01$; $p<0.01$).

Tabel 10: Resultaten van het totale regressiemodel met werk-privébalans als afhankelijke, mentale gezondheidsproblemen als onafhankelijke, en geslacht, emotionele en instrumentele steun vanuit partner en vrienden als modererende variabelen zonder missende waarden (N=582)

	Model 14	
	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Intercept</i>	3.78**	0.06
<i>Mentale gezondheidsproblemen^a</i>	-0.50**	0.11
<i>Geslacht (vrouw=0; man=1)</i>	0.05	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* geslacht</i>	-0.21	0.19
<i>Instrumentele steun partner^a</i>	-0.01	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun partner^a</i>	-0.00	0.18
<i>Instrumentele steun vrienden^a</i>	0.07*	0.03
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun vrienden^a</i>	-0.04	0.16
<i>Emotionele steun partner^a</i>	0.04	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun partner^a</i>	-0.22	0.20
<i>Emotionele steun vrienden^a</i>	-0.00	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun vrienden^a</i>	0.18	0.20
<i>Arbeidsuren</i>	-0.01**	0.00
<i>Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)</i>	-0.04	0.03
<i>Gecorrigeerde R²</i>	0.11	
<i>(Partiële) F</i>	6.75**	
<i>N</i>	582	

*Significant bij $p < 0.05$; **significant bij $p < 0.01$

Sensitiviteitsanalyse van het totale model voor voltijdwerkers

Een derde en laatste sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd, waarin enkel respondenten met 35 arbeidsuren of meer onderdeel van de steekproef waren. In onderstaande tabel 11 is te zien dat de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans voor voltijdwerkers iets sterker negatief is geworden, en bleef significant ($b=-0.53$; $p<0.01$). Voor instrumentele steun vanuit vrienden werd in dit vijftiende model een zwak positieve en ‘borderline significante’ invloed op de werk-privébalans gevonden ($b=0.07$; $p=0.09$), terwijl deze invloed in het totale model (model 13) nog significant was. Voor geslacht werd eveneens een ‘borderline significant’ resultaat gevonden ($b=0.08$; $p=0.08$). Mannen die voltijd werkten waren gemiddeld iets tevredener met hun werk-privébalans dan vrouwen die voltijd werkten, als de overige variabelen in het model constant werden gehouden. In het totale model was dit resultaat niet significant. Voor de interacties, van geslacht en de verschillende vormen van sociale steun, bleven de resultaten net als in het totale model niet significant. De invloed van arbeidsuren daarentegen bleef zwak negatief en significant ($b=-0.01$; $p<0.01$). Ook voor de voltijdwerkers geldt dat zij minder tevreden waren met hun werk-privébalans naarmate zij meer arbeidsuren hadden, als de overige variabelen in het model constant waren. Tot slot kon dit model 15% van de variantie in werk-privébalans verklaren ($F(13, 308) = 5.20$; $p<0.01$). Dit betekent dat het model met enkel voltijdwerkers, vergeleken met het totale model, meer van de variantie in werk-privébalans kon verklaren.

Tabel 11: Resultaten van het totale regressiemodel met werk-privébalans als afhankelijke, mentale gezondheidsproblemen als onafhankelijke, en geslacht, emotionele en instrumentele steun vanuit partner en vrienden als modererende variabelen voor voltijdwerkers (N=322)

	Model 15	
	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Intercept</i>	4.01**	0.13
<i>Mentale gezondheidsproblemen^a</i>	-0.53**	0.17
<i>Geslacht (vrouw=0; man=1)</i>	0.08	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* geslacht</i>	-0.11	0.25
<i>Instrumentele steun partner^a</i>	0.01	0.05
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun partner^a</i>	0.07	0.24
<i>Instrumentele steun vrienden^a</i>	0.07	0.04
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* instrumentele steun vrienden^a</i>	0.06	0.24
<i>Emotionele steun partner^a</i>	0.05	0.05
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun partner^a</i>	-0.12	0.26
<i>Emotionele steun vrienden^a</i>	-0.02	0.05
<i>Interactie mentale gezondheidsproblemen^a* emotionele steun vrienden^a</i>	0.15	0.27
<i>Arbidsuren</i>	-0.01**	0.00
<i>Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)</i>	-0.02	0.05
<i>Gecorrigeerde R²</i>	0.15	
<i>(Partiële) F</i>	5.20**	
<i>N</i>	322	

*Significant bij $p < 0.05$; **significant bij $p < 0.01$

4.3. Modelinspectie

De modelinspectie in deze paragraaf bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel is de bespreking van de modelfit van de verschillende lineaire regressieanalyses. Het tweede onderdeel is de modevaluatie, waarin een controle op de assumpties plaatsvindt, gecontroleerd wordt op multicollineariteit en mogelijke uitbijters worden nagetrokken.

4.3.1. Modelfit

Uit tabel 3 blijkt dat mentale gezondheidsproblemen een behoorlijk en significant deel van de variantie in werk-privébalans kon verklaren ($R^2a=0.06$; $F(1, 601) = 40.79$; $p<0.01$). Het tweede model, waarin de controlevariabelen arbeidsuren en kinderen waren toegevoegd, kon 10% van de variantie in werk-privébalans verklaren. Ten opzichte van het eerste model, met mentale gezondheidsproblemen, is dat een redelijke en significante verbetering in het verklaren van de variantie in werk-privébalans ($F(2, 599) = 13.14$; $p<0.01$).

Aan het tweede model, met mentale gezondheidsproblemen en de controlevariabelen, werden geslacht, instrumentele steun vanuit de partner en emotionele steun vanuit de partner afzonderlijk van elkaar toegevoegd. Zowel geslacht als instrumentele en emotionele steun vanuit de partner konden geen significant aanvullend deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ten opzichte van het tweede model. Hoewel emotionele steun vanuit de partner ten opzichte van het tweede model wél een 'borderline significant' deel van de variantie in werk-privébalans kon verklaren ($R^2a=0.10$; $F(1, 598) = 3.36$; $p=0.07$).

Daarentegen kon instrumentele steun vanuit vrienden, als extra voorspeller in het zevende model, ten opzichte van het tweede model, met mentale gezondheidsproblemen en de controlevariabelen, een klein aanvullend en significant deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($R^2a=0.12$; $F(1, 598) = 15.64$; $p<0.01$). Het elfde model, waarin de emotionele steun vanuit vrienden werd toegevoegd aan het bestaande tweede model, kon 11% van de variantie in werk-privébalans verklaren. Dat is ten opzichte van het tweede model ook een kleine en significante verbetering ($F(1, 598) = 10.71$; $p<0.01$).

De modellen waarin de interacties tussen mentale gezondheidsproblemen, geslacht en de verschillende vormen van sociale steun waren toegevoegd, konden geen van allen een significant deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ten opzichte van het voorgaande model. De resultaten van deze modellen staan weergegeven in de tabellen 4 tot en met 8.

Tot slot was het totale model (model 13), waarin alle variabelen waren toegevoegd in staat om 12% van de variantie in werk-privébalans te verklaren ($F(13, 589) = 7.20$; $p<0.01$). Het model met enkel

mentale gezondheidsproblemen, instrumentele steun vanuit vrienden en de controlevariabelen kon evenveel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($R^2 a=0.12$; $F(1, 598) = 15.64$; $p < 0.01$). Dit is een aanzienlijk deel, en waarvan het grootste gedeelte van de variantie in werk-privébalans door mentale gezondheidsproblemen verklaard kon worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het model met mentale gezondheidsproblemen, instrumentele steun vanuit vrienden en de controlevariabelen (model 7) de beste voorspeller is voor het verklaren van de variantie in werk-privébalans. De overige variabelen waren niet of nauwelijks van toegevoegde waarde in het verklaren van de variantie in werk-privébalans.

4.3.2. Modevaluatie

Assumpties

Om een betrouwbaar antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling werd nagegaan of de gebruikte data voldeden aan een aantal assumpties. Voor lineaire regressieanalyses gelden de volgende assumpties: een constante standaarddeviatie voor de waarden van mentale gezondheid, de data zijn afkomstig uit een aselechte steekproef, tussen mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans bestaat een lineair verband en normaal verdeelde residuen. Aan de assumpties van een aselechte steekproef en een constante standaarddeviatie voor de waarden van mentale gezondheidsproblemen, namelijk homoscedasticiteit, werd voldaan. Voor de assumpties van een normaal verdeelde residuen, namelijk normaliteit, en een lineair verband tussen mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans werd geen duidelijke, maar een lichte schending gevonden. Om deze reden moeten de resultaten voorzichtiger geïnterpreteerd worden omdat de kans op een significant resultaat iets groter werd, terwijl in de populatie mogelijk sprake was van een niet significant resultaat.

Multicollineariteit

Eveneens werd aan de hand van VIF-scores gecontroleerd op multicollineariteit, namelijk de mate van samenhang tussen de variabelen in de regressieanalyse. De hoogst gevonden VIF-score was 1.50 en ligt daarmee ruim onder de vuistregel van een maximale VIF-score van 4.00. Concluderend, de regressiecoëfficiënten konden accuraat geschat worden omdat de verschillende variabelen onderling niet (te) sterk samenhangen.

Uitbijters

Tot slot werden eventuele uitbijters nagezien met behulp van de Cook's distance, leverage, Dfbeta's, Dffit en gestandaardiseerde residuen. Een aantal cases hadden op drie of meer maten een afwijkende waarde of voldeden niet aan de vuistregel van de desbetreffende maten. Deze uitbijters werden uit de steekproef verwijderd en vervolgens werden de verschillende lineaire regressieanalyses opnieuw uitgevoerd. De resultaten, waaronder de regressiecoëfficiënten, waren her en der wat

gewijzigd maar bleven significant, dan wel niet significant. Om deze reden, en aangezien extreem hoge of lage scores op de onafhankelijke variabelen mentale gezondheidsproblemen en sociale steun reëel zijn (CBS, 2020; CBS, 2022b), werden de uitbijters niet definitief uit de steekproef verwijderd.

De uitwerkingen van de assumptiecontrole, multicollineariteit en het natrekken van de uitbijters staan weergegeven in bijlage 7.3.

5. Discussie

Dit hoofdstuk geeft een reflectie op de resultaten en de uitvoering van de studie. Het hoofdstuk start met een koppeling naar de, in het tweede hoofdstuk opgestelde, hypothesen en aan de hand van bestaande inzichten en theorieën worden de gevonden resultaten toegelicht. In de tweede paragraaf volgen de positieve punten en beperkingen van de studie, op basis waarvan implicaties voor toekomstig onderzoek en de praktijk worden beschreven. Aan de hand van een algehele conclusie wordt het laatste hoofdstuk afgesloten.

5.1. Reflectie en verklaringen

Deze studie onderzocht de invloed van mentale gezondheidsproblemen van 22-jarige jongvolwassenen op hun werk-privébalans op 29-jarige leeftijd. Eveneens werd onderzocht in hoeverre het geslacht en sociale steun vanuit partner en vrienden de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans kan veranderen. De probleemstelling luidde: *'Wat is de invloed van mentale gezondheidsproblemen van 22-jarige jongvolwassenen op hun werk-privébalans op het moment dat zij 29 jaar zijn? En welke rol spelen geslacht en sociale steun vanuit partner en vrienden hierin?'* Aan de hand van een zestal hypothesen en middels prospectieve cohort data (TRAILS) werd gepoogd een antwoord te formuleren op bovenstaande probleemstelling.

Zoals verwacht ervoeren jongvolwassenen een slechtere werk-privébalans naarmate zij grotere mentale gezondheidsproblemen hadden. In hoeverre deze bevindingen overeenkomen met voorgaand onderzoek is lastig te beoordelen. Het lijkt er namelijk op dat dit het eerste prospectieve onderzoek is naar mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans bij jongvolwassenen. De weinige studies die er zijn op het gebied van mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans variëren in hun onderzoeksdesign, zij meten bijvoorbeeld mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans op hetzelfde tijdstip of zijn gericht op een andere onderzoeksgroep, namelijk een oudere werkpopulatie (Kinnunen et al., 2004; Rantanen et al., 2008; Westrupp et al., 2016). Toch zijn, voor zover als mogelijk, de bevindingen uit deze studie het meest in overeenstemming met de resultaten uit het onderzoek van Westrupp et al. (2016), waaruit bleek dat 33-jarige vrouwen met mentale gezondheidsproblemen een grotere kans hadden op latere werk-privéconflicten. De bevindingen uit de huidige studie ondersteunen daarmee het voorgestelde, en het op de SPF-theorie (Lindenberg, 1996) gebaseerde, mechanisme tussen mentale gezondheidsproblemen en de latere werk-privébalans. Een andere mogelijke verklaring, naast de SPF-theorie, voor de bevindingen uit de huidige studie, kan vanuit de Conservation of Resources (COR) theorie komen (Hobfoll, 2001). De COR-theorie stelt dat ieder individu gebruik maakt van diverse hulpbronnen, zoals mentale gezondheid, om deel te kunnen nemen aan de samenleving (Hobfoll, 2001). Om bijvoorbeeld betaald werk te kunnen verrichten, moeten jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen een beroep doen op andere

hulpbronnen, waaronder tijd of energie (Hobfoll, 2001). De tijd en energie die zij investeren in het functioneren op het werk gaat ten koste van de tijd en energie die zij anders kunnen besteden aan sportactiviteiten of het ontmoeten van vrienden, wat voor jongvolwassen met mentale gezondheidsproblemen eerder kan resulteren in een verminderde werk-privébalans (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

De tweede verwachting was dat vrouwen een sterkere invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun latere werk-privébalans ervaren dan mannen. In tegenstelling tot deze verwachting ervoeren vrouwen geen sterkere invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun latere werk-privébalans dan mannen. Mannen ervoeren zelfs een licht sterkere invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun latere werk-privébalans, maar het verschil tussen mannen en vrouwen was niet significant, waarmee de tweede hypothese dan ook geen ondersteuning vindt. Deze bevinding uit de huidige studie komt overeen met voorgaand onderzoek, waaruit blijkt dat mannen en vrouwen in Europese verzorgingsstaten een vergelijkbare werk-privébalans ervaren (Luneau et al., 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de traditionele geslachtsrol, zoals in paragraaf 2.3 besproken, is veranderd (Barnett, 2014). Mede door emancipatie stijgt de vrouwelijke beroepsbevolking en gaat de voorkeur van mannen er steeds vaker naar uit om meer bij privéactiviteiten betrokken te zijn, zoals het zorgen voor de kinderen (Pace & Sciotto, 2022). De Nederlandse wetgeving faciliteert hierin en biedt mannen en vrouwen steeds meer mogelijkheden om werk- en privérollen te combineren. Vanaf 2019 kunnen mannen extra ouderschapsverlof opnemen op het moment dat hun kind geboren is (Rijksoverheid, 2022). Eveneens kunnen mannen en vrouwen in aanmerking komen voor kinderopvangtoeslag, wat hen beter in staat stelt om zorgtaken te combineren met betaald werk (Rijksoverheid, 2022). Zo worden de rolgedragingen vanuit de samenleving voor mannen en vrouwen minder onderscheidend (Pace & Sciotto, 2022), waardoor zowel mannen als vrouwen een soortgelijke invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans kunnen ervaren.

Een tweede verklaring voor het vinden van een vergelijkbaar resultaat voor mannen en vrouwen betreft de manier waarop de Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING) werd toegepast in de huidige studie (Geurts et al., 2005). De korte versie van deze schaal bestaat uit twaalf stellingen. Alle twaalf stellingen zijn in deze huidige studie samengevoegd tot één schaal 'werk-privébalans', terwijl uit voorgaand onderzoek blijkt dat deze schaal opgesplitst kan worden in werk-privébalans en privé-werkbalans (Minnotte & Yucel, 2018; Westrupp et al., 2016). Zo blijkt namelijk dat deze subschalen variëren voor geslacht. Mannen ervaren eerder een verminderde werk-privébalans, waarin zij bijvoorbeeld moeilijkheden ondervinden om in het privéleven activiteiten te ondernemen wegens de verantwoordelijkheden op het werk (Duxbury & Higgins, 1991; Yavas et al., 2008). Vrouwen hebben daarentegen vaker te maken met een verminderde werk-privébalans, waar sprake van is als zij zich bijvoorbeeld op het werk zorgen maken over hun kinderen, wat ten koste gaat van het werk

functioneren (Duxbury & Higgins, 1991; Yavas et al., 2008). De mogelijkheid bestaat dat hoge scores op werk-privébalans lage scores op privé-werkbalans compenseren, en andersom, waardoor een vergelijkbare invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans gevonden werd voor mannen en vrouwen.

De derde verwachting was dat de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans zwakker werd naarmate jongvolwassenen meer sociale steun ervaren. De sociale steun was opgesplitst in instrumentele steun vanuit partner, instrumentele steun vanuit vrienden, emotionele steun vanuit partner en emotionele steun vanuit vrienden. Voor elk van deze vier vormen van sociale steun werd een hypothese geformuleerd. Anders dan verwacht ervoeren jongvolwassenen een iets sterkere invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun latere werk-privébalans naarmate zij meer emotionele steun kregen vanuit hun partner, maar deze bevinding was niet significant. Voor de overige vormen van sociale steun werd de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans van jongvolwassenen licht zwakker, maar ook hiervoor geldt dat de bevindingen niet significant waren. Voor iedere hypothese rondom sociale steun wordt dan ook geen ondersteuning gevonden. Deze bevindingen staan haaks op de resultaten van voorgaande onderzoeken, waaruit naar voren kwam dat jongvolwassenen verminderde mentale gezondheidsproblemen ervaren en meer tevreden zijn met hun werk-privébalans als zij meer sociale steun vanuit hun partner en vrienden krijgen (Abendroth & Den Dulk, 2011; Sulimani-Aidan et al., 2021; Van Droogenbroeck et al., 2018). Een mogelijke verklaring voor de tegenstrijdige resultaten is dat sociale steun in deze studie niet op de optimale manier gemeten is. Voor het meten van instrumentele steun vanuit vrienden werd bijvoorbeeld één stelling gebruikt, wat ten koste gaat van de betrouwbaarheid omdat de kans op een toevalsfout groter is. De meetinstrumenten waren daarnaast in het TRAILS-onderzoek toegepast om de kwaliteit van partner en vriendschappen te meten (Oldehinkel et al., 2015), waardoor de stellingen door de respondenten waarschijnlijk niet inhoudelijk als instrumentele en emotionele steun geïnterpreteerd zijn.

Concluderend, uit de huidige studie blijkt dat 22-jarige jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen een verminderde werk-privébalans ervaren op 29-jarige leeftijd. Echter, de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans veranderde nauwelijks voor geslacht en de verschillende vormen van sociale steun vanuit partner en vrienden. Een veranderende traditionele geslachtsrol en de toegepaste meetinstrumenten zijn mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen de geformuleerde hypothesen en de gevonden resultaten in de huidige studie.

5.2. Positieve punten, beperkingen en vervolgonderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op de positieve punten en beperkingen van de huidige studie. Op basis van de beperkingen zijn een aantal aanbevelingen geschreven voor vervolgonderzoek.

De huidige studie kent een aantal positieve punten. Ten eerste is dit tot dusver het enige onderzoek, voor zover het ons bekend is, naar de mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen en hun latere werk-privébalans. De huidige studie biedt nieuwe inzichten in de gevolgen van mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen op latere leeftijd en vult daarmee een leemte op in het wetenschappelijk onderzoek. Ten tweede, het prospectieve design van TRAILS. De longitudinale data boden de mogelijkheid om causaliteit aan te tonen tussen mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans, wat ten opzichte van cross-sectionele data een groot pluspunt van het onderzoek is.

De huidige studie kent ook een aantal beperkingen. Een eerste beperking betreft een statistisch powerprobleem. Een relatief kleine steekproefomvang, waar in de huidige studie gebruik van werd gemaakt, heeft namelijk veelal minder power om een effect te vinden, terwijl in de populatie daar mogelijk wél sprake van is. Het is om deze reden van belang om de statische powerproblemen in acht te nemen en de resultaten, van zowel het hoofdeffect als de moderatie-effecten, in alle voorzichtigheid en zorgvuldigheid te interpreteren. Het advies voor vervolgonderzoek is om een soortgelijke studie uit te voeren bij een grotere steekproef. Een grotere steekproef gaat vaak samen met meer power.

Een tweede beperking is een relatief hoge uitstroom in verschillende TRAILS-metingen van mannen en respondenten die externaliserende problemen ervoeren. Een gevolg hiervan kan zijn dat de huidige studie niet representatief is voor de jongvolwassenpopulatie, wat een vertekend beeld van de werkelijkheid kan geven. Echter, de tweede sensitiviteitsanalyse zonder missende waarden liet zien dat de resultaten door een imputatie van missende waarden op mentale gezondheidsproblemen nauwelijks waren veranderd, waardoor het onwaarschijnlijk is dat er sprake is van bias. Voorgaand onderzoek toonde eveneens aan dat mentale gezondheidsproblemen van jongvolwassenen gelijk blijven door de jaren heen, en zich gedurende de (jong) volwassenheid blijven voordoen (Richards et al., 2022; Veldman et al., 2017). Om de representativiteit te waarborgen in vervolgonderzoek, wordt aangeraden om mentale gezondheidsgegevens uit eerdere metingen mee te nemen, met daarin ook de gegevens van uitgestroomde respondenten.

Een derde beperking betreft de manier waarop de SWING in de huidige studie is toegepast, zoals in paragraaf 5.1 al werd besproken. Alle twaalf stellingen zijn in deze huidige studie samengevoegd tot één schaal 'werk-privébalans'. In vervolgonderzoek wordt het afgeraden om de twaalf stellingen samen te voegen tot één schaal, aangezien voorgaand onderzoek liet zien dat de subschalen werk-privébalans en privé-werkbalans variëren voor geslacht (Duxbury & Higgins, 1991; Yavas et al., 2008). Om meer kennis te vergaren rondom de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans is het advies om onderscheid te maken tussen werk-privébalans en privé-werkbalans.

Een vierde beperking is de operationalisatie van sociale steun en werd al eerder in paragraaf 5.1 toegelicht. De huidige studie maakte gebruik van één stelling om instrumentele steun vanuit vrienden te meten, wat de kans op een toevalsfout vergroot kan hebben en ten koste gaat van de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode. Daarnaast paste het TRAILS-onderzoek de meetinstrumenten toe met als doel de kwaliteit van partner en vriendschappen te meten. De respondenten interpreteerden de stellingen waarschijnlijk niet inhoudelijk als instrumentele en emotionele steun, wat de validiteit van de onderzoeksmethode mogelijk heeft geschaad. Het advies voor vervolgonderzoek is om gebruik te maken van bestaande en gevalideerde schalen toegespitst op instrumentele en emotionele steun, zoals de Family Support Inventory (FSI) of de 2-Way Social Support Scale (SSS) (King et al., 1995; Shakespeare-Finch & Obst, 2011). Deze schalen onderscheiden instrumentele en emotionele steun, waardoor meer inzicht verkregen kan worden in de manier waarop de verschillende vormen van sociale steun van invloed zijn op de relatie tussen mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk

Steeds meer kinderen in Nederland ervaren mentale gezondheidsproblemen (CBS, 2021a). Eén van de oorzaken van het groeiend aantal kinderen met mentale gezondheidsproblemen is de druk om te presteren, die zij opgelegd krijgen vanuit de Nederlandse samenleving (Nederlands Jeugdinstituut [NJI], 2019; Stevens et al., 2018). Het levert bij kinderen vaak stress op als continu van hen verwacht wordt dat zij het hoogst mogelijke niveau moeten behalen (Stevens et al., 2018). Uit onderzoek blijkt dat de mentale gezondheidsproblemen die op jonge leeftijd ontwikkeld zijn, zich blijven voordoen tot op latere leeftijd (Richards et al., 2022; Veldman et al., 2017). Op latere leeftijd ervaren (jong)volwassenen de gevolgen van mentale gezondheidsproblemen in het werk- en privéleven (De Groot et al., 2021; Narusyte et al., 2017; Weitzman, 2004). Om deze reden is het van belang om al op jonge leeftijd bij kinderen te investeren in hun mentale gezondheid. Een bestaand interventieprogramma is de ‘Gezonde School-aanpak op Welbevinden’ (De Haan et al., 2021). Leerkrachten bereiden samen met een aantal maatschappelijk werkers lessen voor waarin zij aandacht hebben voor mentale gezondheid en ‘lekker in je vel zitten’. Door dergelijke onderwerpen bespreekbaar te maken kunnen leerkrachten en maatschappelijk werkers mentale gezondheidsproblemen bij kinderen vroegtijdig opmerken. Deze kinderen kunnen dan de juiste ondersteuning krijgen waardoor verdere ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen zoveel als mogelijk voorkomen kunnen worden (De Haan et al., 2021).

Een tweede aanbeveling is gericht op de latere leeftijd, als jongvolwassenen de stap maken richting de arbeidsmarkt. De huidige studie bracht nieuwe inzichten in de manier waarop het werk- en privéleven van jongvolwassenen interacteren. Jongvolwassenen ervoeren een verminderde werk-privébalans naarmate zij grotere mentale gezondheidsproblemen hadden. In Nederland is een verminderde werk-

privébalans één van de voornaamste oorzaken van ziekteverzuim (Van Echtelt, 2020). Dit ziekteverzuim leidt tot productiviteitsverlies, brengt financiële kosten met zich mee voor de werkgever en doen de algehele Nederlandse zorgkosten stijgen (CBS, 2021b; Mendis & Weerakkody, 2014). Vanuit financieel oogpunt, maar eveneens vanwege een krimpende werkzame beroepsbevolking door toenemende vergrijzing (CBS, 2021b; UNICEF, 2021), is het van belang dat jongvolwassenen met mentale gezondheidsproblemen aan het werk blijven. Voor organisaties is daarin een belangrijke taak weggelegd om hun personeelsbeleid zo in te richten dat er aandacht is voor zowel de werk- als privésituatie van hun werknemers. Een voorbeeld is om werknemers de mogelijkheid te geven hun eigen werkuren in te delen en zo het werk af te kunnen stemmen op privéactiviteiten.

5.4. Conclusie

Nog niet eerder, voor zover het ons bekend is, werd onderzoek gedaan naar de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de latere werk-privébalans van jongvolwassenen. Naarmate jongvolwassenen grotere mentale gezondheidsproblemen ervoeren op 22-jarige leeftijd verslechterde hun werk-privébalans op 29-jarige leeftijd, wat voor mannen en vrouwen vergelijkbaar was. Uit voorgaande onderzoeken bleek dat het ervaren van sociale steun bijdraagt aan de mentale gezondheid van jongvolwassenen en hun tevredenheid rondom de werk-privébalans (Abendroth & Den Dulk, 2011; Sulimani-Aidan et al., 2021; Van Droogenbroeck et al., 2018). Deze bevindingen kwamen echter uit de huidige studie niet naar voren en mogelijk zijn een aantal methodologische problemen daar een oorzaak van, waar vervolgonderzoek dan ook rekening mee zou moeten houden. Bovendien is het van belang om vroegtijdig te investeren in de mentale gezondheid van kinderen, aangezien mentale gezondheidsproblemen zich vaak al op jonge leeftijd ontwikkelen en blijven voordoen tot op latere leeftijd (Richards et al., 2022; Veldman et al., 2017). Een interventieprogramma voor basisscholen helpt om mentale gezondheidsproblemen bespreekbaar te maken, en waar nodig kunnen kinderen ondersteuning krijgen (De Haan et al., 2021). Voor organisaties is daarnaast een belangrijke taak weggelegd om een werk-privévriendelijk personeelsbeleid te hanteren. Zo kunnen zoveel mogelijk jongvolwassenen door een balans tussen het werk- en privéleven aan het werk blijven, wat in het belang van hunzelf, de organisatie en samenleving in het geheel is.

6. Literatuurlijst

- Abendroth, A-K., & Den Dulk, L. (2011). Support for the work-life balance in Europe: the impact of state, workplace and family support on work-life balance satisfaction. *Work, Employment & Society, 25*(2), 234-256.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for ASEBA Adult Forms & Profiles*. University of Vermont.
- Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 278-308.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through Midlife. *Journal of Adult Development, 8*(2), 133-143.
- Arslan, G. (2021). School bullying and youth internalizing and externalizing behaviors: Do school belonging and school achievement matter? *International Journal of Mental Health and Addiction, 1*, 10-28.
- Barnett, R. C. (2014). Role Theory. In A. C. Michalos (Eds.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer.
- Beutell, N. J. (2013). Generational differences in work-family conflict and synergy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*, 2544-2559.
- Boyar, S. L., Huang, X., & Xu, N. (2014). The moderating impact of family role configurations. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 26*, 115-133.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 6 november). *1 op de 12 jongeren is psychisch ongezond*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/45/1-op-de-12-jongeren-is-psychisch-ongezond>

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019a, 15 augustus). *Kwart bedrijven ervaart personeelstekort*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/kwart-bedrijven-ervaart-personeelstekort>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019b, 13 mei). *Mijlpalen twintigers schuiven op*. Geraadpleegd op 4 augustus 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/20/mijlpalen-twintigers-schuiven-op>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Landelijke Jeugdmonitor: Welzijn van jongeren*. Geraadpleegd op 9 augustus 2022, van <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2020/welzijn-van-jongeren/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021a, 3 september). *Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt*. Geraadpleegd op 11 augustus 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/35/mentale-gezondheid-in-eerste-helft-2021-op-dieptepunt>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021b, 29 juni). *Zorguitgaven; kerncijfers*. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84047NED>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022a). *Arbeidsparticipatie naar leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/arbeidsparticipatie-naar-leeftijd-en-geslacht>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022b). *Mentale gezondheid jongeren afgenomen*. Geraadpleegd op 9 augustus 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/22/mentale-gezondheid-jongeren-afgenomen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022c). *Voltijd*. Geraadpleegd op 19 augustus 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-beroepsbevolking/voltijd>
- Centraal Bureau voor de Statistiek & Sociaal en Cultureel Planbureau (2018). *Emancipatiemonitor: Gaan vrouwen steeds meer werken?*. Geraadpleegd op 4 augustus 2022, van <https://digital.scp.nl/emancipatiemonitor2018/gaan-vrouwen-steeds-meer-werken/>
- Coerper, C. (1954). Zum Verhältnis von Betrieb und Familie: Ein Diskussionsbeitrag. *Sozialer Fortschritt*, 3(8), 197-199.

- Crompton, R., & Lynotte, C. (2006). Work-life 'balance' in Europe. *Acta Sociologica*, 49(4), 379-393.
- De Groot, S., Veldman, K., Amick III, B. C., & Bültmann, U. (2021). Work functioning among young adults: The role of mental health problems from childhood to young adulthood. *Occupational and Environmental Medicine*, 79, 217-223.
- De Haan, A., Keij, M., & Lammers, J. (2021). *Handreiking: Bevordering mentale gezondheid jeugd*. Utrecht: Trimbos-instituut en Pharos.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2005). Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work characteristics. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(1), 3-14.
- Demerouti, E., Hewett, R., Haun, V., De Gieter, S., Rodríguez-Sánchez, A., & Skakon, J. (2019). From job crafting to home crafting: A daily study among six European countries. *Human Relations*, 73(7), 1010-1035.
- Dettmers, J., Wendt, C., & Biemelt, J. (2020). Already exhausted when arriving at work? A diary study of morning demands, start-of-work-day fatigue and job performance and the buffering role of temporal flexibility. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(6), 809-821.
- De Winter, A. F., Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Brunnekreef, J. A., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Evaluation of non-response bias in mental health determinants and outcomes in a large sample of pre-adolescents. *European Journal of Epidemiology*, 20, 173-181.
- Duxbury, L. E., & Higgins, C. A. (1991). Gender differences in work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76(1), 60-74.
- Fagg, J., Curtis, S., Stansfeld, S. A., Cattell, V., Tupuola, A-M., & Arephin, M. (2008). Area social fragmentation, social support for individuals and psychosocial health in young adults: Evidence from a national survey in England. *Social Science & Medicine*, 66(2), 242-254.
- Fählen, S. (2014). Does gender matter? Policies, norms and the gender gap in work-to-home and home-to-work conflict across Europe. *Community, Work & Family*, 17(4), 371-391.

- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 225-231.
- Fortin, I., Guay, S., Lavoie, V., Boisvert, J.-M., & Beaudry, M. (2011). Intimate partner violence and psychological distress among young couples: Analysis of the moderating effect of social support. *Journal of Family Violence*, *27*, 63-73.
- Genadek, K. R., & Hill, R. (2017). Parents' work schedules and time spent with children. *Community, Work and Family*, *20*(5), 523-542.
- Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dijkers, J. S. E., Van Hooff, M. L. M., & Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, *19*(4), 319-339.
- Goodwin-Smith, I., Hill, K., Due, C., Waterford, M., Corrales, T., Wood, L., . . . Ho, C. (2019). 'I'm not a barcode or case file number': Understandings of perceived social support and belonging within disadvantaged adolescents and young adults. *Journal of Family Studies*, *25*(4), 351-367.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, *10*(1), 76-88.
- Gyberg, F., Frisén, A., & Syed, M. (2019). 'Being stuck between two worlds'-identity configurations of occupational and family identities. *Identity*, *19*(4), 330-346.
- Haar, J. M., Russo, M., Suñe, A., & Ollier-Malaterre, A. (2014). Outcomes of work-life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*, *85*(3), 361-373.
- Hagqvist, E., Gådin, K. G., & Nordenmark, M. (2017). Work-family conflict and well-being across Europe: The role of gender context. *Social Indicators Research*, *132*, 785-797.
- Hennekam, S., & Ananthram, S. (2020). Involuntary and voluntary demotion: Employee reactions and outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *29*(4), 586-600.
- Hobfoll, S. E. (2001). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, *6*, 307-324.

- Hochschild, A., & Machung, A. (2012). *The second shift: Working families and the revolution at home*. Penguin Books.
- Huisman, M., Oldehinkel, A. J., De Winter, A., Minderaa, R., De Bildt, A., . . . Ormel, J. (2008). Cohort Profile: The Dutch 'TRacking Adolescents' Individual Lives' Survey'; TRAILS. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1227-1235.
- Kalliath, T., & Brough, P. (2008). Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. *Journal of Management & Organization*, 14(3), 323-327.
- King, L. A., Mattimore, L. K., King, W., & Adams, G. A. (1995). Family Support Inventory for workers: a new measure of perceived social support from family members. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 235-258.
- Kingston, P. W. (1990). Illusions and ignorance about the family-responsive workplace. *Journal of Family Issues*, 11(4), 438-446.
- Kinnunen, U., Geurts, S., & Mauno, S. (2004). Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: a one-year longitudinal study on gender differences. *An International Journal of Work, Health & Organisations*, 18(1), 1-22.
- Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2020). Work-life balance of UK construction workers: Relationship with mental health. *Construction Management and Economics*, 38(3), 291-303.
- Lewis, S., Gambles, R., & Rapoport, R. (2007). The constraints of a 'work-life balance' approach: An international perspective. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(3), 360-373.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the Theory of Social Production Functions. In S. M. Lindenberg & H. B. G. Ganzeboom (Eds.), *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (blz. 169-184). Amsterdam: Thesis Publishers.
- Lindenberg, S. (2013). Social rationality, self-regulation, and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In R. Wittek, T. A. B. Snijders, & V. Nee (Eds.), *Handbook of Rational Choice Social Research* (pp. 72-112). Stanford: Stanford University Press.

- Luneau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., Van der Wel, K. A., & Drango, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *European Journal of Public Health, 24*(3), 422-427.
- McDonald, P. K. (2017). How 'flexible' are careers in the anticipated life course of young people?. *Human Relations, 71*(1), 23-46.
- McNeely, R. L., & Fogarty, B. A. (1988). Balancing parenthood and employment: Factors affecting company receptiveness to family-related innovations in the workplace. *Family Relations, 37*, 189.
- Mendis, M. D. V. S., & Weerakkody, W. A. S. (2014). The relationship between work life balance and employee performance: With reference to telecommunication industry of Sri Lanka. *Kelaniya Journal of Human Resource Management, 9*(1&2), 95-117.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (z.d.). *Wet Arbeid en Zorg (WaZo)*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://www.arboportaal.nl/externe-bronnen/wetgeving/wet-arbeid-en-zorg>
- Minnotte, K. L., & Yucel, D. (2018). Work-family conflict, job insecurity, and health outcomes among US workers. *Social Indicators Research, 139*, 517-540.
- Narusyte, J., Ropponen, A., Alexanderson, K., & Svedberg, P. (2017). Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*, 1159-1168.
- Nederlands Jeugdinstuut (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik: Duiding en aanpak*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.
- Oldehinkel, A. J., Rosmalen, J. G. M., Buitelaar, J. K., Hoek, H. W., Ormel, J., Raven, D., . . . Hartman, C. A. (2015). Cohort Profile update. The TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS). *International Journal of Epidemiology, 44*(1), 76-76n.
- Oludayo, A. O. O., & Omonijo, D. O. (2020). Work-life balance: The relevance of social support. *Academy of Strategic Management Journal, 19*(3), 1-10.

- Organisation for Economic Cooperation and Development. (2017). Labour force participation rate by sex, 15+, 15-64 and 15-24 years old. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <http://www.oecd.org/gender/data/labour-force-participation-by-sex-age.htm>
- Pace, F., & Sciotto, G. (2022). Gender differences in the relationship between work-life balance, career opportunities and general health perception. *Sustainability, 14*, 357.
- Parris, M. A., Vickers, M. H., & Wilkes, L. (2008). Friendships under strain: The work-personal life integration of middle managers. *Community Work & Family, 11*(4), 405-418.
- Rantanen, J., Kinnunen, U., Feldt, T., & Pulkkinen, L. (2008). Work-family conflict and psychological well-being: Stability and cross-lagged relations within one-and six-year follow-ups. *Journal of Vocational Behavior, 73*, 37-51.
- Richards, J. S., Hartman, C. A., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2022). Continuity of psychopathology throughout adolescence and young adulthood. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology, 1-14*.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). *Mentale gezondheid jongeren: Enkele cijfers en ervaringen*. Geraadpleegd op 7 april 2022, van <https://www.rivm.nl/nieuws/mentale-gezondheid-jongeren-enkele-cijfers-en-ervaringen>
- Rijksoverheid. (2022). *Invoering van 2 maanden betaald ouderschapsverlof*. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderschapsverlof/invoering-van-2-maanden-betaald-ouderschapsverlof>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Bedragen kinderopvangtoeslag 2022*. Geraadpleegd op 13 april 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kinderopvangtoeslag/bedragen-kinderopvangtoeslag-2022>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315.
- Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. L. (2011). The development of the 2-Way Social Support Scale: A measure of giving and receiving emotional and instrumental support. *Journal of Personality Assessment, 93*(5), 483-490.

- Sirgy, M. J., & Lee, D.-J. (2017). Work-life balance: An integrative review. *Applied Research Quality Life*, 13, 229-254.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2018). *Emancipatiemonitor*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://digitaal.scp.nl/emancipatiemonitor2018/emancipatie-weer-in-de-lift/>
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2019). *Een week in kaart: Zorg voor het huishouden en anderen*. Geraadpleegd op 7 augustus 2022, van <https://digitaal.scp.nl/eenweekinkkaart2/>
- Stevens, G., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E., Ter Bogt, T... De Looze, M. (2018). *HBSC 2017: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Ridderkerk: Ridderprint.
- Stevenson, P., & Farmer, P. (2017). *Thriving at work: The Stevenson/Farmer review of mental health and employers*. Geraadpleegd op 31 maart 2022, van https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/658145/thriving-at-work-stevenson-farmer-review.pdf
- Sulimani-Aidan, Y., Achdut, N., Zeira, A., & Benbenishty, R. (2021). Psychological distress among care leavers during the transition to adulthood: Risk and protective factors throughout their life course. *Child & Family Social Work*, 27, 324-339.
- Ten Brummelhuis, L. L., & Bakker, A. B. (2012). A resource perspective on the work-home interface: The work-home resources model. *American Psychologist*, 67(7), 545-456.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- United Nations International Children's Emergency Fund (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind- promoting, protecting, and caring for children's mental health*. UNICEF.
- Van der Ploeg, K., Van der Zwaan, L., Houtman, I., Eysink, P., & Van den Bossche, S. (2016). *Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: Kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg* (533471). TNO. Geraadpleegd op 31 maart 2022, van <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid:20b7f86d-c9c3-47ba-8074-abb9655d7b0f>

- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interviews surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry, 18*(6), 1-9.
- Van Echtelt, P. (2020). *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid, WRR Working Paper 39*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Veldman, K., Reijneveld, S. A., Verhulst, F. C., Ortiz, J. A., & Bültmann, U. (2017). A life course perspective on mental health problems, employment, and work outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 43*(4), 316-325.
- Weitzman, E. R. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(4), 269-277.
- Westrupp, E. M., Strazdins, L., Martin, A., Cooklin, A., Zubrick, S. R., Nicholson, J. M. (2016). Maternal work-family conflict and psychological distress: Reciprocal relationships over 8 years. *Journal of Marriage & Family, 78*(1), 107-126.
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. WHO Press.
- Yavas, U., Babakus, E., & Karatepe, O. (2008). Attitudinal and behavioral consequences of work-family conflict and family-work conflict. *International Journal of Service Industry Management, 19*(1), 7-31.

7. Bijlagen

7.1. Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING)

De werk-privébalans is gemeten op 29-jarige leeftijd aan de hand van de korte versie van de Survey Work-home Interaction Nijmegen (SWING) (Geurts et al., 2005). Het gaat hierbij om de twaalf stellingen vanuit de SWING die gericht zijn op de negatieve interacties tussen het werk- en privéleven (Geurts et al., 2005). De antwoordmogelijkheden bij deze twaalf stellingen waren als volgt: '1= (bijna) altijd', '2= vaak', '3= soms' en '4= (bijna) nooit'. In onderstaande lijst zijn alle twaalf stellingen weergegeven.

Hoe vaak komt het voor dat...

U thuis prikkelbaar bent omdat uw werk veeleisend is?

U moeilijk aan uw verplichtingen thuis kunt voldoen, omdat u in gedachten steeds met uw werk bezig bent?

U vanwege verplichtingen op uw werk afspraken met uw partner/familie/vrienden moet afzeggen?

Uw werktijden het moeilijk maken om aan uw verplichtingen thuis te voldoen?

U door uw werk geen energie heeft om met uw partner/familie/vrienden leuke dingen te doen?

U zoveel werk te doen heeft dat u niet toekomt aan uw hobby's?

De eisen die uw werk aan u stelt, het moeilijk maken u thuis ontspannen te voelen?

Uw werk tijd in beslag neemt die u liever aan uw partner/familie/vrienden zou besteden?

U zich moeilijk kunt concentreren op uw werk, omdat u zich druk maakt over zaken in uw thuissituatie?

Uw thuissituaties irritaties veroorzaakt die u op uw collega's op het werk afreageert?

Uw prestaties op het werk verminderen door problemen met uw partner/familie/vrienden?

U geen zin heeft om aan het werk te gaan vanwege problemen met uw partner/familie/vrienden?

7.2. Adult Self Report (ASR)

Mentale gezondheidsproblemen zijn op 22-jarige leeftijd gemeten aan de hand van de Adult Self Report (ASR) waarin expliciet gevraagd werd naar internaliserende en externaliserende problemen die jongvolwassenen ervaren (Achenbach & Rescorla, 2003). De ASR bestaat uit 110 verschillende stellingen gericht op onder andere somberheid, fysieke klachten, agressief gedrag en concentratieproblemen (Achenbach & Rescorla, 2003). De antwoordmogelijkheden bij deze 110 stellingen waren: '0= helemaal niet of niet waar', '1= een beetje of soms' en '2= duidelijk vaak'. In onderstaande lijst zijn alle 110 stellingen weergegeven.

Ik kan niet met andere mensen opschieten
Mijn relaties met mensen van het andere geslacht zijn slecht
Ik ben liever alleen dan met anderen
Anderen mogen mij niet
Er is heel weinig wat ik leuk vind
Ik weiger om te praten
Ik heb moeite om vrienden te maken of te houden
Ik ben gesloten of hou dingen voor mezelf
Ik probeer met anderen weinig te maken te hebben
Ik voel me duizelig of licht in mijn hoofd
Ik voel me moe zonder dat ik weet waarom
Lichamelijke problemen zonder medische oorzaak:

- Pijnen (geen buikpijn of hoofdpijn)
- Hoofdpijn
- Misselijkheid
- Oogproblemen (waarvoor een bril of lenzen niet helpen)
- Huiduitslag of andere huidproblemen
- Buikpijn
- Overgeven
- Hartkloppingen
- Dood gevoel of tintelingen in lichaamsdelen

Ik heb problemen met slapen
Ik voel me eenzaam
Ik voel me in de war of denk wazig
Ik huil veel
Ik maak me vaak zorgen over mijn toekomst
Ik ben bang dat ik iets slechts zou kunnen doen of denken
Ik heb het gevoel dat niemand van mij houdt
Ik heb het gevoel dat anderen mij te pakken willen nemen
Ik voel me waardeloos of minderwaardig
Ik ben nerveus of gespannen
Ik heb te weinig zelfvertrouwen
Ik ben te angstig of bang
Ik voel me erg schuldig
Ik schaam me gauw of voel me niet op mijn gemak
Ik denk erover mijzelf te doden
Ik ben ongelukkig, verdrietig of depressief

Ik heb het gevoel dat ik niet kan slagen
Ik maak me vaak zorgen
Ik maak mij zorgen over mijn relaties met mensen van het andere geslacht
Ik kan bepaalde gedachten niet uit mijn hoofd zetten
Ik probeer mijzelf met opzet te verwonden of te doden
Ik bekeer me vaak per ongeluk, raak vaak per ongeluk gewond
Ik hoor geluiden of stemmen die er volgens andere mensen niet zijn
Ik heb zenuwachtige bewegingen of zenuwtrekken
Ik ga liever met oudere mensen om dan met mensen van mijn eigen leeftijd
Ik herhaal bepaalde handelingen steeds maar weer
Ik zie dingen waarvan andere mensen denken dat ze er niet zijn
Ik doe dingen die andere mensen vreemd vinden
Ik heb gedachten die andere mensen vreemd zouden vinden
Ik ben te vergeetachtig
Ik heb moeite om me te concentreren, of om lang mijn aandacht ergens bij te houden
Ik ben te afhankelijk van anderen
Ik zit vaak overdag te dromen
Ik heb moeite om vooruit te plannen
Ik maak dingen die ik moet doen niet af
Ik doe het niet goed op mijn werk
Ik heb moeite om prioriteiten te stellen
Ik heb moeite om beslissingen te nemen
Ik blijf weg van mijn werk ook al ben ik niet ziek of op vakantie
Ik heb niet veel energie
Mensen denken dat ik chaotisch ben
Ik ben vaak dingen kwijt
Ik let niet goed op details
Ik ben vaak te laat op afspraken
Ik maak vaak ruzie
Ik geef anderen de schuld van mijn problemen
Ik ben gemeen tegen anderen
Ik kan slecht met mijn familie opschieten
Ik vecht veel
Mijn stemmingen wisselen tussen opgetogenheid en depressie
Ik val mensen lichamelijk aan
Ik gil of schreeuw veel
Mijn gedrag is erg veranderlijk

Ik ben koppig, stuurs of prikkelbaar
Mijn stemming of gevoelens veranderen plotseling
Ik ben snel driftig
Ik dreig mensen om hen pijn te doen
Ik raak te snel van slag
Ik ben te ongeduldig
Ik gebruik drugs
Ik beschadig of verniel mijn eigen spullen
Ik hou me niet aan regels op het werk of ergens anders
Ik voel mij niet schuldig als ik iets gedaan heb wat ik niet had moeten doen
Ik ga om met mensen die in moeilijkheden raken
Ik ben impulsief of doe dingen zonder erbij na te denken
Ik lieg of bedrieg
Mijn gedrag is onverantwoordelijk
Ik steel
Ik drink te veel alcohol of word dronken
Ik doe dingen die mijn in moeilijkheden met de wet zouden kunnen brengen
Ik betaal mijn schulden niet of kom andere financiële verplichtingen niet na
Ik heb moeite om met geld of betaalkaarten om te gaan
Ik heb moeite om een baan te houden
Ik schep op
Ik probeer veel aandacht te krijgen
Ik sloof me uit of doe gek om op te vallen
Ik praat te veel
Ik pest anderen veel
Ik ben luidruchtiger dan anderen
Ik heb moeite om stil te zitten
Ik beschadig of verniel de spullen van anderen
Ik eet niet zo goed als ik zou moeten
Ik ben bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen
Ik maak me zorgen over mijn familie of gezin
Ik ben te verlegen of timide
Ik slaap overdag en/of 's avonds meer dan de meeste andere mensen
Ik stort mij in dingen zonder over risico's na te denken
Ik wou dat ik van het andere geslacht was
Ik voel me rusteloos
Ik rijd te hard

7.3. Modevaluatie

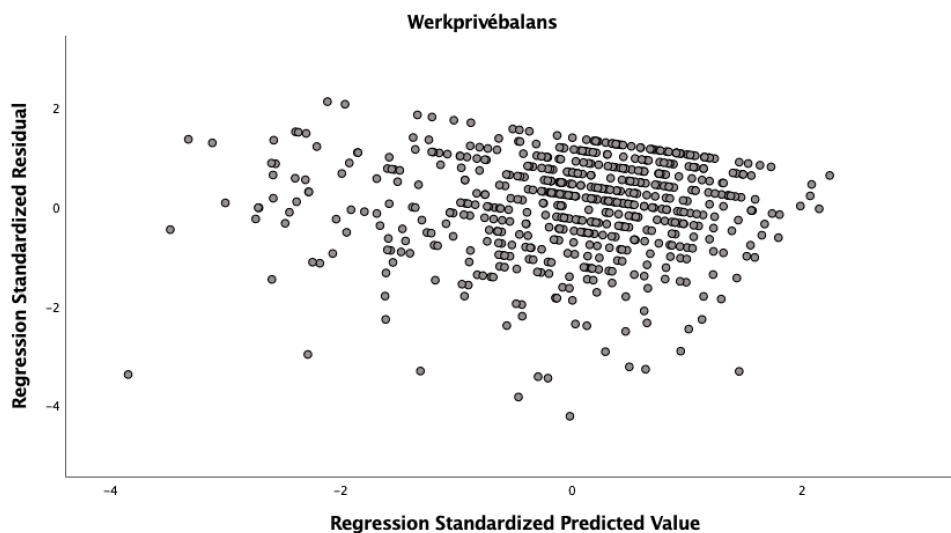
Aan de hand van een modevaluatie werd de kwaliteit van de lineaire regressiemodellen beoordeeld. Voor de modellen met de interacties tussen mentale gezondheidsproblemen en geslacht, en mentale gezondheidsproblemen en de verschillende vormen van sociale steun, werd een assumptiecontrole uitgevoerd. Daarnaast werd aan de hand van VIF-scores gecontroleerd op multicollineariteit, en eventuele invloedrijke punten en/of uitbijters werden opgezocht.

7.3.1. Assumptiecontrole

Om uiteindelijk een betrouwbaar antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling moest worden nagegaan of de gebruikte data voldeden aan een aantal assumpties. Het gaat hierbij om de assumpties voor lineariteit, homoscedasticiteit, normaliteit en onafhankelijkheid.

Lineariteit

Mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans kennen een lineair verband als het gemiddelde van de residuen nul is voor alle waarden van mentale gezondheidsproblemen, waar aan de hand van een residuenplot inzicht in verkregen kan worden. Het residuenplot is voor elk lineair regressiemodel uit de huidige studie vergelijkbaar. Ter illustratie is in onderstaand figuur 3 het residuenplot van het vierde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en geslacht als interactie weergegeven.



Figuur 3. Residuenplot werk-privébalans (N=603)

In figuur 3 is een lichte afwijking van de nullijn te zien. Naarmate de mentale gezondheidsproblemen toenamen, daalde het gemiddelde van de residuen, waardoor het gemiddelde van de residuen niet voor

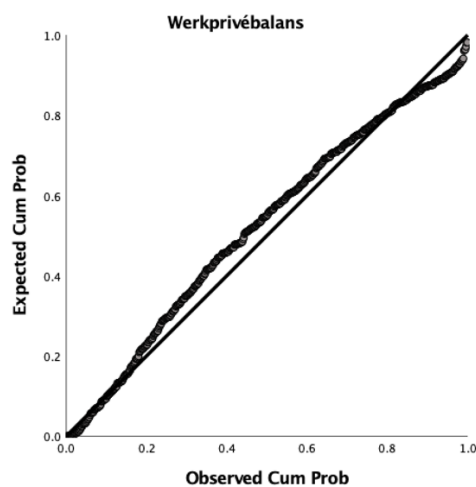
elke waarde van mentale gezondheidsproblemen gelijk aan nul was. De assumptie lineariteit is daarmee zeer licht geschonden.

Homoscedasticiteit

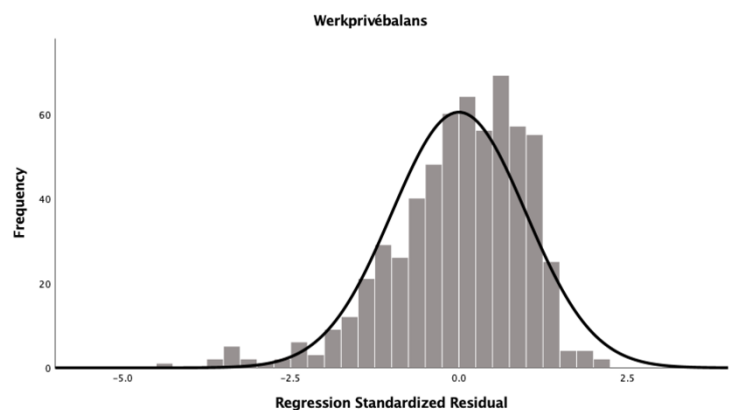
Homoscedasticiteit houdt in dat de standaarddeviatie van de residuen constant is voor elke waarde van mentale gezondheidsproblemen. Uit figuur 3 blijkt dat de spreiding rond de nullijn redelijk constant is voor de verschillende waarden van mentale gezondheid, waaruit geconcludeerd kan worden dat aan de assumptie van homoscedasticiteit werd voldaan.

Normaliteit

Met behulp van een PP-Plot en histogram kan bepaald worden of aan de assumptie van normaliteit, namelijk normaal verdeelde residuen, werd voldaan. Het PP-Plot en het bijbehorende histogram zijn voor elk lineair regressiemodel vergelijkbaar. Ter illustratie is in onderstaand figuur 4 het PP-Plot en in onderstaand figuur 5 het histogram van het tiende lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit partner als interactie weergegeven.



Figuur 4. PP-plot werk-privébalans (N=603)



Figuur 5. Histogram werk-privébalans (N=603)

In figuur 4 is een zeer lichte 'S-Curve' te zien en uit figuur 5 blijkt dat er sprake is van een licht linksscheve verdeling, aangezien de staart aan de linkerkant breder is dan aan de rechterkant en de piek iets voorbij nul ligt. Concluderend, de assumptie van normaliteit werd zeer licht geschonden.

Onafhankelijkheid

De assumptie onafhankelijkheid houdt in dat de steekproef willekeurig tot stand is gekomen. Zoals eerder beschreven in de methoden heeft TRAILS bij een vijftal gemeenten de NAW-gegevens van respondenten, geboren tussen 10 oktober 1989 en 30 september 1990 of tussen 10 januari 1990 en 30

september 1991, opgevraagd. TRAILS richtte zich op deze onderzoeksgroep, namelijk kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. Aan de hand van overige kenmerken, zoals opleidings- en inkomensniveau en huishoudens, kan geconcludeerd worden dat er sprake is geweest van een aselechte steekproef (Oldehinkel et al., 2015).

7.3.2. Multicollineariteit

Van multicollineariteit is sprake als de verschillende variabelen onderling te sterk samenhangen. Een VIF-score is de toename in standaardfouten en bepaalt of er sprake is van multicollineariteit. De vuistregel luidt: een VIF-score hoger dan 4.00 duidt op een te hoge mate van multicollineariteit. In onderstaande tabellen 12 tot en met 16 zijn de VIF-scores van alle verschillende lineaire regressiemodellen weergegeven.

Tabel 12: VIF-scores van het vierde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en geslacht als interactie (N=603)

	VIF
Kinderen	1.15
Arbeidsuren	1.31
Mentale gezondheidsproblemen	1.49
Geslacht	1.15
Interactie (mentale gezondheidsproblemen x geslacht)	1.50

Tabel 13: VIF-scores van het zesde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vanuit partner als interactie (N=603)

	VIF
Kinderen	1.15
Arbeidsuren	1.17
Mentale gezondheidsproblemen	1.08
Instrumentele steun partner	1.04
Interactie (mentale gezondheidsproblemen x instrumentele steun partner)	1.05

Tabel 14: VIF-scores van het achste lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vrienden als interactie (N=603)

	VIF
Kinderen	1.15
Arbeidsuren	1.16
Mentale gezondheidsproblemen	1.07
Instrumentele steun vrienden	1.09
Interactie (mentale gezondheidsproblemen x instrumentele steun vrienden)	1.10

Tabel 15: VIF-scores van het tiende lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit partner als interactie (N=603)

	VIF
Kinderen	1.14
Arbeidsuren	1.17
Mentale gezondheidsproblemen	1.07
Emotionele steun partner	1.03
Interactie (mentale gezondheidsproblemen x emotionele steun partner)	1.05

Tabel 16: VIF-scores van het twaalfde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit vrienden als interactie (N=603)

	VIF
Kinderen	1.14
Arbeidsuren	1.16
Mentale gezondheidsproblemen	1.08
Emotionele steun vrienden	1.15
Interactie (mentale gezondheidsproblemen x emotionele steun vrienden)	1.15

De hoogst gevonden VIF-score was 1.50 en ligt daarmee ruim onder de vuistregel van een maximale VIF-score van 4.00. Concluderend, de regressiecoëfficiënten konden accuraat geschat worden omdat de verschillende variabelen onderling niet (te) sterk samenhangen.

7.3.3. Uitbijters en invloedrijke punten

Tot slot werd aan de hand van de Cook's distance, Dfbeta's, Dffit, gestandaardiseerde residuen en de leverage eventuele uitbijters en/of invloedrijke punten nagetrokken, die de resultaten beïnvloed konden hebben. Allereerst volgt een korte toelichting op de Cook's distance, Dfbeta's, Dffit, gestandaardiseerde residuen en de leverage, en de vuistregels op basis waarvan een case tot een mogelijke uitbijter wordt bestempeld. Tot slot volgen tabellen 15 tot en met 18 waarin alle mogelijke uitbijters en bijbehorende waarden per maat worden weergegeven.

Cook's distance

De Cook's distance geeft aan wat de invloed van een bepaalde case is op de voorspellingen die gedaan worden met het regressiemodel. Met behulp van de formule $CD_i > 4/N$, waarin N de steekproefgrootte is ($N=603$), werd berekend dat alle cases met een Cook's distance van 0.0066335 werden gezien als een eventuele uitbijter.

Leverage

De leverage geeft aan wat de afstand is van een bepaalde x-waarde ten opzichte van het gemiddelde van deze x-waarde. Een grotere afstand tot het gemiddelde betekent een grotere invloed van de case op de regressiecoëfficiënt. Met behulp van de formule $Hc > 3p/N$, waarin N de steekproefgrootte ($N=603$) en p het aantal parameters is ($p=6$), werd berekend dat alle cases met een leverage van 0.02985075 werden gezien als een eventuele uitbijter.

Gestandaardiseerde residuen

De vuistregel voor de gestandaardiseerde residuen luidt: een normale waarde ligt tussen -3 en 3. Alle waarden daarbuiten werden bestempeld als een eventuele uitbijter.

Dfbeta

De Dfbeta laat zien in hoeverre de regressiecoëfficiënt verandert als een bepaalde case verwijderd wordt. De waarden van de verschillende cases op de Dfbeta werden onderling vergeleken. Een afwijkende waarde van een bepaalde case op de Dfbeta werd gezien als een eventuele uitbijter.

Dffit

De Dffit laat zien in hoeverre de fit van het model verandert als een bepaalde case verwijderd wordt. De waarden van de verschillende cases op de Dffit werden onderling vergeleken. Een afwijkende waarde van een bepaalde case op de Dffit werd gezien als een eventuele uitbijter.

In onderstaande tabellen 17 tot en met 21 staan de cases en hun waarden op de maten Cook's distance, Dfbeta's, Dffit, gestandaardiseerde residuen en de leverage weergegeven. Zodra een case op drie of meer van deze maten een afwijkende waarde had of buiten de zogenaamde vuistregel viel, werd deze case gezien als een uitbijter. Het gaat hierbij om acht cases. De cases met een afwijkende waarde, of de cases die buiten de vuistregel vielen, zijn dikgedrukt om zo inzichtelijk te maken om welke waarden het daadwerkelijk ging.

Tabel 17: De Cook's distance, leverage, gestandaardiseerde residuen, Dffit, Dfbeta van het vierde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en geslacht als interactie (N=603)

Case	Cook's distance	Leverage	Gestandaardiseerde residuen	Dffit	Dfbeta1 (kinderen)	Dfbeta2 (arbeidsuren)	Dfbeta3 (mentale gezondheidsproblemen)	Dfbeta4 (geslacht)	Dfbeta5 (interactie)
2057	0.11181	0.05101	-3.38104	-0.06692	0.00111	-0.00023	-0.08404	0.00409	0.08200
1520	0.06228	0.03017	-3.31723	-0.03882	0.00912	0.00091	-0.01873	-0.00261	0.02996
1579	0.02152	0.06010	1.35653	0.03179	-0.00011	0.00006	0.00015	0.00314	0.05351

Tabel 18: De Cook's distance, leverage, gestandaardiseerde residuen, Dffit, Dfbeta van het zesde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun partner als interactie (N=603)

Case	Cooks	Leverage	Gestandaardiseerde residuen	Dffit	Dfbeta1 (kinderen)	Dfbeta2 (arbeidsuren)	Dfbeta3 (mentale gezondheidsproblemen)	Dfbeta4 (instrumentele steun partner)	Dfbeta5 (interactie)
2057	0.48650	0.18361	-3.23395	-0.26195	0.00271	-0.00005	-0.03466	0.00532	0.21916
1520	0.05480	0.02756	-3.25626	-0.03492	0.00867	0.00082	-0.00959	-0.00042	-0.00585
1189	0.02025	0.01118	-3.03657	-0.01407	-0.00062	-0.00044	-0.01710	-0.00166	-0.01141

Tabel 19: De Cook's distance, leverage, gestandaardiseerde residuen, Dffit, Dfbeta van het achtste lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vrienden als interactie (N=603)

Case	Cooks	Leverage	Gestandaardiseerde residuen	Dffit	Dfbeta1 (kinderen)	Dfbeta2 (arbeidsuren)	Dfbeta3 (mentale gezondheidsproblemen)	Dfbeta4 (instrumentele steun vrienden)	Dfbeta5 (interactie)
2057	0.37350	0.19875	-2.67385	-0.23572	0.00285	-0.00011	-0.03338	-0.00054	0.12086
1520	0.05401	0.02773	-3.22305	-0.03433	0.00859	0.0082	-0.00737	0.00082	0.00288
1189	0.01839	0.01014	-3.02185	-0.01269	-0.00057	-0.00041	-0.01433	0.00052	-0.00043
1731	0.03539	0.01615	-3.39162	-0.02163	0.00217	-0.00010	0.00157	0.00790	-0.00545
777	0.05195	0.03682	-2.73670	-0.03852	0.00381	0.00016	0.00150	0.00790	0.01872
2052	0.02080	0.03318	1.82664	0.02319	-0.00179	-0.00003	-0.00330	-0.00645	0.00764

Tabel 20: De Cook's distance, leverage, gestandaardiseerde residuen, Dffit, Dfbeta van het tiende lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun partner als interactie (N=603)

Case	Cooks	Leverage	Gestandaardiseerde residuen	Dffit	Dfbeta1 (kinderen)	Dfbeta2 (arbeidsuren)	Dfbeta3 (mentale gezondheidsproblemen)	Dfbeta4 (emotionele steun partner)	Dfbeta5 (interactie)
2057	0.24879	0.10279	-3.38567	-0.14029	-0.00014	-0.00024	-0.04433	0.00352	0.15361
1520	0.05993	0.03159	-3.17917	-0.03885	0.00846	0.00083	-0.00508	0.00533	0.01674
1189	0.02625	0.01434	-3.08706	-0.01784	-0.00052	-0.00045	-0.01870	-0.00442	-0.02092
1579	0.07885	0.02090	1.20966	0.11053	-0.0004	0.00007	0.00558	-0.00494	-0.09836
777	0.02151	0.00979	-3.31899	-0.01366	0.00375	0.00018	-0.00439	0.00724	0.02092
214	0.01435	0.03737	1.42722	0.02060	-0.00176	-0.00006	-0.00449	-0.00674	0.02993

Tabel 21: De Cook's distance, leverage, gestandaardiseerde residuen, Dffit, Dfbeta van het twaalfde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vrienden als interactie (N=603)

Case	Cooks	Leverage	Gestandaardiseerde residuen	Dffit	Dfbeta1 (kinderen)	Dfbeta2 (arbeidsuren)	Dfbeta3 (mentale gezondheidsproblemen)	Dfbeta4 (emotionele steun vrienden)	Dfbeta5 (interactie)
2057	0.56175	0.28590	-2.88976	-0.34752	0.00188	0.00001	-0.02669	-0.00304	0.18787
1520	0.05400	0.02803	-3.20559	-0.03462	0.00854	0.00082	-0.00667	0.00084	0.00684
1731	0.03060	0.01266	-3.53001	-0.01810	0.00201	-0.00013	0.00179	0.00893	-0.01034
2052	0.03239	0.05207	1.79976	0.03607	-0.00161	-0.00001	-0.00522	-0.01012	0.01476

De cases 2057, 1520, 1579, 1189, 777, 214, 1731 en 2052 hadden op drie of meer maten een afwijkende waarde of voldeden niet aan de vuistregel van de desbetreffende maten. Deze cases werden gezien als uitbijters en verwijderd uit de dataset. De verschillende regressiemodellen zijn vervolgens opnieuw geschat, waarvan de resultaten in de tabellen 22 tot en met 26 staan weergegeven.

Tabel 22: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met werk-privébalans als afhankelijke variabele en mentale gezondheidsproblemen als onafhankelijke variabele (N=595)

	Model 1		Model 2	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.64*	0.01	3.82*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.48*	0.09	-0.55*	0.09
Arbeidsuren			-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)			-0.06	0.03
Gecorrigeerde R ²	0.05		0.09	
(Partiële) F	29.61*		14.61*	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

Zoals uit tabel 22 blijkt zijn de regressiecoëfficiënten her en der wat gewijzigd nadat de uitbijters uit de dataset zijn verwijderd. De mentale gezondheidsproblemen van de respondenten hadden een redelijk sterke en significante invloed op hun latere werk-privébalans ($b = -0.57$; $p < 0.01$). Na het verwijderen van de uitbijters werd deze invloed iets minder sterk, namelijk -0.48 ($SD = 0.09$), maar bleef significant ($t(595) = -5.44$; $p < 0.01$). Naarmate de mentale gezondheidsproblemen groter werden, daalde de werk-privébalans van de respondenten. Voor arbeidsuren werd hetzelfde resultaat gevonden nadat de uitbijters waren verwijderd, namelijk een zwak negatieve maar significante helling ($b = -0.01$; $p < 0.01$). Naarmate de respondenten meer arbeidsuren werkten, waren zij minder tevreden met hun werk-privébalans.

Tabel 23: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met geslacht als moderatie (N=595)

	Model 3		Model 4	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.83*	0.06	3.84*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.54*	0.09	-0.45*	0.11
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.06	0.03	-0.06	0.03
Geslacht (vrouw=0; man=1)	0.03	0.03	0.03	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * geslacht			-0.28	0.19
Gecorrigeerde R ²	0.09		0.09	
(Partiële) F	1.06		2.31	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

Voor de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en geslacht werd een redelijk zwak negatief maar niet significant resultaat gevonden ($b = -0.17$; $p = 0.37$). Nadat de uitbijters uit de dataset waren verwijderd, werd deze regressiecoëfficiënt sterker negatief, namelijk -0.28 ($SD = 0.19$) maar bleef niet significant ($t(595) = -1.52$; $p = 0.13$), zoals in tabel 23 te zien is.

Tabel 24: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met instrumentele steun vanuit partner als moderatie (N=595)

	Model 5		Model 6	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.82*	0.06	3.82*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.54*	0.09	-0.55*	0.09
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.06	0.03	-0.06	0.03
Instrumentele steun partner ^a	0.02	0.03	0.02	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * instrumentele steun partner ^a			-0.22	0.15
Gecorrigeerde R ²	0.09		0.09	
(Partiële) F	2.63		2.65	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *Significant resultaat bij $p < 0.01$

Na het verwijderen van de uitbijters uit de dataset werd voor de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vanuit de partner een sterker negatief resultaat gevonden, zoals te zien is in bovenstaande tabel 24. De regressiecoëfficiënt werd namelijk -0.22 ($SD = 0.15$), maar bleef ook zonder uitbijters niet significant ($t(595) = -1.43$; $p = 0.15$).

Tabel 25: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met instrumentele steun vanuit vrienden als moderatie (N=595)

	Model 7		Model 8	
	b	SE	b	SE
Intercept	3.82*	0.06	3.82*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.52*	0.09	-0.52*	0.09
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.05	0.03	-0.05	0.03
Instrumentele steun vrienden ^a	0.06*	0.02	0.06*	0.02
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * instrumentele steun vrienden ^a			-0.07	0.10
Gecorrigeerde R ²	0.10		0.10	
(Partiële) F	9.01*		0.54	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p < 0.01$

Zoals in tabel 25 te zien bleef de regressiecoëfficiënt van instrumentele steun vrienden zwak positief en significant na het verwijderen van de uitbijters ($b=0.06$; $p<0.01$). Naarmate de respondenten meer instrumentele steun vanuit hun vrienden ervoeren verbeterde hun werk-privébalans. Daarnaast blijkt uit tabel 25 dat instrumentele steun vanuit vrienden een zwak negatieve maar niet significante rol speelde in de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans na het verwijderen van de uitbijters uit de dataset ($b=-0.07$; $p=0.10$). Echter, voordat de uitbijters werden verwijderd, speelde instrumentele steun vanuit vrienden nog een zwak positieve maar niet significante rol in deze invloed ($b=0.07$; $p=0.46$).

Tabel 26: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met emotionele steun vanuit partner als moderatie ($N=595$)

	Model 9		Model 10	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Intercept	3.81*	0.06	3.81*	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.54*	0.09	-0.55*	0.09
Arbeidsuren	-0.01*	0.00	-0.01*	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.06	0.03	-0.05	0.03
Emotionele steun partner ^a	0.05	0.03	0.05	0.03
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * emotionele steun partner ^a			-0.29	0.18
Gecorrigeerde R ²	0.09		0.09	
(Partiële) F	2.63		2.65	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p<0.01$

In tabel 26 is te zien dat net als voor de interactie met instrumentele steun vanuit een partner voor de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit de partner een sterker negatief resultaat gevonden werd, namelijk een regressiecoëfficiënt van -0.29 ($SD=0.18$). Ten opzichte van de dataset waarin de uitbijters zaten, bleef ook voor de dataset zonder uitbijters het resultaat niet significant ($t(595)=-1.63$; $p=0.10$).

Tabel 27: Resultaten van een hiërarchische regressieanalyse met emotionele steun vanuit vrienden als moderatie ($N=595$)

	Model 11		Model 12	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Intercept	3.82**	0.06	3.82**	0.06
Mentale gezondheidsproblemen ^a	-0.52**	0.09	-0.52**	0.09
Arbeidsuren	-0.01**	0.00	-0.01**	0.00
Kinderen (geen kinderen=0; wel kinderen=1)	-0.06	0.03	-0.06	0.03
Emotionele steun vrienden ^a	0.05*	0.02	0.06*	0.02
Interactie mentale gezondheidsproblemen ^a * emotionele steun vrienden ^a			-0.10	0.13
Gecorrigeerde R ²	0.10		0.10	
(Partiële) F	5.16**		0.68	
N	595		595	

^a Gecentreerde variabele; *significant resultaat bij $p<0.05$; **significant resultaat bij $p<0.01$

De emotionele steun vanuit vrienden speelde een zwak positieve maar niet significante rol in de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans ($b=0.12$; $p=0.30$). Echter, na het verwijderen van de uitbijters uit de dataset werd een zwak negatieve rol van emotionele steun vanuit vrienden in de invloed van mentale gezondheidsproblemen op de werk-privébalans gevonden ($b=-0.10$; $p=0.41$), zoals te zien is in tabel 27. Als de respondenten meer emotionele steun vanuit hun

vrienden ervoeren, werd de invloed van mentale gezondheidsproblemen op hun werk-privébalans zelfs sterker. Echter, dit resultaat was niet significant.

Modelfit

De proportie verklaarde variantie in werk-privébalans veranderde nauwelijks voor de verschillende lineaire regressiemodellen nadat de uitbijters uit de dataset waren verwijderd. De opvallendste verschillen worden hieronder beschreven.

Het eerste model, met mentale gezondheidsproblemen als voorspeller, kon een significant deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($R^2=0.06$; $F(1, 601) = 40.79$; $p < 0.01$). Hetzelfde model zonder uitbijters kon 5% van de variantie in werk-privébalans verklaren. Dat betekent dat de proportie verklaarde variantie iets was afgenomen nadat de uitbijters waren verwijderd, maar nog steeds kon een significant deel van de variantie in werk-privébalans door mentale gezondheidsproblemen verklaard worden ($F(1, 593) = 29.61$; $p < 0.01$).

Eveneens kon het tweede model, waarin de controlevariabelen arbeidsuren en kinderen waren toegevoegd, na het verwijderen van de uitbijters een significant deel van de variantie verklaren in werk-privébalans ten opzichte van het eerste model ($R^2=0.09$; $F(2, 591) = 14.61$; $p < 0.01$). Het eerdere tweede model kon 10% van de variantie in werk-privébalans verklaren ($F(2, 599) = 13.14$; $p < 0.01$), en laat daarmee een lichte afname in verklaarde variantie zien na het verwijderen van de uitbijters.

Het eerdere zesde model, met de interactie tussen mentale gezondheidsproblemen en instrumentele steun vanuit de partner, kon ten opzichte van het vijfde model geen aanvullend en significant deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($F(1, 597) = 0.00$; $p = 0.98$). Het nieuwe zesde model, zonder uitbijters, was in staat om een klein aanvullend deel van variantie in werk-privébalans te verklaren. Het gevonden resultaat was echter niet significant ($R^2=0.09$; $F(1, 589) = 2.06$; $p = 0.15$).

Het eerdere zevende model, met instrumentele steun vanuit vrienden, kon een significant en aanvullend deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ten opzichte van het tweede model ($R^2=0.12$; $F(1, 598) = 15.64$; $p < 0.01$). Na het verwijderen van de uitbijters was een lichte afname in de verklaarde variantie te zien ($R^2=0.10$), maar nog steeds kon instrumentele steun vanuit vrienden een significant deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($F(1, 590) = 9.01$; $p < 0.01$).

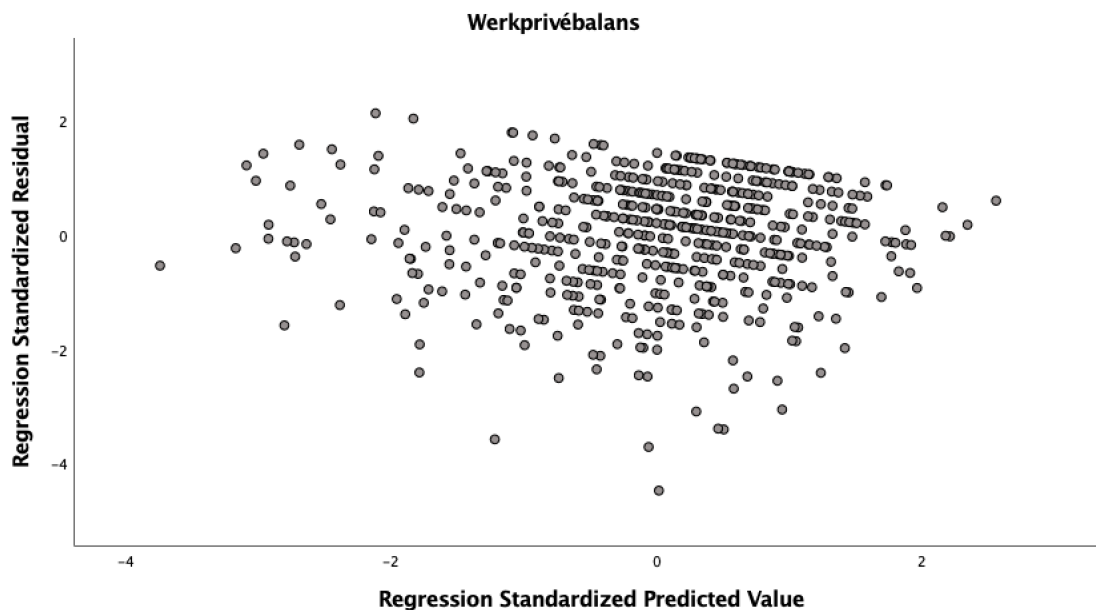
Nadat de uitbijters waren verwijderd kon het negende model, waarin emotionele steun vanuit partner was toegevoegd aan het tweede model, geen significant deel van de variantie in werk-privébalans

verklaren ($R^2=0.10$; $F(1, 590) = 2.63$; $p=0.11$). Het eerdere model kon nog een 'borderline significant' deel van de variantie in werk-privébalans verklaren ($R^2=0.11$; $F(1, 598) = 3.36$; $p=0.07$).

Kortom, na het verwijderen van de uitbijters bleef het zevende model, waarin mentale gezondheidsproblemen, instrumentele steun vanuit vrienden en de controlevariabelen arbeidsuren en kinderen zaten, de beste voorspeller voor het verklaren van de variantie in werk-privébalans.

Modevaluatie

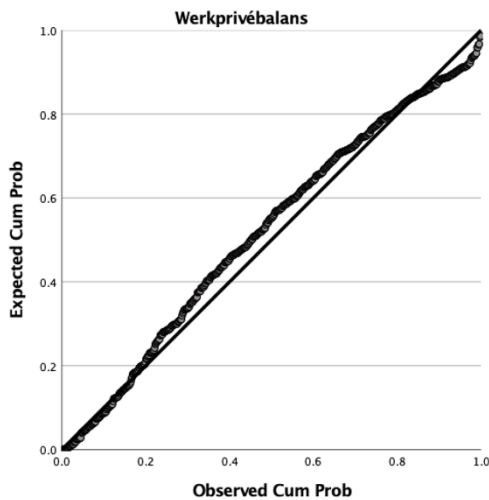
Om de kwaliteit van het regressiemodel te beoordelen werden de assumpties lineariteit en normaliteit opnieuw gecontroleerd, na het verwijderen van de uitbijters uit de dataset. Mentale gezondheidsproblemen en werk-privébalans kennen een lineair verband als het gemiddelde van de residuen nul is voor alle waarden van mentale gezondheidsproblemen, waar aan de hand van een residuenplot inzicht in verkregen kan worden. Het residuenplot is voor elk lineair regressiemodel vergelijkbaar. Ter illustratie is in onderstaand figuur 6 het residuenplot van het vierde lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en geslacht als interactie weergegeven.



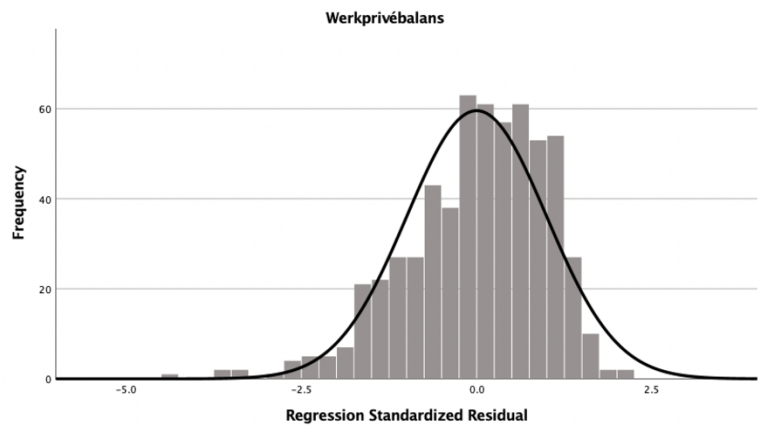
Figuur 6. Residuenplot werk-privébalans ($N=595$)

Voordat de uitbijters uit de dataset waren verwijderd, werd de assumptie lineariteit geschonden. Na het verwijderen van de uitbijters is deze situatie ongewijzigd gebleven. In figuur 6 is namelijk net als in figuur 3 een lichte afwijking van de nullijn te zien. Naarmate de mentale gezondheidsproblemen toenamen, daalde het gemiddelde van de residuen, waardoor het gemiddelde van de residuen niet voor elke waarde van mentale gezondheidsproblemen gelijk aan nul was. De assumptie lineariteit bleef daarmee zeer licht geschonden.

Net als de assumptie lineariteit werd de assumptie normaliteit geschonden voordat de uitbijters uit de dataset werden verwijderd. Met behulp van een PP-Plot en histogram kan bepaald worden of aan de assumptie van normaliteit, namelijk normaal verdeelde residuen, werd voldaan nadat de uitbijters uit de dataset waren verwijderd. Het PP-Plot en het bijbehorende histogram zijn voor elk lineair regressiemodel vergelijkbaar. Ter illustratie is in onderstaand figuur 7 het PP-Plot en in onderstaand figuur 8 het histogram van het tiende lineaire regressiemodel met mentale gezondheidsproblemen en emotionele steun vanuit partner als interactie weergegeven.



Figuur 7: PP-Plot werk-privébalans (N=595)



Figuur 8: Histogram werk-privébalans (N=595)

Figuur 7 en figuur 8 komen overeen met de eerdere figuren 4 en 5. In figuur 7 is een zeer lichte 'S-Curve' te zien en uit figuur 8 blijkt dat er sprake is van een licht linksscheve verdeling, aangezien de staart aan de linkerkant breder is dan aan de rechterkant en de piek iets voorbij nul ligt. Concluderend, de assumptie van normaliteit bleef na het verwijderen van de uitbijters zeer licht geschonden.

