

**De Invloed van Klinische Toestand van Ouders met een Psychische Aandoening op de
Mate van Zorgen over de Ontwikkeling en/of Opvoeding van hun Kinderen.**

Lucianne Veening-Siepel, 4064062

Masteropleiding Orthopedagogiek

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Eerste beoordelaar: Dr. K. J. Wardenaar

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. M.W.G. van Dijk

15 januari 2024

Aantal woorden: 7956

Samenvatting

Titel: De Invloed van Klinische Toestand van Ouders met een Psychische Aandoening op de Mate van Zorgen over de Ontwikkeling en/of Opvoeding van hun Kinderen. **Probleem:** Er is weinig onderzoek gedaan naar in hoeverre de klinische toestand van ouders met een psychische aandoening invloed heeft op de mate van zorgen die ouders zich maken over de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kinderen. **Vraagstelling:** In welke mate wordt de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kinderen beïnvloed door de klinische toestand van de ouders? **Methode:** Door middel van kwantitatief onderzoek met data van GGZ patiënten, is onderzocht of er sprake is van een significant verband tussen de mate van zorgen van ouders en drie onafhankelijke variabelen. Deze variabelen zijn: de ernst van de symptomen, gemeten door de OQ-45; de mate van ervaren beperking, gemeten door de WHO-DAS, en de gestelde diagnose. De analyses die gebruikt zijn, zijn de one-way ANOVA en de Chi-kwadraattoets. **Resultaten:** Bij alle drie de variabelen is een significant verband gevonden met de mate van zorgen van ouders. Naast dat er samenhang is tussen diagnosegroepen en de mate van zorgen, zijn er ook verschillen in de mate van zorgen tussen de diagnosegroepen. **Conclusie:** Samengevat wordt er geconcludeerd dat er een relatie is tussen de mate van zorgen van ouders met een psychische aandoening en hun klinische toestand. Het ontwikkelen van een instrument om de klinische toestand in relatie tot de mate van zorgen te toetsen lijkt zinvol.

Abstract

Title: The Influence of Clinical Condition of Parents with a Mental Illness on the Level of Concerns about the Development and/or Education of their Child(ren). **Problem:** Little research has been conducted into the extent to which the clinical condition of parents with a mental illness influences the level of concern parents have about the development and/or upbringing of their child(ren). **Question:** To what extent is the level of concern that parents have about their children influenced by the parents' clinical condition? **Method:** Quantitative research was used to investigate whether there is a significant relationship between the level of parental concern and three independent variables. These variables are: symptom severity, measured by the OQ-45; the degree of perceived disability, measured by the WHO-DAS and the diagnosis made. The analyses used are the one-way ANOVA and the Chi-square test. **Results:** A significant relationship was found with the level of parental worry for all three variables. In addition to the correlation between diagnosis groups and the level of concerns, there are also differences in the level of concerns between the diagnosis groups. **Conclusion:** In summary, it is concluded that there is a relationship between the level of worry of parents with mental illness and their clinical condition. Developing an instrument to assess the clinical condition in relation to the degree of concern seems useful.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Methode van onderzoek	9
Populatie	9
Procedure	9
Meetinstrumenten	10
De zorgen van ouders.....	10
De psychiatrische diagnose.....	10
De ernst van de symptomen.....	11
De mate van ervaren beperking	11
De analyses	12
Resultaten	14
Beschrijvende data.....	14
Het verband tussen de mate van zorgen en de ernst van de symptomen.....	16
Het verband tussen de mate van zorgen en de mate van ervaren beperking	18
Diagnosegroepen	20
Discussie.....	22
Reflectie op de resultaten	22
Sterktes en beperkingen van het onderzoek	24
Implicaties voor de praktijk en vervolgonderzoek	26
Conclusie	26
Literatuurlijst.....	27

Inleiding

Bijna de helft van de volwassenen in Nederland heeft ooit een psychische aandoening gehad, zo blijkt uit onderzoek (Ten Have et al., 2023). Een deel van de volwassenen zoekt uiteindelijk hulp in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit zijn met name de mensen met zwaardere klachten en een complexere zorgvraag (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Het aantal patiënten in de GGZ neemt toe (Rijksoverheid, 2023) en dit kan grote gevolgen hebben voor de maatschappij. De patiënten in de GGZ zijn namelijk niet alleen patiënt maar vervullen ook verschillende sociale en maatschappelijke rollen die negatief beïnvloed worden door de klachten (Boumans, 2012). Rollen die patiënten vervullen zijn bijvoorbeeld die van werknemer, buurman, vrijwilliger, mantelzorger, maar ook van ouder.

Naar schatting zijn er 392.000 kinderen in Nederland waarvan er bij een ouder een psychische aandoening is geconstateerd (Van Dorsselaer et al., 2023). Voor kinderen kunnen er verschillende gevolgen zijn wanneer ze leven met een ouder met een psychische aandoening. Zo is bijvoorbeeld gebleken dat kinderen van ouders met een psychische aandoening een verhoogd risico hebben om zelf psychische klachten te ontwikkelen (Rasic et al., 2023) en nemen ze afstand van de ouder om zichzelf te beschermen (Dam & Hall, 2016).

Het verhoogde risico voor het kind en de afstand tussen kind en ouder kunnen redenen zijn voor ouders met een psychische aandoening om zich meer zorgen te maken over hun kinderen dan ouders zonder een psychische aandoening. Uit onderzoek blijkt dat in het algemeen bijna alle ouders zich zorgen maken over hun kinderen (Pettersen et al., 2017). Deze zorgen kunnen over verschillende dingen gaan, zoals de ontwikkeling en opvoeding van het kind, maar ook over hun eigen rol als ouder en welke invloed zij op hun kinderen hebben (Meij, 2011). Echter, deze genoemde zorgen die ouders in het algemeen ervaren, worden bij ouders met een psychische aandoening mogelijk versterkt door verschillende factoren. Zo ervaren sommige ouders met een psychische aandoening een negatief stigma, wat hen onzeker maakt (Adderley et al., 2019). Ouders met een psychische aandoening hebben het gevoel dat ze niet genoeg toenadering tot hun kinderen kunnen zoeken omdat ze overweldigd worden door hun psychische klachten (Perera et al., 2014). Tevens blijkt dat ouders met een psychische aandoening veel nadenken over de mogelijke negatieve effecten van hun psychische klachten op hun kinderen (Festen et al., 2014). Sommige ouders met een psychische aandoening merken dat hun kinderen vaak gevoeliger zijn, angstiger zijn, sneller van slag zijn en soms ook moeite hebben met school (Festen et al., 2014). Uit recentere onderzoek blijkt dat ouders met een psychische aandoening het idee hebben dat zij hun

kinderen negatief beïnvloeden en merken dat ze niet beschikbaar zijn voor hun kinderen door hun psychische aandoening (Goodyear et al., 2022). Ouders maken zich zorgen over de impact van hun psychische aandoening op de sociale en emotionele ontwikkeling van hun kinderen (Harries et al., 2023). Van ouders met een psychische aandoening is bekend dat zij moeite hebben om om te gaan met de wisselende behoeften van hun kinderen (Van der Maas, 2011). Het niet goed kunnen omgaan met die wisselende behoeften zorgt bij sommige ouders met een psychische aandoening voor het gevoel dat zij falen in het zorgen voor hun kind (Goodyear et al., 2022). Daarnaast ervaren sommige ouders gevoelens van hopeloosheid (Perera et al., 2014), uit balans zijn en frustratie over wat niet lukt in de opvoeding (Harries et al., 2023). Eerder onderzoek toont aan dat er een sterke samenhang is tussen de mate waarin ouders met een psychische aandoening problemen ervaren met de opvoeding en de mate van zorgen die ouders met een psychische aandoening hebben over hun kind (Zeijl et al., 2005).

Hoewel het veel voorkomt dat ouders met een psychische aandoening zich zorgen maken over hun kinderen, is er waarschijnlijk variatie tussen de mate waarin ouders zich zorgen maken over hun kinderen. Het is aannemelijk dat de mate van die zorgen afhankelijk is van verschillende factoren, waar de klinische toestand van de ouder er mogelijk één van is (McKelvey et al., 2002). De klinische toestand van een psychische aandoening kan onder meer worden uitgedrukt in de mate van ernst van de symptomen, de mate van ervaren beperking en de diagnose. De mate van ernst van de symptomen geeft weer in hoeverre bepaalde klachten aanwezig zijn. De mate van ervaren beperking geeft weer in hoeverre het dagelijks functioneren door de klachten negatief beïnvloed wordt. Ten slotte geeft de diagnose weer welke symptomen zichtbaar zijn. Elk van deze factoren zou van invloed kunnen zijn op de mate van zorgen van ouders met een psychische aandoening. Hieronder worden deze drie factoren nader uiteengezet.

De ernst van de symptomen zou van invloed kunnen zijn op de mate van zorgen over kinderen van ouders met een psychische aandoening. Eerder onderzoek naar het effect van symptomen van een psychische aandoening van een ouder op de opvoeding van het kind, heeft laten zien dat wanneer symptomen zoals angsten, achterdocht, huilbuien, moeheid en woede in ernstige mate voorkomen het kan leiden tot grote verstoringen in het gezinsleven (Van Gameren, 2006). Zo kunnen depressieve symptomen bij ouders bijvoorbeeld als gevolg hebben dat er minder aandacht voor het kind is en dat ouders negatiever naar hun kind en de opvoeding kijken (Dix & Meunier, 2009). Als symptomen zoals huilbuien, moeheid en woede in ernstigere mate voorkomen, kan dit ervoor zorgen dat ouders minder open staan voor hun kinderen en minder betrokken zijn bij hun kinderen (Jackson et al., 2000). Wanneer patiënten

met een depressieve stemmingsstoornis bijvoorbeeld symptomen ervaren als vermoeidheid, prikkelbaarheid en overbezorgdheid, kan dit leiden tot terugtrekking (Van Deth, 2017).

Wanneer de ouders minder beschikbaar zijn voor het kind, kan dit ervoor zorgen dat de relatie tussen ouder en kind minder goed wordt omdat ouders de behoeften van hun kind niet zien (Sherman & Hooker, 2018). Ouders maken zich zorgen over de invloed van hun psychische aandoening op de ontwikkeling van kinderen (Harries et al, 2023). Samengevat kunnen ernstigere symptomen leiden tot te weinig beschikbaarheid van de ouders voor hun kinderen. De ernst van de symptomen zou van invloed kunnen zijn op de mate van zorgen van ouders.

Naast de ernst van de symptomen kan de impact van een psychische aandoening op de ouder worden uitgedrukt in de mate van ervaren beperking door de klachten. Als er meerdere symptomen zijn of de symptomen in ernstige mate aanwezig zijn, wordt het dagelijks leven hier meer door aangetast (Kat, 2019). Dat het dagelijks leven wordt aangetast door de ernst van de symptomen, lijkt te suggereren dat de mate van ervaren beperking niet losstaat van de mate waarin de symptomen voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een psychische aandoening problemen ervaren bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden en in sociale contacten (Ten Have et al., 2002). De definitie van ervaren beperking kan in kaart worden gebracht met het ICF-model. ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. Dit model is door de World Health Organization (WHO) opgesteld om het functioneren van iemand in kaart te brengen (Bilbao et al., 2003). Het ICF-model geeft weer wat de problemen kunnen zijn die iemand ervaart op het gebied van functies, activiteiten en participatie (Boonen & Maksymowych, 2010). In het model wordt uitgegaan van zeven domeinen om de activiteiten en participatie van iemand te beschrijven: ‘leren en toepassen van kennis’, ‘mobiliteit’, ‘zelfverzorging’, ‘huishouden’, ‘tussenmenselijke interacties’, ‘belangrijke levensgebieden’ en ‘maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven’ (Prodia, 2015). Op al deze domeinen kan iemand beperking ervaren. Dit kunnen beperkingen zijn zoals niet goed in staat zijn om te kunnen werken, niet goed in staat zijn om voor het huishouden te kunnen zorgen en niet goed in staat zijn om voor zichzelf te zorgen. Deze ervaren beperking heeft niet alleen invloed op het leven van de ouder, maar ook op het leven van het kind (Soyez et al., 1998). Omdat ouders met een psychische aandoening al veel nadenken over of hun psychische aandoening ook negatief effect heeft op hun kind (Festen et al., 2014), kan meer ervaren beperking hun zorgen beïnvloeden.

Ten slotte zou de gestelde diagnose van ouders met een psychische aandoening een mogelijke factor zijn die invloed heeft op de mate waarin ouders in de GGZ zich zorgen maken om hun kinderen. In dit onderzoek worden ouders onderzocht met een bipolaire

stoornis, een depressieve stoornis en een angststoornis. Een ouder met een bipolaire stoornis heeft in een depressieve episode mogelijk geen motivatie om met het kind op te trekken, maar kan zich wel verplaatsen in de behoeften van het kind. In een manische periode kan de ouder overactief zijn en geen rekening houden met de behoeften van het kind (Wenselaar, 2015b). Deze grote wisselingen creëren onzekerheid en instabiliteit voor het kind (Wenselaar, 2015b). Ook zorgt de manische periode ervoor dat de ouder alleen aandacht heeft voor zichzelf en weinig zorgen heeft over het kind (Wenselaar, 2015b). Als er sprake is van depressie bij een ouder dan is hij minder in staat om gevoelens van het kind te herkennen en ernaar te handelen. Daarnaast is de gezichtsuitdrukking van de ouder met depressie vaak vlak of emotioneel, waardoor het kind de ouder minder goed begrijpt (Wenselaar, 2015c). Meestal zijn ouders met een depressie zoveel met zichzelf bezig dat ze weinig gericht zijn op anderen, inclusief hun kinderen (Spaans, 1998). Patiënten met een angststoornis zijn vaak snel in paniek, zien overal gevaren en hebben weinig moed om nieuwe dingen te ondernemen (Wenselaar, 2015a). Wanneer zij kinderen hebben, is er een grotere kans dat het kind ook angstig wordt en vaak dingen moet doen die de ouder niet durft, zoals de dokter bellen of boodschappen doen (Wenselaar, 2015a). Samengevat laten verschillende diagnoses, verschillende effecten zien op de omgang met kinderen. Doordat er verschillende effecten kunnen zijn, kan dit mogelijk ook bijdragen aan verschillen in de mate van zorgen die ouders zich maken. Ouders met een bipolaire stoornis zullen waarschijnlijk de minste zorgen hebben over hun kind omdat zij alleen aandacht hebben voor zichzelf en weinig met het kind bezig zijn. Ouders met een depressie zullen waarschijnlijk weinig zorgen hebben omdat ze door hun depressie op zichzelf gericht zijn en minder op de buitenwereld. Ouders met een angststoornis zullen waarschijnlijk de meeste zorgen hebben omdat ze overal gevaren zien en snel in paniek zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat er al verscheidene onderzoeken zijn gedaan naar wat de invloed is van de klinische toestand van ouders met een psychische aandoening op de ouder-kindrelatie en op ouderschap. Er zijn echter ook hiaten in de huidige kennis. Zo is er nog weinig bekend over de mate waarin ouders met een psychische aandoening zich daadwerkelijk zorgen maken over hun kinderen en hoe de mate van zorgen samenhangt met verschillende aspecten van de klinische toestand. Doordat er in onderzoeken niet direct gekeken is naar een verband tussen aspecten van de klinische toestand en de mate van zorgen, kan er alleen indirect een verwachting gevormd worden over de aard en de richting van deze verbanden. Dit onderzoek richt zich op de onderzoeksvraag: "In welke mate wordt de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kinderen beïnvloed door de klinische toestand van de ouders?" Om deze vraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld. Ten

eerste wordt onderzocht of en in welke mate de ernst van de symptomen samenhangt met de mate van zorgen. Op basis van de hierboven beschreven literatuur is de verwachting dat naarmate de ernst van de symptomen toeneemt, de mate van zorgen over de kinderen toeneemt. Ten tweede wordt onderzocht of en in welke mate de hoeveelheid zorgen samenhangt met de mate van ervaren beperking. Op basis van de hierboven beschreven literatuur is de verwachting dat er meer zorgen zijn naarmate er sprake is van meer ervaren beperking. Ten slotte wordt onderzocht of de mate van zorgen die ouders zich maken, verschillen tussen verschillende diagnosegroepen. Op basis van de hierboven beschreven literatuur is de verwachting dat er een verschil is in de mate van zorgen bij verschillende diagnoses. Zo is de verwachting dat ouders met een bipolaire stoornis zich het minste zorgen maken over hun kinderen. Ouders met een depressieve stoornis zullen zich weinig zorgen maken en ouders met een angststoornis zullen zich het vaakst zorgen maken over hun kinderen.

Dit onderzoek brengt in kaart in hoeverre er samenhang is tussen de klinische toestand van ouders met een psychische aandoening en de mate waarin zij zich zorgen maken over de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kinderen. Als blijkt dat ouders met bepaalde klinische kenmerking zich structureel meer zorgen maken dan andere ouders, kan hierop gescreend worden tijdens de intake. Als er zorgen blijken te bestaan kan hier meer aandacht aan worden besteed en op ingegaan worden tijdens de behandeling.

Methode van onderzoek

Populatie

De participanten in dit onderzoek zijn patiënten van GGZ Drenthe die mee hebben gedaan aan de ‘Monitoring Outcomes of Psychiatric Pharmacotherapy’ (MOPHAR) studie. De data van 2571 patiënten, die 18 jaar of ouder zijn, werd beschikbaar. De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen januari 2016 en december 2021. Voor dit correlatieve onderzoek is een subsample gemaakt van de patiënten die aangaven dat ze ouder zijn van minimaal één kind.

Procedure

Voorafgaand aan het onderzoek is toestemming gevraagd aan de patiënten om de verzamelde klinische gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek en is hen medegedeeld dat ze hun deelname elk moment konden stoppen. De onderzoeksaspecten van

MOPHAR zijn beoordeeld en goedgekeurd door de onafhankelijke Medische Ethische Toetsings Commissie (METC).

De procedure van het onderzoek is gedetailleerd weergegeven in een publicatie van Simoons et al. (2019) en zal samengevat weergegeven worden. Wanneer iemand zich heeft aangemeld bij de GGZ Drenthe volgt er een algemene screening waarbij onderzocht wordt of er somatische bijverschijnselen zijn, of er sprake is van medicijngebruik en wat de mogelijke oorzaak is van de psychische aandoening. Daarnaast heeft de patiënt vragenlijsten ingevuld waarbij onder meer gevraagd wordt naar demografische gegevens en eventuele eerdere behandeling in de psychiatrie. Ook zijn er verschillende zelfrapportage-vragenlijsten ingevuld door de patiënten. In deze vragenlijsten wordt onder andere de ernst van de symptomen gemeten, evenals de beperkingen die patiënten ondervinden. Al deze vragenlijsten zijn online afgenomen en opgeslagen in een beveiligd systeem van het Universitair Medisch Centrum Groningen (Simoons et al., 2019).

Meetinstrumenten

In dit onderzoek zijn de demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht gebruikt. De gegevens van de zelfrapportages met betrekking tot de psychiatrische diagnose en het zorgen maken om kinderen werden gebruikt. Verder is er gebruikgemaakt van de data van de Outcome Questionnaire (OQ)-45 en van de World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHO-DAS) 2.0.

De zorgen van ouders

In een vragenlijst hebben ouders aangegeven in hoeverre zij zich zorgen maken over hun kinderen. Op de vraag: ‘in hoeverre maakt u zich zorgen over de opvoeding en/of ontwikkeling van uw kinderen’ konden ouders kiezen uit vier antwoordopties. Deze opties zijn: ‘zelden’, ‘soms’, ‘regelmatig’ of ‘vaak’.

De psychiatrische diagnose

De variabele ‘diagnose’ geeft per patiënt weer welke primaire diagnose van toepassing is. Om deze variabele meetbaar te maken zijn de patiënten in vier groepen opgedeeld: ‘stemmingsstoornis, depressieve stoornis’, ‘stemmingsstoornis, bipolaire stoornis’, ‘angststoornis’ en ‘overige stoornissen’. Onder overige stoornissen wordt in dit onderzoek verstaan: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, stoornis in de kindertijd, dissociatieve stoornissen, delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen, psychische stoornissen door een somatische aandoening, aan een middel gebonden

stoornissen, somatoforme stoornissen, nagebootste stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen, genderidentiteitsstoornissen, eetstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, aanpassingsstoornissen, andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, geen diagnose en diagnose niet gevonden of uitgesteld.

De ernst van de symptomen

De OQ-45 is een vragenlijst die de ernst van de symptomen meet. De vragenlijst bestaat uit 45 gesloten vragen over gedragingen van volwassenen zoals 'ik geef mijzelf overal de schuld van'. De antwoorden worden via een 5-puntsschaal gegeven die oploopt van 'nooit' (0) tot 'bijna altijd' (4). De scores van de 45 vragen worden bij elkaar opgeteld tot een totaal score die de mate van ernst van de symptomen weergeeft. De totale score op de OQ-45 heeft een range van 0 tot en met 180 (Kim et al., 2010). De vragenlijst meet op de domeinen van de meest voorkomende stoornissen zoals depressie en angst, het sociale functioneren van de patiënten en ten slotte het functioneren van de patiënten met hun werk, vrije tijd en school (De Jong et al., 2008)

De validiteit van de OQ-45 is onderzocht door verschillende studies. Zo laten de studies van Doerfler et al. (2002) en van De Beurs et al. (2005) zien dat er voldoende bewijs is voor convergente validiteit van de OQ-45. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de validiteit is gewaarborgd. Om de betrouwbaarheid te meten is de samenhang tussen de items van het instrument gemeten en wordt deze genoteerd met de Cronbach's α coëfficiënt. Deze coëfficiënt is 0,93. Dit betekent dat er sprake is van een sterke samenhang tussen de items en dat het instrument dus voldoende intern consistent is. Verder is de herhaalbaarheid gemeten door middel van een test-hertest. De test-hertest heeft een correlatiecoëfficiënt van de OQ die varieert tussen de 0,70 en 0,83 (De Jong et al., 2008).

De mate van ervaren beperking

De WHO-DAS 2.0 is een gestandaardiseerd meetinstrument dat de activiteitsbeperkingen en deelnamebeperkingen van een patiënt in de voorgaande maand beoordeelt (Andrews et al., 2009). De WHO-DAS is gebaseerd op het ICF-model (De Castro et al., 2019). De vragenlijst meet de mate van beperking van een patiënt op zes verschillende domeinen: cognitie, mobiliteit, verzorging, interactie met anderen, activiteiten en deelname (Üstün et al., 2010). De vragenlijst bestaat uit 15 vragen. Er worden eerst 12 gesloten vragen gesteld die in kaart brengen met welke activiteiten de patiënt de afgelopen 30 dagen moeite heeft gehad. De antwoorden worden via een 5-puntsschaal gegeven die oploopt van

‘geen/niet’ (1) tot ‘heel veel/kan niet’ (5). Vervolgens worden er drie open vragen gesteld die in kaart brengen hoeveel dagen het functioneren van de patiënt beïnvloed is. De scores van de antwoorden op de 12 eerste vragen worden bij elkaar opgeteld en dit geeft de mate van ervaren beperking in het functioneren aan. Hierbij is de minimale score 12 en de maximale score 60.

De interne consistentie van de vragenlijst is eerder onderzocht door de Cronbach's alpha te berekenen. Deze coëfficiënt is 0,89 voor de 12 items (Weeks et al., 2016). Dit betekent dat er een sterke samenhang is tussen de items en dat het instrument dus voldoende intern consistent is. De test-hertest betrouwbaarheid van de WHO-DAS is gemeten waarbij de coëfficiënt 0.83 was, wat indicatief is voor een goede betrouwbaarheid (Axelsson et al., 2017). Naast de betrouwbaarheid is de convergente validiteit van de vragenlijst onderzocht. De studie van Luciano et al. (2010) laat zien dat de validiteit gewaarborgd wordt.

De analyses

Toen de gegevens beschikbaar gesteld werden, zijn deze op de beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen (Y-schijf) geanalyseerd. Voor het huidige onderzoek werden de patiënten geselecteerd die aangaven één of meerdere kinderen te hebben.

Om inzicht te krijgen in de demografische gegevens van de patiënten, is er een beschrijving gedaan van de dataset. In de beschrijving staan gegevens over het aantal en de percentages mannen en vrouwen die de vragenlijst hebben ingevuld. Tevens is de leeftijd weergegeven in een interkwartielrange om de anonimiteit te bewaren. In een tabel is de beschrijvende statistiek van de ernst van de symptomen en de mate van ervaren beperking weergegeven. Dit zijn gemiddelden, standaarddeviatie, minimum, maximum, interkwartielrange en mediaan. In een andere tabel staat in aantallen en percentages, hoeveel patiënten van een diagnosegroep zich in welke mate zorgen maken.

Om het verband tussen de mate van ernst van de symptomen en de mate van zorgen te onderzoeken, is een one-way-ANOVA uitgevoerd. In deze toets is de mate van zorgen van ouders de onafhankelijke variabele en is de ernst van de symptomen de afhankelijke variabele. Er werden verschillende assumpties gecontroleerd voordat er gebruik kon worden gemaakt van een ANOVA. Deze assumpties waren dat de afhankelijke variabele gemeten is op ratio- of intervalniveau, de data afkomstig is uit een aselechte steekproef, homogeniteit van variantie en dat binnen iedere groep de afhankelijke variabele bij benadering normaal verdeeld. Als uit de controles bleek dat aan deze assumpties voldaan werd, kon de ANOVA geïnterpreteerd worden. De assumpties werden gecontroleerd door de toets voor homogeniteit

van varianties uit te voeren en door de frequentieverdeling van de afhankelijke variabele per niveau van de onafhankelijke variabele te controleren. Als er niet voldaan werd aan de assumptie van homogeniteit werd de Welch-toets gebruikt. De Kruskal-Wallis toets werd uitgevoerd als er niet in elke groep een normale verdeling bestond. Met een p -waarde < 0.05 uit de ANOVA toets verschillen de gemiddelde scores van de OQ-45 significant tussen de groepen ouders met verschillende niveaus van zorgen. De effectgrootte is weergegeven door middel van eta-squared bij een ANOVA-toets of met de H-waarde bij een Kruskal-Wallis toets. Als er sprake was van een significant verband, werd onderzocht hoe de ernst van de symptomen precies verschilt tussen de verschillende niveaus van zorgen over de ontwikkeling en/of opvoeding van kinderen. Dit werd onderzocht met behulp van een post-hoc-toets. Als de assumptie van homogeniteit aangenomen werd, werd de Tukey-toets gebruikt. Als de assumptie van homogeniteit niet aangenomen werd, werd de Games-Howell toets gebruikt. Wanneer niet aan de assumptie van normaliteit werd voldaan, is de Dunn post-hoc-toets gebruikt. De volgende hypothesen werden opgesteld. De nulhypothese: er is geen sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de gemiddelde OQ-45 score. De alternatieve hypothese: er is wel sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de gemiddelde OQ-45 score. Hierbij was de verwachting dat de OQ-45 score toeneemt naarmate er meer zorgen zijn.

Om een antwoord te formuleren op de vraag of de mate van zorgen samenhangt met de mate van ervaren beperking werd een one-way-ANOVA uitgevoerd. In deze toets was de mate van zorgen van ouders de onafhankelijke variabele en de mate van ervaren beperking de afhankelijke variabele. Dezelfde assumpties en alternatieve analyses waren hierbij van toepassing als hierboven. De volgende hypothesen waren opgesteld. De nulhypothese: er is geen sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de gemiddelde WHO-DAS score. De alternatieve hypothese: er is wel sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de gemiddelde WHO-DAS score. De verwachting hierbij was dat de WHO-DAS score toeneemt naarmate er meer zorgen zijn.

Ten slotte is er gebruikgemaakt van een chi-kwadraattoets om te onderzoeken of er samenhang is tussen de mate van zorgen en de gestelde diagnose. Hierbij werd de mate van zorgen, dat een ordinale, afhankelijke variabele is, tegenover de diagnose gezet, die een nominale, onafhankelijke variabele is. Er is gebruikgemaakt van de chi-kwadraattoets wanneer werd voldaan aan de assumpties. Deze assumpties waren dat er hypothesen getoetst werden over een of meer categoriale variabelen, dat er een aselechte steekproef werd gebruikt en dat er minimaal vijf waarnemingen in elke cel van de kruistabel waren. De eerste twee

assumpties waren hier per definitie van toepassing. Wanneer er niet voldaan werd aan de derde assumptie, werd er gebruikgemaakt van een Fisher Exact toets. Met een p -waarde van de Fisher Exact toets < 0.05 , betekende dit dat de gemiddelde scores van de WHO-DAS significant verschillen tussen de groepen ouders met verschillende niveaus van zorgen. De volgende hypothesen waren opgesteld. De nulhypothese: er is geen sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de verschillende diagnosegroepen. De alternatieve hypothese: er is wel sprake van een verband tussen de mate van zorgen en de verschillende diagnosegroepen. De effectgrootte werd weergegeven door middel van Cramer's V. Bij een significant verband werd er een post-hoc-toets uitgevoerd met de Bonferroni correctie. Dit bracht in kaart tussen welke diagnosegroepen en mate van zorgen er een significant verband was. De verwachting hierbij was dat ouders die zich het meest 'zelden' zorgen maken een bipolaire stoornis hebben en dat de ouders die zich het meest 'vaak' zorgen maken over hun kinderen een angststoornis hebben.

Resultaten

Beschrijvende data

Van de totale sample ($N=2571$) hebben 1441 patiënten ingevuld dat zij kinderen hebben. Hiervan hebben 1412 patiënten ingevuld of ze zich zorgen maken over hun kinderen. De uiteindelijke dataset bestaat daardoor uit 1412 patiënten en de hierop volgende gegevens zijn berekend binnen dit sample. De dataset bestaat uit 542 mannen en 870 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar en een standaarddeviatie van 12,0. In Tabel 1 is weergegeven hoeveel patiënten met een psychische aandoening er per mate van zorgen zijn. Uit deze tabel blijkt dat de meerderheid van het sample zich zelden of soms zorgen maakt.

In Tabel 2 worden de beschrijvende statistieken voor de OQ-45 en de WHO-DAS weergegeven. De OQ-45 is niet ingevuld door 147 patiënten. De WHO-DAS is niet ingevuld door 30 patiënten. Opvallend is dat de gemiddelde score van de OQ-45 binnen zijn minimum en maximum, hoger ligt dan de gemiddelde score van de WHO-DAS binnen zijn minimum en maximum.

Tabel 1*Aantal Patiënten per Mate van Zorgen*

Mate van zorgen	Aantal patiënten	Percentage
Zelden	439	31,1
Soms	499	35,3
Regelmatig	284	20,1
Vaak	190	13,5
Totaal	1412	100

Tabel 2*Gegevens van de OQ-45 Vragenlijst en WHO-DAS Vragenlijst*

Beschrijvende statistiek	OQ-45	WHO-DAS
Aantal patiënten	1265	1382
Gemiddelde	77,8	26,3
Standaarddeviatie	26,3	9,8
Mediaan	81	25
Interkwartielrange	60-97	19-33
Minimum score	1	12
Maximum score	157	58

In Tabel 3 staat weergegeven hoeveel patiënten in elk van de diagnosegroepen vallen. Er zijn 234 mensen waarvan de diagnose niet bekend is. Uit de gegevens van de tabel blijkt dat de meeste patiënten tot de categorie ‘overige stoornissen’ behoren, gevolgd door ‘depressieve stoornis’, ‘angststoornis’ en ten slotte ‘bipolaire stoornis’.

Tabel 3*Het Aantal Patiënten per Diagnosegroep*

Diagnose	Aantal patiënten	Percentage
Depressieve stoornis	319	27,1
Bipolaire stoornis	144	12,2
Angststoornis	261	22,2
Overige stoornissen	454	38,5
Totaal	1178	100

Het verband tussen de mate van zorgen en de ernst van de symptomen

De gemiddelde scores van de OQ-45 zijn uitgerekend per mate van zorgen van ouders en weergegeven in Tabel 4. Wat opvalt is dat de gemiddelde score toeneemt wanneer de mate van zorgen toeneemt.

Tabel 4*De Gemiddelde Vragenlijstscores van de OQ-45 per Mate van Zorgen*

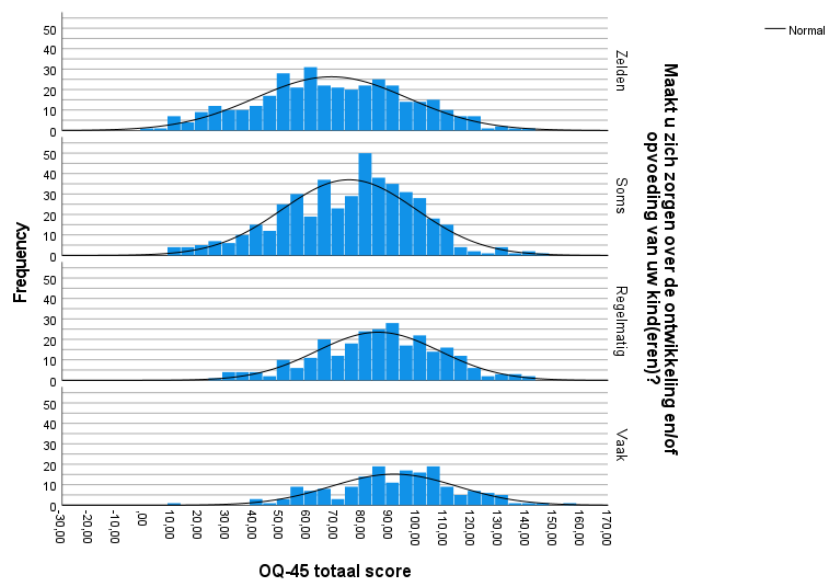
Mate van zorgen	OQ-45 (gemiddelde score)	Standaarddeviatie
Zelden	68,7	27,9
Soms	75,2	24,6
Regelmatig	85,8	22,6
Vaak	91,7	23,1

Noot. N=1265

Om de assumpties te controleren, is de frequentieverdeling van de OQ-45 vragenlijst in Figuur 1 weergegeven voor de verschillende niveaus van zorgen. Figuur 1 laat zien dat in elk van de vier groepen de OQ-45 bij benadering normaal verdeeld is.

Figuur 1

Per Groep Mate van Zorgen van Ouders de Frequenties van de OQ-45 Scores



Uit de toets van homogeniteit van variantie komt een p-waarde $< 0,001$ ($F(3,1261) = 7,31$; $p < 0,001$). Dit betekent dat de varianties tussen de groepen niet gelijk zijn. Dit is ook te zien in Figuur 1, waar de verdelingen verschillen in hun breedte. Omdat de assumptie van homogeniteit is geschonden, is de Welch-toets gebruikt. Hieruit blijkt dat de gemiddelde score op de OQ-45 significant verschilt tussen de vier groepen met oplopende niveaus van zorgen ($F(3,575,6) = 46,0$; $p < 0,001$). De ANOVA effectgrootte is $\eta^2 = 0,097$. Dit is een medium effectgrootte (Learn Statistics Easily, 2023). Doordat de varianties niet gelijk zijn, is de Games-Howell gebruikt om de post-hoc-toets uit te voeren. De resultaten hiervan staan in Tabel 5.

Tabel 5*Gegevens Post-Hoc-Toets OQ-45*

(I) Mate van zorgen	(J) Mate van zorgen	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Significantie	95%	
					Onder	Boven
Zelden	Soms	-6,5	1,9	0,003	-11,3	-1,7
	Regelmatig	-17,1	2,0	< 0,001	-22,3	-12,0
	Vaak	-23,0	2,3	< 0,001	-28,8	-17,1
Soms	Regelmatig	-10,6	1,8	< 0,001	-15,3	-6,0
	Vaak	-16,5	2,1	< 0,001	-21,9	-11,1
Regelmatig	Vaak	-5,9	2,2	0,044	-11,6	-0,1

Uit Tabel 5 blijkt dat tussen alle groepen een significant verband is. Dit betekent dat de OQ-45 score significant toeneemt wanneer de mate van zorgen van ouders met een psychische aandoening toeneemt.

Het verband tussen de mate van zorgen en de mate van ervaren beperking

De gemiddelde scores van de WHO-DAS zijn uitgerekend per mate van zorgen van ouders (zie Tabel 6). Wat opvalt is dat de gemiddelde score toeneemt wanneer de mate van zorgen toeneemt, vooral tussen ‘soms’ en ‘regelmatig’.

Tabel 6*De Gemiddelde Vragenlijstscores van de WHO-DAS per Mate van Zorgen*

Mate van zorgen	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Zelden	24,1	9,3
Soms	25,7	9,8
Regelmatig	28,8	9,5
Vaak	29,7	9,5

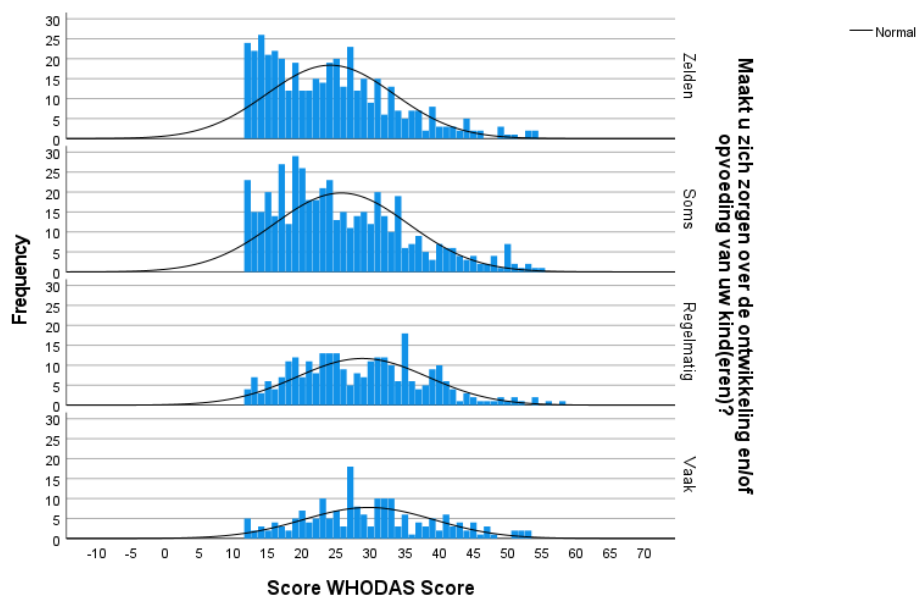
Noot. N=1382

Om de assumpties te controleren werd de frequentieverdeling van de WHO-DAS scores per niveau van zorgen onderzocht (zie Figuur 2). Uit Figuur 2 blijkt dat er niet aan de assumptie van normaliteit wordt voldaan, want bij de groepen ‘zelden’ en ‘soms’ is sprake van

een rechtsscheve verdeling. Uit de toets van homogeniteit van variantie komt een p -waarde van 0,56 ($F(3.1378) = 0,68; p = 0,56$), wat aangeeft dat er geen sprake is van homogeniteit. De assumptie van homoscedasticiteit kan niet worden aangenomen.

Figuur 2

Frequentieverdelingen van de WHO-DAS Scores per Mate van Zorgen



Omdat er geen sprake is van een normale verdeling wordt de Kruskal-Wallis toets uitgevoerd. Uit de Kruskal-Wallis toets blijkt dat er sprake is van een significant verschil in de verdeling van de scores van de WHO-DAS tussen de vier niveaus van mate van zorgen van ouders ($H = 71,08; p < 0,001; df = 3$). De effectgrootte, berekend op basis van H , is $\eta^2 = 0,049$. Dit is een kleine effectgrootte (Learn Statistics Easily, 2023). Om te onderzoeken tussen welke groepen zorgen een significant verband is, wordt de Dumm's post-hoc-toets uitgevoerd.

Tabel 7*Gegevens Post-Hoc-Toets WHO-DAS op basis van de Kruskal-Wallis toets*

Mate van zorgen		Test Statistic	Std. Error	Significantie	Significantie met Bonferroni correctie
Zelden	Soms	-63,4	26,4	0,016	0,098
	Regelmatig	-201,7	30,6	< 0,001	0,000
	Vaak	-237,3	35,0	< 0,001	0,000
Soms	Regelmatig	-138,2	29,9	< 0,001	0,000
	Vaak	-173,9	34,4	< 0,001	0,000
Regelmatig	Vaak	-35,7	37,7	0,345	1,000

Uit Tabel 7 blijkt dat met de Bonferroni correctie er geen significant verband bestaat tussen de groepen ‘zelden’ en ‘soms’. Ook tussen de groepen ‘regelmatig’ en ‘vaak’ is geen significant verband aangetoond. Dit betekent dat de verdeling van de WHO-DAS score niet veel verschilt tussen de groepen die zich zelden of soms zorgen maken en tussen de groepen die zich regelmatig en vaak zorgen maken. Tussen de andere groepen is wel een significant verband aangetoond, wat betekent dat de WHO-DAS score toeneemt naarmate de zorgen toenemen.

Diagnosegroepen

In Tabel 8 wordt weergegeven hoeveel patiënten er per diagnosegroep zijn per mate van zorgen. Wanneer naar de kolom percentages gekeken wordt, blijkt dat de groep patiënten die zich het vaakst ‘zelden’ zorgen maakt over hun kinderen, patiënten zijn met een bipolaire stoornis. Verder blijkt dat de patiënten die zich het vaakst ‘soms’ zorgen maken over hun kinderen, patiënten zijn met overige stoornissen. De groep patiënten die zich het vaakst ‘regelmatig’ of ‘vaak’ zorgen maakt over hun kinderen, zijn patiënten met een depressieve stoornis. Ook wordt in Tabel 8 duidelijk dat de patiënten met een depressieve stoornis het vaakst hebben aangegeven zich ‘soms’ zorgen te maken. Patiënten met een bipolaire stoornis en een angststoornis hebben het vaakst aangegeven zich ‘zelden’ zorgen te maken. Patiënten met een overige stoornis hebben het vaakst aangegeven zich ‘soms’ zorgen te maken. Tevens blijkt dat ouders met een bipolaire stoornis zich in verhouding het minste ‘vaak’ zorgen maken dan ouders in de andere diagnosegroepen.

Tabel 8*De Mate van Zorgen per Diagnosegroep*

Mate van zorgen		Depressieve stoornis	Bipolaire stoornis	Angststoornis	Overige stoornissen
Zelden	<i>N</i>	95	62	89	111
	Kolom %	29,8 %	43,1 %	34,1 %	24,4 %
Soms	<i>N</i>	99	49	87	193
	Kolom %	31,0 %	34,0 %	33,3 %	42,5 %
Regelmatig	<i>N</i>	66	25	47	93
	Kolom %	20,7 %	17,4 %	18,0 %	20,5 %
Vaak	<i>N</i>	59	8	38	57
	Kolom %	18,5 %	5,6 %	14,6 %	12,6 %

Noot. *N* is het aantal patiënten. $N_{\text{totaal}} = 1178$.

Om te onderzoeken of er een significante samenhang is tussen de mate van zorgen van ouders en de diagnosegroep, wordt de Chi-kwadraattoets gebruikt. In elke cel zijn tenminste vijf waarnemingen waardoor een reguliere Chi-kwadraat toets kon worden gebruikt. Volgens de resultaten is er sprake van een significant verband tussen diagnosegroep en mate van zorgen, $\chi^2(9, N = 1178) = 36,15, p < 0,001$. Dit betekent dat er een verband is tussen diagnosegroep en mate van zorgen van ouders met een psychische aandoening. De effectgrootte van het verband kan worden uitgelegd met de waarde van Cramer's *V*, deze waarde is 0,1. Dit geeft een zwak verband weer. Om te onderzoeken tussen welke diagnosegroepen een significant verband is, is de post-hoc-toets uitgevoerd.

Tabel 9*Gegevens Post-hoc-toets per Mate van Zorgen*

Mate van zorgen		Depressieve stoornis	Bipolaire stoornis	Angststoornis	Overige stoornissen
Zelden	<i>N</i>	95 _{a, b}	62 _c	89 _{b, c}	111 _a
Soms	<i>N</i>	99 _a	49 _{a, b}	87 _{a, b}	193 _b
Regelmatig	<i>N</i>	66 _a	25 _a	47 _a	93 _a
Vaak	<i>N</i>	59 _a	8 _b	38 _a	57 _{a, b}

Noot. De letters per kolom geven aan welke diagnosegroepen significant verschillen van elkaar (deze hebben een verschillende letter) en welke niet (deze hebben dezelfde letter).

Uit Tabel 9 blijkt dat er significante verschillen zijn tussen de diagnosegroepen wanneer ouders zich zelden zorgen maken. Ouders met een depressieve stoornis hebben significant meer ingevuld dat ze zich zelden zorgen maken dan ouders met een bipolaire stoornis. Ouders met een angststoornis en een bipolaire stoornis hebben significant minder vaak ingevuld zich zelden zorgen te maken dan ouders met een overige stoornis. Ouders met overige stoornissen hebben significant meer ingevuld zich soms zorgen te maken dan ouders met een depressieve stoornis. Tenslotte valt op dat ouders met een depressieve stoornis en ouders met een angststoornis significant vaker hebben ingevuld zich vaak zorgen te maken dan ouders met een bipolaire stoornis.

Discussie

Reflectie op de resultaten

Het doel van dit onderzoek was onderzoeken of er een relatie is tussen de klinische toestand van ouders met een psychische aandoening en de mate van zorgen over de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kinderen. Door verschillende deelvragen te beantwoorden, is geprobeerd om in kaart te brengen in hoeverre er sprake is van een dergelijke relatie. De eerste deelvraag luidde: In welke mate hangt de ernst van de symptomen van ouders met een psychische aandoening samen met de mate van zorgen? De analyses lieten zien dat de ernst van de symptomen (gemeten met de OQ-45) hoger is naarmate ouders zich meer zorgen over de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kinderen maken. De effectgrootte van de toets, weergegeven in eta-squared, is 0,097. Dit houdt in dat 9,7% van het effect tussen de variabelen verklaard wordt. De effectgrootte is medium, dit houdt in dat er sprake is van relatief betekenisvol resultaat. De uitkomst van de analyse is in

overeenstemming met de opgestelde hypothese. Uit de literatuur is gebleken dat wanneer er sprake is van symptomen die in ernstige mate voorkomen, dit als gevolg heeft dat er verstoringen plaatsvinden in het gezinsleven (Van Gameren, 2006). De band tussen ouders en kind wordt minder (Sherman & Hooker, 2018) en ouders kunnen minder betrokken raken bij hun kind (Jackson et al., 2000). Ouders met ernstigere symptomen hebben minder contact met hun kind en zijn minder betrokken bij de opvoeding. Dit kan leiden tot meer zorgen over de ontwikkeling van hun kind. Verder lijken de resultaten een positief lineair verband te suggereren tussen de ernst van de symptomen en de mate van zorgen. Doordat er sprake is van een relatief betekenisvol resultaat en een positief effect, zou de ernst van de symptomen een goede voorspeller kunnen zijn voor de mate van zorgen.

De tweede deelvraag luidde: in welke mate hangt de mate van ervaren beperking van ouders met een psychische aandoening samen met de mate van zorgen? Uit de statistische analyses met een Kruskal-Wallis toets kwam naar voren dat de mate van ervaren beperking toeneemt naarmate ouders zich meer zorgen maken over de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kinderen. Uit de resultaten van de post-hoc-toets bleek dat er geen significant verschil is tussen de categorieën 'zelden' en 'soms' en tussen 'regelmatig' en 'vaak'. Tussen de andere categorieën is wel een significant verschil gevonden. Dit wijst op een duidelijke tweedeling tussen enerzijds zelden/soms en anderzijds regelmatig/vaak. De effectgrootte van de toets, weergegeven in eta-squared, is 0,049. Dit houdt in dat 4,9% van het effect tussen de variabelen verklaard wordt. De effectgrootte is klein wat betekent dat praktische relevantie van het resultaat ook klein is. De uitkomst van de analyse is in overeenstemming met de opgestelde hypothese. Uit de literatuur blijkt dat mensen met een psychische aandoening problemen ervaren bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden (Ten Have et al., 2002). Mensen met kinderen hebben als dagelijkse bezigheid om voor ze te zorgen en ze op te voeden. Wanneer zij veel beperking ervaren als gevolg van de psychische aandoening heeft dat ook direct effect op de opvoeding van hun kinderen. De gevonden tweedeling in de resultaten zou ontstaan kunnen zijn doordat zorgen niet specifiek genoeg uitgevraagd zijn. Daarnaast leek de ernst van de symptomen niet los te staan van de ervaren beperking. Toch is uit de resultaten gebleken dat er niet hetzelfde soort verband tussen de mate van zorgen en de afhankelijke variabelen gevonden is. Dit zou mogelijk kunnen komen doordat de ernst van de symptomen alleen het effect op de patiënt zelf meet en de ervaren beperking ook ingaat op activiteiten die met anderen kunnen plaatsvinden. Bij ervaren beperking worden patiënten meer stilgezet bij de eventuele gevolgen voor hun omgeving en kan dit de mate van zorgen beïnvloeden.

De laatste deelvraag luidde: hangt de mate van zorgen die ouders zich maken samen met de diagnosegroep (bipolaire stoornis, depressieve stoornis, angststoornis en overige stoornis)? Een statistische analyse met een Chi-kwadraattoets liet zien dat de diagnosegroep samenhangt met de mate van zorgen. De hypothese was dat er sprake is van een verschil in de mate van zorgen van ouders wanneer gekeken wordt naar verschillende diagnosegroepen, deze wordt dus aangenomen. De effectgrootte bij deze toets, weergegeven door middel van Cramer's V, is 0,1. Dit geeft een zwakke samenhang weer. Voorafgaand aan het onderzoek werd verwacht dat ouders met een angststoornis zich de meeste zorgen zouden maken en de ouders met een bipolaire stoornis de minste zorgen. Bij een angststoornis zien ouders vaak overal gevaren voor het kind (Wenselaar, 2015a) wat zou kunnen leiden tot grote zorgen omtrent de ontwikkeling en/of opvoeding van het kind. De uitkomsten waren echter niet geheel in lijn met deze verwachting. Uit de analyses bleek dat ouders met een depressieve stoornis zich vaker 'vaak' zorgen maken dan ouders met een angststoornis. Echter, dit verschil is niet significant. Dit zou verklaard kunnen worden doordat er in deze dataset meer patiënten zijn met een depressieve stoornis. Daarnaast zijn depressieve stoornis en angststoornis matig sterk gecorreleerd met elkaar (Eysenck & Fajkowska, 2017). Sommige symptomen zijn overeenkomstig, de patiënten hebben gelijkenissen en dat zou ook een verklaring kunnen zijn voor de overeenkomst in mate van zorgen. Een ander mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de diagnosegroep 'angststoornis' te weinig gespecificeerd is. Er zijn zeven verschillende soorten angststoornissen die in deze studie allemaal bij de categorie angststoornissen horen (Muris, 2014). Wanneer er gekeken wordt naar een specifieke angststoornis, zou er een ander resultaat kunnen ontstaan. Ouders met een bipolaire stoornis zouden zich de minste zorgen maken omdat zij zich in bepaalde episodes moeilijk kunnen verplaatsen in de behoeften van het kind (Wenselaar, 2015b). Uit de analyse bleek dat van de ouders met een bipolaire stoornis, de grootste groep zich zelden zorgen maakt. Echter, het geobserveerde verschil is niet groot en zijn er ook ouders die zich meer zorgen maken dus is er nuance nodig bij de interpretatie.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Er zijn verschillende sterktes in dit onderzoek. In dit onderzoek is er sprake van een grote steekproefgrootte. Dit verhoogt de power van het onderzoek. Verder is er gebruikgemaakt van verschillende gestandaardiseerde meetinstrumenten zoals de OQ-45 en de WHO-DAS. Hierdoor kunnen de resultaten beter vergeleken worden met eerdere

resultaten. Tevens is er in dit onderzoek gewerkt volgens een vooropgezet analyseplan. Dit is een gestructureerde aanpak, wat de herhaalbaarheid van het onderzoek vergroot.

Naast sterke punten zijn er ook verschillende beperkingen van het onderzoek te benoemen. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de provincie Drenthe. Hierdoor is het onderzoek niet te generaliseren voor Nederland. In Noord-Nederland is een lagere sociaal-economische status, wat een structureel probleem is dat in de rest van Nederland minder heerst (Giesbers, 2023). Daarnaast is er geen rekening gehouden met de context van patiënten. Er is niet gekeken naar hun leefsituatie en dagelijkse bezigheden. Dit zorgt ervoor dat de resultaten met voorzichtigheid benaderd moeten worden en dat de conclusie niet teveel gegeneraliseerd kan worden.

In dit onderzoek is de vraag in hoeverre ouders zich zorgen maken onvoldoende duidelijk gespecificeerd. Er is alleen gevraagd in hoeverre ouders zich zorgen maken over de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kind of kinderen. Dit geeft geen inzicht in of ouders zich zorgen maken over de opvoeding, ontwikkeling of beide. Tevens is er gebruikgemaakt van een vragenlijst om de zorgen in kaart te brengen. Deze manier van meten heeft een gebrek aan context en geeft geen ruimte voor toelichting. De antwoorden in de vragenlijst zijn gecategoriseerd in vier opties bestaande uit 'zelden', 'soms', 'regelmatig' en 'vaak'. Er is niet gespecificeerd uit hoeveel uren, dagen of momenten op de dag deze opties bestaan.

Er zijn ook andere factoren die het zorgen maken over de opvoeding en/of ontwikkeling van een of meerdere kinderen zouden kunnen beïnvloeden. Zo kan het hebben van een baan de mate van zorgen van een patiënt beïnvloeden (Peeters & Heiligers, 2007). Zo kunnen ouders bijvoorbeeld thuis piekeren over hun werk, waardoor er onvoldoende ruimte is om na te denken over hun kinderen. Daarnaast zou religie van invloed kunnen zijn op het zorgen maken. Zo kan religie een vorm van steun zijn die de zorgen vermindert (Schaap-Jonker et al., 2023).

Om de variabele diagnosegroep in te delen, is er geen literatuuronderbouwde afweging gemaakt. Deze indeling is gemaakt op basis van de verwachting dat de groepen 'depressieve stoornis', 'bipolaire stoornis' en 'angststoornis' het grootst zouden zijn. Toen de dataset beschikbaar gesteld werd, bleek dat er ook een grote groep patiënten een persoonlijkheidsstoornis heeft ($N=210$). Voor een volgend onderzoek zouden vijf meer gelijk verdeelde diagnosegroepen beter zijn. Verder bestaat er de kans dat er eventuele relevante gegevens van diagnosegroepen die nu in de groep 'overige stoornissen' vallen, niet zijn opgemerkt. Van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is bekend dat zij onder andere problemen ervaren op het gebied van verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties)

(Akwa GGZ, z.d.). Zo kan iemand erg afhankelijk worden of juist dwangmatig (Hersenstichting, 2023). De symptomen die horen bij een persoonlijkheidsstoornis hebben gevolgen voor een ouder-kindrelatie. Het zou interessant kunnen zijn om inzicht te krijgen in hoeverre ouders met een persoonlijkheidsstoornis zich zorgen maken over de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kinderen.

Implicaties voor de praktijk en vervolgonderzoek

Doordat er bij alle drie de variabelen een significant verband is gevonden met mate van zorgen, lijkt de klinische toestand van ouders met een psychische aandoening een voorspeller te zijn voor de mate van zorgen. Dit geeft aanleiding om een instrument te ontwikkelen wat kan screenen op de klinische toestand van ouders in relatie met de mate van zorgen. Dit zou ontwikkeld, getest en gevalideerd moeten worden in nieuw onderzoek. Wel moet hierbij in acht genomen worden dat de effectgrootte bij de diagnose en ervaren beperking klein is. Dit zou kunnen betekenen dat deze variabelen geen goede voorspellers zijn voor de klinische toestand en dus ook niet meegenomen kunnen worden in de ontwikkeling van een nieuw instrument. De ernst van de symptomen lijkt een goede voorspeller voor de mate van zorgen van ouders. De zorgprofessionals kunnen tijdens de intake van een patiënt de ernst van de symptomen in kaart brengen, om zo inzicht te krijgen in de vraag of de patiënt zich ook zorgen maakt over de ontwikkeling en/of opvoeding van de kinderen. Hier zouden zorgprofessionals ook op in kunnen gaan tijdens de behandeling van de patiënt.

Voor vervolgonderzoek zou het relevant zijn om de zorgen van ouders verder uit te vragen. Dit zou kunnen door een open vraag te stellen waarin ouders kunnen vertellen waarover zij zich zorgen maken. Ook zou er toegevoegd kunnen worden wat de frequentie van de zorgen zijn zoals bijvoorbeeld meerdere keren per dag of elke week. Hierdoor kunnen de zorgprofessionals de zorgen van ouders beter meenemen in de behandeling.

Conclusie

Samengevat wordt er geconcludeerd dat er sprake is van een relatie tussen de mate van zorgen van ouders met een psychische aandoening en hun klinische toestand. De ernst van de klinische toestand, in de vorm van meer ervaren beperking en ernstigere symptomen, hangt samen met meer zorgen van ouders. Ook zit er verschil in het niveau van zorgen tussen verschillende stoornissen. De ouders die zich het vaakst zorgen maken over hun kind hebben een angststoornis of een depressieve stoornis. De diagnose, ernst van de symptomen en mate van ervaren beperking van ouders kunnen dus allemaal samenhangen met de mate van ervaren

zorgen over hun kinderen en deze inzichten kunnen in de toekomst mogelijk bijdragen aan een instrument die screent op de mate van zorgen van ouders.

Literatuurlijst

- Adderley, H., Wittkowski, A., Calam, R., & Gregg, L. (2019). Adult Mental Health Practitioner Beliefs about psychosis, parenting, and the role of the practitioner: A Q Methodological investigation. *British Journal of Medical Psychology*, *93*(4), 657–673. <https://doi.org/10.1111/papt.12249>
- Akwa GGZ. (z.d.). *Persoonlijkheidsstoornissen (zorgstandaard 2017)*. GGZ Standaarden. Geraadpleegd op 12 januari 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017/introductie>
- Andrews, G., Kemp, A., Sunderland, M., Von Korff, M., & Üstün, T. B. (2009). Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLOS ONE*, *4*(12), e8343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008343>
- Axelsson, E., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Andersson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 Administered via the internet to individuals with anxiety and stress disorders: a psychometric investigation based on data from two clinical trials. *JMIR mental health*, *4*(4), e58. <https://doi.org/10.2196/mental.7497>
- Bilbao, Á., Kennedy, C., Chatterji, S., Üstün, B., Barquero, J. L. V., & Barth, J. T. (2003). The ICF: Applications of the WHO Model of Functioning, Disability and Health to Brain Injury Rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, *18*(3), 239–250. <https://doi.org/10.3233/nre-2003-18308>
- Boonen, A., & Maksymowych, W. P. (2010). Measurement: function and mobility (focussing on the ICF framework). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, *24*(5), 605–624. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.05.008>
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment: een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Anraad. [Naar het hart van empowerment.pdf \(nicolehoeymans.nl\)](https://www.nicolehoeymans.nl/Naar_het_hart_van_empowerment.pdf)
- Dam, K., & Hall, E. O. (2016). Navigating in an Unpredictable Daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *30*(3), 442–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>

- De Beurs, E., Hollander-Gijsman, M. D., Buwalda, V., Trijsburg, R., & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393–400. <http://dare.uva.nl/personal/record/264277>
- De Castro, S. S., Leite, C. F., Coenen, M., & Buchalla, C. M. (2019). The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cadernos De Saude Publica*, 35(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00000519>
- De Jong, K., Nugter, A., Polak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie & Gezondheid*, 36(1), 35–45. <https://doi.org/10.1007/bf03077465>
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive Symptoms and Parenting Competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45–68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>
- Doerfler, L. A., Addis, M. E., & Moran, P. (2002). Evaluating mental health outcomes in an inpatient setting: convergent and divergent validity of the OQ-45 and BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 394–403. <https://doi.org/10.1007/bf02287346>
- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2017). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition & Emotion*, 32(7), 1391–1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Festen, H., Schipper, K., De Vries, S. O., Reichart, C. G., Abma, T., & Nauta, M. (2014). Parents' Perceptions on Offspring Risk and Prevention of anxiety and Depression: A Qualitative study. *BMC Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-17>
- Giesbers, H. (2023, 5 december). *Lagere sociaaleconomische status in steden en in Noord-Nederland*. Volksgezondheid en Zorg. <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/regionaal/algemeen>
- Goodyear, M., Allchin, B., Burn, M., Von Doussa, H., Reupert, A., Tchernegovski, P., Sheen, J., Cuff, R., Obradovic, A., Solantaus, T., & Maybery, D. (2022). Promoting Self-Determination in Parents with Mental Illness in adult mental health settings. *Journal of Family Nursing*, 28(2), 129–141. <https://doi.org/10.1177/10748407211067308>
- Harries, C., Smith, D., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 303–342. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00427-6>

- Hersenstichting. (2023, 4 juli). *Wat zijn persoonlijkheidsstoornissen?* Geraadpleegd op 12 januari 2023, van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/persoonlijkheidsstoornissen/>
- Jackson, A. P., Brooks-Gunn, J., Huang, C., & Glassman, M. (2000). Single Mothers in Low-Wage Jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes. *Child Development, 71*(5), 1409–1423. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00236>
- Kat, M. G. (2019). Psychische en psychiatrische stoornissen bij ouderen. In *Ouderenpsychiatrie: de praktijk* (1ste editie, pp. 67–108). Bohn Stafleu van Loghum eBooks. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2107-0_4
- Kim, S., Beretvas, S. N., & Sherry, A. (2010). A validation of the factor structure of OQ-45 scores using factor mixture modeling. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42*(4), 275–295. <https://doi.org/10.1177/0748175609354616>
- Learn Statistics Easily. (2023, 25 april). *How to Report One-Way ANOVA results in APA Style: A Step-by-Step Guide*. <https://statisticseasily.com/how-to-report-results-of-anova/>
- Luciano, J. V., Ayuso-Mateos, J. L., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Roca, M., & Haro, J. M. (2010). Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *Journal of Affective Disorders, 121*(1–2), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.008>
- McKelvey, L., Fitzgerald, H. E., Schiffman, R. F., & Von Eye, A. (2002). Family stress and parent–infant interaction: the mediating role of coping. *Infant Mental Health Journal, 23*(1–2), 164–181. <https://doi.org/10.1002/imhj.10010>
- Meij, H. (2011, maart). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*. Het Nederlands Jeugdinstituut [Microsoft Word - Normale ontwikkeling pdftekst.docx \(officiële-overheidspublicaties.nl\)](https://www.jeugdinstituut.nl/overheidspublicaties/nl)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 8 november). *Basis-ggz en gespecialiseerde ggz*. Geraadpleegd op 28 september 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>
- Muris, P. (2014). Angst en angststoornissen. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 303–323). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0495-0_13
- Peeters, M. C. W., & Heiligers, P. (2007). De balans tussen werk en privé. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 299–314). https://doi.org/10.1007/978-90-313-6556-2_14

- Perera, D., Short, L., & Fernbacher, S. (2014). There is a lot to it: being a mother and living with a mental illness. *Advances in mental health*, *12*(3), 167–181.
<https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081895>
- Petterson, D., Gravesteyn, C., & Peschier, C. (2017). De kracht van alledaags ouderschap. *Pedagogiek*, *37*(1), 27–46. <https://doi.org/10.5117/ped2017.1.pett>
- Prodia. (2015, 22 januari). *Algemeen Diagnostisch Protocol*. Geraadpleegd op 3 december, van <https://www.prodiagnostiek.be/diagnostische-protocollen/algemeen-diagnostisch-protocol/>
- Rasic, D., Hájek, T., Alda, M., & Uher, R. (2013). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 28–38.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>
- Rijksoverheid. (2023, 1 september). *GGZ: Aantal patiënten curatieve GGZ*. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd op 28 september 2023, van <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ggz-aantal-pati%C3%abnten-curatieve-ggz#:~:text=1.191.095,pati%C3%ABnten>
- Schaap-Jonker, H., Hoekzema-Kruidhof, J., & Vrijmoeth, C. (2023). Geloven in je herstel: Een religieus georiënteerde interventie als aanvulling op cognitieve gedragstherapie bij angstige jongeren. *Gedragstherapie*, *54*(1), 36–63.
<https://research.vu.nl/en/publications/believing-in-recovery-a-religiously-oriented-intervention-in-addi>
- Sherman, M. D., & Hooker, S. A. (2018). Supporting Families Managing Parental Mental Illness: Challenges and resources. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *53*(5–6), 361–370. <https://doi.org/10.1177/0091217418791444>
- Simoons, M., Ruhé, H. G., Van Roon, E., Schoevers, R. A., Bruggeman, R., Cath, D. C., Muis, D., Arends, J., Doornbos, B., & Mulder, H. (2019). Design and Methods of the ‘Monitoring Outcomes of Psychiatric Pharmacotherapy’ (MOPHAR) Monitoring Program – a study protocol. *BMC Health Services Research*, *19*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3951-2>
- Soyez, V., Van Hove, G., & Vanderplassen, W. (1998). Ouders met een beperking. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 726–733). https://doi.org/10.1007/978-90-313-8644-4_88
- Spaans, C. (1998). Depressieve moeders. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 683–690). https://doi.org/10.1007/978-90-313-8644-4_83

- Ten Have, M., Schoemaker, C., & Vollebergh, W. (2002). Genderverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44, 367–376. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/62434/1/62434.pdf>
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F. & De Graaf, R. (2023). Kerncijfers psychische aandoeningen samenvatting. *NEMESIS*, Geraadpleegd op 6 oktober 2023, van <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/>
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J. E., Saxena, S., Von Korff, M., & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of The World Health Organization*, 88(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/blt.09.067231>
- Van der Maas, J. (2011). *Diagnostiek van Ouderfunctioneren: Een functioneel-contextueel perspectief*. VU Uitgeverij. [104695_binnewerk.pdf \(vu.nl\)](https://www.vu.nl/binnewerk/pdf/104695_binnewerk.pdf)
- Van Deth, R. (2017). Depressieve-stemmingsstoornissen. In *Inleiding in de psychopathologie* (pp. 53–68). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-1045-6_4
- Van Dorsselaer, S., Ramaker, V., De Gee, A., & Ten Have, M. (2023). *Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep*. Geraadpleegd op 2 oktober 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/>
- Van Gameren, S. (2006). Leven met een psychisch zieke ouder. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6545-6>
- Weeks, M., Garber, B. G., & Zamorski, M. A. (2016). Disability and mental disorders in the Canadian Armed Forces. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1_suppl), 56S-63S. <https://doi.org/10.1177/0706743716628853>
- Wenselaar, L. (2015a). Ouder met angststoornis, smetvrees, dwanghandelingen, autisme of ADHD. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 129–132). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1_21
- Wenselaar, L. (2015b). Ouder met bipolaire stoornis (voorheen manisch-depressief). In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 107–110). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1_17
- Wenselaar, L. (2015c). Ouder met een depressie. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 97–105). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1_16
- Zeijl, E., Wiefferink, K., & Keuzenkamp, S. (2005). *Kinderen in Nederland*. <https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=rVhCe85YMJQC&oi=fnd&pg=PA90&>

[dq=ruzie+tussen+kind+en+ouders+zorgen+kinderen&ots=z37szuGCoO&sig=QlbAE0E kUmRekJSQXk3ks38CEk&redir_esc=y#v=onepage&q=zorgen&f=false](#)