

De samenhang tussen het ouderschap en de ernst van psychische klachten bij GGZ-patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornis en de moderatie van gender en leeftijd.

Masterthesis Orthopedagogiek
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen

Lotte Hoppenbrouwers

Studentennummer: S5727855

Eerste beoordelaar: Dr. Klaas Wardenaar

Tweede beoordelaar: Prof. dr. Marijn van Dijk

Aantal woorden: 8000 woorden

15 januari 2024

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de master orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ik heb met veel plezier aan deze scriptie gewerkt, vooral het werken in SPSS vond ik boven verwachting leuk. Ik had nooit eerder met een statistisch programma gewerkt waardoor ik dacht dat ik er moeite mee zou hebben. Dit viel uiteindelijk hartstikke mee door de goede ondersteuning vanuit mijn begeleider en de vele uitleg-filmpjes op YouTube. Ik wil bij deze allereerst mijn thesisbegeleider Klaas Wardenaar bedanken voor zijn goede begeleiding tijdens het schrijfproces. Gedurende het proces heeft hij mijn thesis voorzien van nuttige feedback. Zijn geduld en zijn vertrouwen heb ik als zeer waardevol ervaren. Daarnaast wil ik mijn beste vriendin Elien Tebbes bedanken voor haar steun. Mijn dank gaat tot slot uit naar mijn vader die altijd voor mij klaar heeft gestaan tijdens het proces, ondanks dat we de afgelopen maanden privé geen makkelijke tijd hebben gehad.

Abstract

Within mental health care, there are individuals who are both parents and experiencing anxiety and/or mood disorders. This research aims to gain insight into the relationship between parenthood and the severity of psychological symptoms within this specific patient group, focusing on the potential influences of gender and age. The research question is formulated as follows: "How and to which extent is parenthood related to the severity of psychological symptoms in mental health care patients with anxiety and/or mood disorders, and is this association moderated by gender or age?" A quantitative content analysis was conducted using data from the MOPHAR study. The connection between parenthood and the severity of psychological symptoms was examined through a linear regression analysis. Two separate moderation analyses were performed, first with gender as a moderator and then with age as a moderator. The results indicate that parenthood is associated with a lower level of psychological symptoms, with a small effect size ($R\text{-square} = 0.004$). The moderation analyses suggest that gender has no significant impact ($p > 0.505$), while age proves to be a significant moderator ($p < 0.018$). These findings suggest that parenthood may play a small positive role in the psychological well-being of this patient group, with age as a crucial moderator. Limitations, including a lack of control over external factors that could influence this relationship, emphasize the need for caution in interpretation of the findings. Future research should strive for a broader understanding of the relationship, possibly by conducting repeated measurements and take in consideration external factors.

Keywords: anxiety and/or mood disorders, parenthood, psychological symptoms, gender, age

Samenvatting

Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg bevinden zich mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis die tegelijkertijd ouders zijn. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de samenhang tussen ouderschap en de ernst van psychische klachten bij deze specifieke patiëntengroep, met aandacht voor de mogelijke invloed van gender en leeftijd. De onderzoeksvraag luidt: "Hoe en in welke mate hangt ouderschap samen met de ernst van psychische klachten bij GGZ-patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornis, en wordt deze associatie gemodereerd door gender of leeftijd?".

Een kwantitatieve inhoudsanalyse is uitgevoerd met data uit de MOPHAR-studie. Door middel van een enkelvoudige regressieanalyse is de samenhang tussen ouderschap en de ernst van psychische klachten onderzocht. Twee afzonderlijke moderatieanalyses zijn uitgevoerd, eerst met gender als moderator en vervolgens met leeftijd als moderator. De resultaten tonen aan dat ouderschap samenhangt met een lager niveau van psychische klachten, met een kleine effectgrootte ($R\text{-square} = 0.004$). De moderatie-analyses geven aan dat gender geen significante invloed heeft ($p > 0.505$), terwijl leeftijd wel een significante moderator blijkt te zijn ($p < 0.018$). Deze bevindingen suggereren dat ouderschap mogelijk een kleine positieve rol speelt in het psychisch welbevinden van deze patiëntengroep, met leeftijd als een belangrijke moderator. Beperkingen, waaronder het ontbreken van controle over externe factoren die deze samenhang zouden kunnen beïnvloeden, benadrukken de noodzaak van voorzichtigheid bij de interpretatie van de bevindingen. Toekomstig onderzoek zou moeten streven naar een breder begrip van de samenhang, mogelijk door het uitvoeren van herhaalde metingen en het meenemen van externe factoren.

Trefwoorden: angst- en/of stemmingsstoornissen, ouderschap, psychische klachten, gender, leeftijd

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Methode	10
Populatie	10
Procedures.....	10
Metingen	11
Analyse	12
Resultaten	14
Beschrijvende statistiek	14
Inferentiële statistiek.....	15
Discussie	23
Belangrijkste bevindingen	23
Interpretatie van de resultaten en de vergelijking met eerdere studies	24
Sterke kanten en beperkingen	26
Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	27
Conclusie.....	27
Literatuurlijst	28

Inleiding

In Nederland krijgen veel mensen in hun leven een keer te maken met psychische klachten. Van de mensen boven de 18 jaar in Nederland heeft 48 procent ooit te maken gehad met één of meerdere psychische aandoeningen (Trimbos, 2023). Een groot gedeelte van deze mensen krijgt te maken met angststoornissen of stemmingsstoornissen. Zo komen beide psychische klachten bij ruim een kwart van de volwassenen in hun leven een keer voor (Trimbos, 2023). Angst- en stemmingsstoornissen kunnen een negatieve invloed hebben op het dagelijks functioneren, het welzijn en de levenskwaliteit van een persoon (Kupferberg et al., 2016; G. Simon, 2003). Zo zorgen angststoornissen en stemmingsstoornissen vaak voor overmatige zorgen, verdriet, angst en stemmingswisselingen. Mensen met deze psychische aandoeningen kunnen in Nederland hulp krijgen vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Binnen de GGZ bevinden zich veel patiënten met deze psychische aandoeningen die tegelijkertijd ook ouders zijn (Jeffery et al., 2013). Door de klachten van de angst- en/of stemmingsstoornis is het vaak lastig voor deze mensen om hun rol als ouder volwaardig te kunnen vervullen (Gameren, 2005).

De rol van ouders is belangrijk in onze samenleving. Zo wordt er veel gevraagd en verwacht van ouders (Bucx & De Roos, 2011). Wanneer er iets fout gaat met het kind wijst de samenleving vaak meteen naar de ouders. Ze worden aansprakelijk gesteld voor zowel het gedrag als de prestaties van hun kinderen (Verhulst, 2017). Iedere fase van het ouderschap vraagt weer iets anders van ouders (Galinsky, 1987). Dit wordt beïnvloed door een constant samenspel tussen de eigen ontwikkeling van ouders, het kind en een bevorderende of belemmerende omgeving (Nys, 2010). Als ouders zich mentaal slecht voelen heeft dat een negatieve invloed op de kwaliteit van opvoeden en dus op de kinderen (Leijdesdorff et al., 2017). Uit verschillende onderzoeken (P. A. Cowan & C. P. Cowan, 1988; Elbach & Mock, 2011; Petch & Halford, 2008) blijkt dat het ouderschap in het algemeen al moeilijk is en soms zelfs problematische invloeden kan hebben op mensen. Ouders benadrukken in de studie van P. A. Cowan & C. P. Cowan (1988) dat ouderschap zowel bevredigend is als uitdagingen met zich meebrengt, zoals het hebben van minder tijd voor de ouder zelf, voor het sociale netwerk en zelfs fysieke gevolgen kan hebben. In het onderzoek van Petch & Halford (2008) komt naar voren dat ouders minder tijd voor elkaar hebben en meer conflicten met elkaar hebben. Het opvoeden van kinderen zorgt daarnaast voor hogere financiële kosten en tegelijkertijd minder tijd om te werken (Elbach & Mock, 2011). Deze negatieve gevolgen van het

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

ouderschap leiden tot een voorspelling dat het hebben van kinderen mogelijk verband kan houden met een lager psychisch welzijn van deze volwassenen.

Ouders met angst- en/of stemmingsstoornissen zijn door de gevolgen van de psychische aandoeningen extra kwetsbaar in hun rol als ouder (Ackerson, 2003). Toch is de ouderrol een onderwerp dat weinig wordt besproken in de GGZ (Wansink et al., 2014). Dit terwijl aandacht voor het ouderschap in de behandeling hard nodig is. In de studie van Van der Ende (2016) benoemden ouders de negatieve effecten van hun psychische klachten op hun ouderrol. Het ging daarin om een gevoel van tekortkomingen als ouder en de angst van het doorgeven van hun aandoening op hun kinderen. Daarnaast geeft de omgeving van ouders met psychische aandoeningen ze soms het idee dat ze als niet geschikt worden beschouwd voor de ouderrol (Ackerson, 2003). Ouders met psychische klachten twijfelen soms of ze de verantwoordelijkheid van het ouderschap aankunnen en of ze de juiste keuzes maken (Van der Ende et al., 2016). Deze twijfels zijn belastend wanneer ouders al het idee hebben dat hun opvoedingsactiviteiten wantrouwend bekeken worden door de omgeving (Van Santvoort et al., 2014). Een gevolg hiervan kan zijn dat zij zich niet vrij voelen om open te zijn over hun psychische aandoening en om hulp durven te vragen bij het ouderschap. Terwijl een deel van de ouders met psychische aandoeningen wel behoefte heeft aan steun om deze rol naar tevredenheid te kunnen vervullen (Evenson & Simon, 2005). Wanneer deze ouders daar namelijk in slagen, kan het herstellen van de ouderrol een bijdrage leveren aan het herstel van het dagelijkse sociale en maatschappelijk functioneren en het ontwikkelen van andere sociale en maatschappelijke rollen (Evenson & Simon, 2005).

Het ouderschap zorgt niet alleen voor negatieve effecten bij mensen met een psychische aandoening. Ze halen ook kracht uit de rol als ouder door bijvoorbeeld een toegenomen gevoel van verantwoordelijkheid (Van der Ende et al., 2016). Het toegenomen gevoel van verantwoordelijkheid bleek ouders te helpen om alert en betrokken te blijven bij de opvoeding van hun kinderen. Daarnaast hielp het bij het creëren van een dagelijkse routine en het zoeken met hun kinderen naar gedeelde interesses en activiteiten. Dit droeg bij aan de persoonlijke groei en het herstel van ouders en gaf ze een gewaardeerde identiteit (Van der Ende et al., 2016). De relaties met de kinderen, familie en school zorgen ervoor dat ouders zo nu en dan hun problemen kunnen ventileren en steun kunnen vinden in informele en professionele netwerken (Bassett et al., 1999). Deze resultaten laten zien dat het vervullen van de ouderrol door mensen met psychische aandoeningen een positieve impact op het dagelijks leven en daarmee ook op hun psychische welzijn kan hebben.

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

Er zijn dus aanwijzingen voor zowel positieve als negatieve effecten van het ouderschap op het psychische welzijn van mensen met een psychische aandoening. De relatie tussen ouderschap en psychisch welzijn is dan ook complex (Nelson et al., 2014). Op basis van het besproken onderzoek is een eenduidige verwachting over de gemiddelde samenhang tussen ouderschap en de ernst van het psychische klachten bij GGZ-patiënten nog niet te maken. Daarbij verschillen GGZ-patiënten onderling sterk van elkaar en daardoor naar verwachting ook het verband tussen het ouderschap en de ernst van de psychische klachten.

Het verband tussen het ouderschap zal naar verwachting niet hetzelfde zijn op vaders als op moeders. Zo blijkt uit diverse onderzoeken in de algemene populatie ouders dat de invloed van het ouderschap verschilt per gender (Bucx & De Roos, 2011; Verhoeven et al., 2007). Zo blijkt uit onderzoek van Verhoeven et al. (2007) dat moeders opvoeden als zwaarder ervaren dan vaders. In het onderzoek van Nelson-Coffey et al. (2019) rapporteerden vaders relatief meer geluk in de omgang met hun kinderen dan moeders. Ouderschap wordt hier geassocieerd met positievere welzijnsresultaten voor vaders dan voor moeders. Daarnaast verschillen de sociale verwachtingen ook rond het ouderschap op basis van gender (Bucx & De Roos, 2011). Zo worden moeders geconfronteerd met meer sociale druk en verwachtingen met betrekking tot het aannemen van de primaire zorg rol voor kinderen, terwijl van vaders wordt verwacht dat ze meer nadruk leggen op financiële ondersteuning (Zimmerman, 2000).

De invloed van het ouderschap op ouders met een psychische aandoening kan ook verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo voelen de meeste vaders met psychische klachten zich beperkt in hun rol als vader (Van der Ende, 2016). Wel geven deze vaders in het onderzoek van Van der Ende (2016) aan manieren te kunnen en willen vinden om een grotere rol te kunnen spelen in het leven van hun kinderen. Het blijkt dat wanneer vaders een maatschappelijke rol verliezen, bijvoorbeeld doordat ze tijdelijk zonder werk komen te zitten, juist de ouderrol aanknopingspunten biedt voor herstel in andere rollen (R. W. Simon, 1995). Zo blijkt specifiek bij vaders met psychische problemen, die de verantwoordelijkheid nemen voor hun kinderen, dat ze daardoor worden aangezet om op een constructieve manier aan hun psychische problemen te werken (Van der Ende, 2016). De verwachting is daarom dat als vaders met psychische problemen de verantwoording nemen over hun kinderen, ouderschap een positieve bijdrage levert aan het psychische welzijn van vaders. Uit het onderzoek van Awram et al. (2017) blijkt dat bij de meeste moeders de uitdagingen en de verantwoordelijkheden van het ouderschap zorgen voor een diepgaand gevoel van betekenis en het ze een doel geeft aan het leven. Dit motiveert moeders om beter voor zichzelf te

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

zorgen (Awram et al., 2017). Hoewel ouderschap op zowel mannen als vrouwen een positieve invloed kan hebben is de verwachting dat bij vrouwen de negatieve invloed van het ouderschap groter zal zijn. Bij moeders met een psychische aandoening blijkt dat ze zich namelijk sneller geïsoleerd voelen vanwege stigma en onbegrip (Perera et al., 2014). Moeders met een psychische aandoening hebben daarnaast vaak last van een schuldgevoel tegenover hun kinderen en last van zelfkritiek (Perera et al., 2014).

Naast gender kan leeftijd de relatie tussen ouderschap en de ernst van psychische klachten ook beïnvloeden. Zo stellen Thompson & Walker (2004) dat oudere ouders in vergelijking met jongere ouders meer toegerust zijn om met de zorgen en stress die komen kijken bij het ouderschap om te kunnen gaan. Daarnaast hebben oudere ouders meestal ook oudere kinderen (Crouter et al., 1999). Naarmate een kind ouder wordt, krijgt hij of zij steeds meer een eigen leven. Het blijkt dan ook uit onderzoek van Barnett & Baruch (1987) dat ouders minder interactietijd met hun kind hebben als deze ouder is en dus over het algemeen minder tijd en energie aan hun kinderen kwijt zijn. De verwachting is daarom dat naarmate ouders met psychische klachten ouder zijn, ze oudere kinderen zullen hebben en het effect van het ouderschap een positievere invloed heeft op het psychische welzijn, dan bij jongere ouders.

Bovenstaande laat zien dat het aannemelijk is dat ouderschap samenhangt met het psychische welzijn van ouders in de GGZ. Het is echter nog niet duidelijk hoe groot en in welke richting die samenhang is en hoe deze samenhang mogelijk verschilt tussen patiënten afhankelijk van hun gender of leeftijd. Daarom wordt er gekeken in dit onderzoek naar de volgende vraagstelling ‘Hoe en in welke mate hangt ouderschap samen met de ernst van psychische klachten bij GGZ-patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornis en wordt deze associatie gemodereerd door gender of leeftijd?’. De deelvragen zijn: 1. Hoe hangt het ouderschap van de patiënten samen met de ernst van de psychische klachten? 2. Wordt die samenhang gemodereerd door gender? 3. Wordt die samenhang gemodereerd door leeftijd?

Het beantwoorden van deze onderzoeksvragen kan bijdragen aan het vergroten van de beschikbare kennis over de samenhang tussen ouderschap en de ernst van de psychische klachten bij mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis. Onderzoek hiernaar is tot nu toe schaars en richt zich vooral op de invloed die de psychische klachten van de ouders op het leven van de kinderen heeft, zoals gedocumenteerd in Van Wenselaar (2015), Jeugdhulp en Jeugdbescherming (2014), en Leijdesdorff et al. (2017). Ondanks de belangrijke rol van het ouderschap wordt er in de behandelingen in de GGZ nog weinig aandacht aan besteed (Van der Ende, 2016). Hierbij missen zorgprofessionals mogelijk de benodigde kennis over de

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

invloed van het ouderschap op het psychische welzijn. Meer kennis hierover kan behandelaren mogelijk helpen om betere en gerichtere zorg en ondersteuning te bieden. Daarnaast kunnen de psychische klachten van ouders een negatieve invloed hebben op het welzijn en de ontwikkeling van kinderen. Het begrijpen van de samenhang tussen het ouderschap en het psychische welzijn van mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis in de GGZ zou daarom mogelijk ook kunnen helpen bij het ontwikkelen van gezinsgerichte interventies en ondersteuningssystemen.

Methodie

Om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden, is er gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksstrategie. Voor dit onderzoek is de data gebruikt uit het bestaande onderzoek: De MOPHAR-studie.

Populatie

De data voor dit onderzoek zijn reeds verzameld in het kader van de MOPHAR-studie (Simoons et al., 2019). Het doel van het MOPHAR-onderzoek is het begrijpen van wat de lichamelijke gevolgen zijn van psychiatrische aandoeningen en wat de risicofactoren zijn die ervoor zorgen dat sommige mensen veel meer gevolgen ondervinden dan anderen. Het MOPHAR-monitoringprogramma richt zich op patiënten boven de 18 jaar die voor een psychiatrische diagnose verwezen zijn naar poliklinieken van de geestelijke gezondheidszorg Drenthe. Er zijn geen algemene uitsluitingscriteria voor opname in het MOPHAR-patiënten register. Patiënten kunnen worden verwezen door hun huisarts of door een GGZ-behandelaar van een andere afdeling of instelling. In dit onderzoek zijn patiënten meegenomen die voor angst en/of stemmingsstoornissen naar de GGZ Drenthe zijn verwezen. Voor dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van data die is verzameld bij de eerste meting. De totale beschikbare steekproef bestond uit 2571 patiënten.

Procedures

Het MOPHAR-onderzoek is geregistreerd bij het Nederlands Trial Register. De onderzoekaspecten van MOPHAR zijn goedgekeurd door de onafhankelijke medische-ethische commissie en alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het gebruik van hun data voor onderzoek. Proefpersonen kunnen zich op elk moment terugtrekken uit verdere deelname aan het MOPHAR-onderzoek.

Voor het MOPHAR-onderzoek bezochten de patiënten de kliniek. Bij de eerste afspraak werd een algemene somatische screening uitgevoerd door een psychiatrisch verpleegkundige en

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

werd eenmalig bloed afgenomen voor DNA-onderzoek. Voordat de eerste afspraken plaatsvonden werd aan de patiënten gevraagd om een vragenlijst in te vullen over hun demografie, familiegeschiedenis van psychiatrische aandoeningen, roken, alcohol- en illegale middelengebruik en eerdere psychiatrische behandelingen. Daarnaast werden verschillende vragenlijsten over psychiatrische symptomen ingevuld. Deze vragenlijsten worden jaarlijks opnieuw ingevuld.

Metingen

In dit onderzoek is gekeken naar de volgende gegevens van de patiënten: de scores op de OQ-45, gender, psychische aandoening, leeftijd en het hebben van wel of geen kinderen. De OQ-45 staat voor Outcome Questionnaire en bestaat uit 45 vragen. Met deze vragenlijst zijn behandelresultaten gemeten. De vragenlijst meet niet alleen psychische klachten, maar ook hoe mensen in het dagelijks leven en binnen sociale contacten functioneren. De vragenlijst bestaat uit drie sub schalen: symptoom distress, interpersoonlijke relaties en sociaal rol functioneren. De vragenlijst is bedoeld om een goed inzicht te geven over hoe mensen klachten ervaren en doordat de vragenlijst herhaaldelijk in wordt gevuld monitort de vragenlijst de behandelingen (Lambert et al., 2004). De items worden gescoord van nooit (0) tot bijna altijd (4). De item scores zijn opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore loopt van 0 tot 180, waarbij een hogere score aangeeft dat er sprake is van veel klachten die passen bij depressie, angst, lichamelijke klachten en/of stress. Daarnaast geeft een hoge score aan dat de kwaliteit van leven niet als optimaal wordt beschouwd. Een lage score geeft aan dat er weinig tot geen klachten zijn en dat mensen vinden dat ze goed functioneren (Lamberts et al., 2014).

De OQ-45 heeft belangrijke psychometrische eigenschappen (Schoen & Derksen, 2011). Zo vertoont de OQ-45 een hoge betrouwbaarheid doordat de interne consistentie hoog is en het blijkt dat de scores stabiel blijven bij herhaalde metingen over de tijd, waaruit ook blijkt dat de test-hertest betrouwbaarheid hoog is (De Jong et al., 2007). De OQ-45 toont daarnaast een overtuigende validiteit (De Jong et al., 2007). De inhoudsvaliditeit wordt bevestigd door een grondige evaluatie van de vragenlijst, waarbij is aangetoond dat het de relevante inhoud van psychische klachten vastlegt. Criteriumvaliditeit wordt ondersteund door positieve correlaties tussen de OQ-45-scores en andere gevestigde maatstaven voor psychische gezondheid, wat de geloofwaardigheid van het meetinstrument versterkt. Bovendien bevestigt constructvaliditeit dat de OQ-45 consistent is met theoretisch verwachte constructen en factoren, waardoor het een betrouwbaar instrument is. Tot slot is de vragenlijst gevoelig voor zowel subtiele als significante veranderingen in symptomen en functioneren, waardoor het effectief is bij het evalueren van behandel-effecten (Lambert et al., 2004).

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

De OQ-45 score werd gebruikt als continue interval variabele. leeftijd, gender en ouderschap werden bepaald op basis van antwoorden op de vragenlijst die patiënten aan het begin invulden. Voor gender en ouderschap werden dichotome variabelen gemaakt. Deze variabelen werden als volgt gecodeerd: wanneer de participant een man was kreeg de gender variabele een 1 en wanneer de participant een vrouw was kreeg deze variabele een 2. Wanneer een participant wel kinderen heeft kreeg de variabele een 1 en wanneer de participant geen kinderen heeft kreeg de variabele een 0. Leeftijd is tot slot ook als dichotome variabele in de analyse meegenomen. De variabele nam de waarde 0 aan voor participanten van 18 t/m 45 jaar oud en waarde 1 voor alle participanten van 46 jaar en ouder. De participanten werden in twee leeftijdsgroepen verdeeld. Voor deze verdeling is gekozen, omdat in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar de afgelopen jaren gemiddeld de meeste mensen in Nederland kinderen hebben gekregen en deze groep vaak veel tijd aan hun kinderen besteedt (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). De mensen in de leeftijdsgroep van 46 jaar en ouder hebben in het algemeen minder omkijken naar hun kinderen, omdat deze kinderen meestal al ouder en zelfstandiger zijn (Hoebeginik, 2022).

Analyse

Voor alle analyses is gebruik gemaakt van het statistische computerprogramma SPSS. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en de deelvragen is er eerst gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Dit om de gegevens op een overzichtelijke manier samen te vatten en om de verdeling van de gegevens zo goed mogelijk weer te geven. Iedere variabele is afzonderlijk bekeken. Allereerst zijn alle bruikbare waarden uit de dataset in een frequentietabel gezet. Voor de dichotome variabelen: het ouderschap, gender en leeftijd is er gekeken naar de percentages. Daarna is er gekeken naar het gemiddelden en de standaarddeviatie van de deze dichotome variabelen op de OQ-45 scores. Na de beschrijvende statistiek is er over gegaan op inferentiële statistiek.

Er is hierbij gekozen voor de volgende analyses: in het eerste gedeelte van de analyse is er door middel van een enkelvoudige regressieanalyse gekeken naar de samenhang tussen ouderschap en de ernst van de psychische klachten. Zodat de uitkomst van de afhankelijke variabele, de score op de OQ-45, voorspelt kon worden aan de hand van de onafhankelijke variabele, het ouderschap. De bijbehorende formule zag er als volgt uit: $Y = a + bX$. In dit geval: de ernst van de psychische klachten = $A + \text{Ouderschap} * B$. A is het startpunt van de regressielijn, ook wel de constante genoemd. B is de regressiecoëfficiënt. Na het schatten van dit model is er gekeken naar de regressiecoëfficiënt, het 95% betrouwbaarheidsinterval en de R-square. Om de significantie van de samenhang te beoordelen is er een alfa-niveau van 0,05

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

gehanteerd. Wanneer de p-waarde kleiner zou zijn dan het alfa-niveau was de associatie statistisch significant.

In het tweede gedeelte van de analyse is er een regressieanalyse met een moderatoreffect gebruikt. Met een moderatie-analyse is onderzocht of de samenhang tussen de onafhankelijke variabele X en een afhankelijke variabele Y door een moderator M werd beïnvloed. In dit geval dus of de invloed van het ouderschap (X) op de OQ-45 (Y) beïnvloed werd door de moderator gender (M). Het regressiemodel zag er als volgt uit: $Y = a + b_1 * X_1 + b_2 * M_2 + b_3 (X * M)$. Vervolgens werd bekeken of de coëfficiënt van de interactieterm b_3 statistisch significant was. Het is statistisch significant bij $P < 0,05$. Wanneer het statistisch significant zou zijn, betekende dit dat er sprake zou zijn van een moderatie effect en zou er overgegaan worden op gestratificeerde analyse om inzicht te krijgen in het effect. Er zou dan met een regressieanalyse gekeken worden hoe de samenhang was in de groep vaders en hoe de samenhang in de groep moeders was. Dit om een beeld te krijgen van hoe dit verschil er dan uit zou zien tussen de twee groepen.

In de laatste analyse is er wederom gebruik gemaakt van een regressieanalyse met een moderatoreffect, met de variabele leeftijd als moderator. Dit om na te gaan of de leeftijd van de participanten (M) de samenhang tussen het ouderschap (X) en de score op de OQ-45 (Y) beïnvloed. Hierbij is leeftijd als een dichotome variabele meegenomen. De formule zag er als volgt uit $Y = a + b_1 * X_1 + b_2 * M_2 + b_3 (X * M)$. Vervolgens is er gekeken of de coëfficiënt van de interactieterm b_3 statistisch significant is. Het is statistisch significant bij $P < 0,05$. Wanneer het statistisch significant was werd er overgegaan op gestratificeerde analyse. Dit om te kijken hoe het effect per leeftijdsgroep verschilt. Hiervoor is nog een keer apart in de twee verschillende leeftijdsgroepen de regressieanalyse met ouderschap als onafhankelijke variabele en de OQ-45 score als afhankelijke variabele uitgevoerd.

Om door middel van lineaire regressies tot een goede schatting van de regressiecoëfficiënten te komen, moest de data aan de volgende assumpties voldoen: lineariteit, onafhankelijkheid, normaliteit en homoscedasticiteit, Al deze assumpties werden gecontroleerd, want pas als deze kloppen konden er juiste conclusies getrokken worden. De assumptie lineariteit werd gecheckt door een scatterplot te maken waarbij het ouderschap tegen de OQ-45 score werd afgezet. Als er een rechte lijn door de punten te trekken viel, dan was er sprake van een lineair verband. De assumptie onafhankelijkheid is niet te testen, maar is nagegaan door kritisch naar de steekproef te kijken. De afhankelijke variabele, ernst van psychische klachten, werd gemeten met behulp van de OQ-45 scores. De onafhankelijke variabele ouderschap werd gemeten met een afzonderlijk instrument, namelijk doordat de

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

participanten aangaven of ze wel of geen kinderen hebben. Dit waarborgt dat er geen overlap is in de metingen van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen, waardoor er direct werd voldaan aan de assumptie van onafhankelijkheid. Bij een regressieanalyse moeten de residuen normaal verdeeld zijn. De normaliteit is beoordeeld aan de hand van het maken van een histogram en een P-P-plot van de residuen. Als uit het histogram en het P-P-plot zou blijken dat de residuen niet normaal verdeeld zouden zijn zou er geprobeerd worden om de afhankelijke variabele te transformeren en de analyse opnieuw te doen. Om de assumptie homoscedasticiteit te checken werd er een scatterplot van de residuen gemaakt om te kijken of de variantie van de residuen gelijk was. Als er sprake was van heteroscedasticiteit zou er geprobeerd worden om de afhankelijke variabele te transformeren, als dat niet werkte zou er een regressieanalyse met robuuste standaard errors uitgevoerd worden.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De steekproef bestond uit 2571 participanten. De steekproef bestond uit meer vrouwen (N=1526; 59.4%) dan mannen (N=1045; 40.6%). Van de 2571 mensen had 2567 ingevuld of ze wel of geen kinderen hebben (99.8%). Hiervan hebben 1126 mensen geen kinderen (43.9%) en 1441 mensen hebben wel kinderen (56.1%). Van de 1043 mannen heeft 555 wel kinderen (53.2%) en van de 1524 vrouwen heeft 886 wel kinderen (56.8%). In Tabel 1 zijn de gemiddelde scores en standaarddeviaties te zien op de OQ-45 per geslacht en per het hebben van wel of geen kinderen. De getallen in Tabel 1 laten zien dat mannen gemiddeld lager scoren op de OQ-45 dan vrouwen. Daarnaast is te zien dat mensen met kinderen gemiddeld lager scoren op de OQ-45 dan mensen zonder kinderen. Tot slot is in Tabel 2 te zien dat de twee verschillende leeftijdsgroepen bestonden uit de volgende aantallen mensen: De eerste groep van 18 tot 45 jaar bestond uit 1592 mensen (61.9%) en de tweede groep van 46 jaar en ouder bestond uit 979 mensen (38.1%).

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

Tabel 1*Gemiddelde OQ-45 totaalscores per gender en ouderschap*

Gender	Heeft u kinderen?	Gemiddelde	N	St. Deviatie
Total	Nee	81.0	1066	25.9
	Ja	77.6	1291	26.3
	Total	79.1	2357	26.2
Man	Nee	78.2	464	27.8
	Ja	75.4	497	27.2
	Total	76.8	961	27.5
Vrouw	Nee	83.2	602	24.3
	Ja	78.9	794	25.6
	Total	80.8	1396	25.2

Tabel 2*Gemiddelde OQ-45 totaalscores per geslacht en leeftijdsgroep*

Leeftijdsgroepen	Gender	Gemiddelde	N	St. Deviatie
Total	Man	76.8	963	27.5
	Vrouw	80.8	1398	25.2
	Total	79.1	2361	26.2
18 t/m 45 jaar	Man	78.5	571	26.6
	Vrouw	82.1	960	24.0
	Total	80.7	1531	25.1
46+	Man	74.2	392	28.7
	Vrouw	77.9	438	27.3
	Total	76.2	830	28.0

Inferentiële statistiek

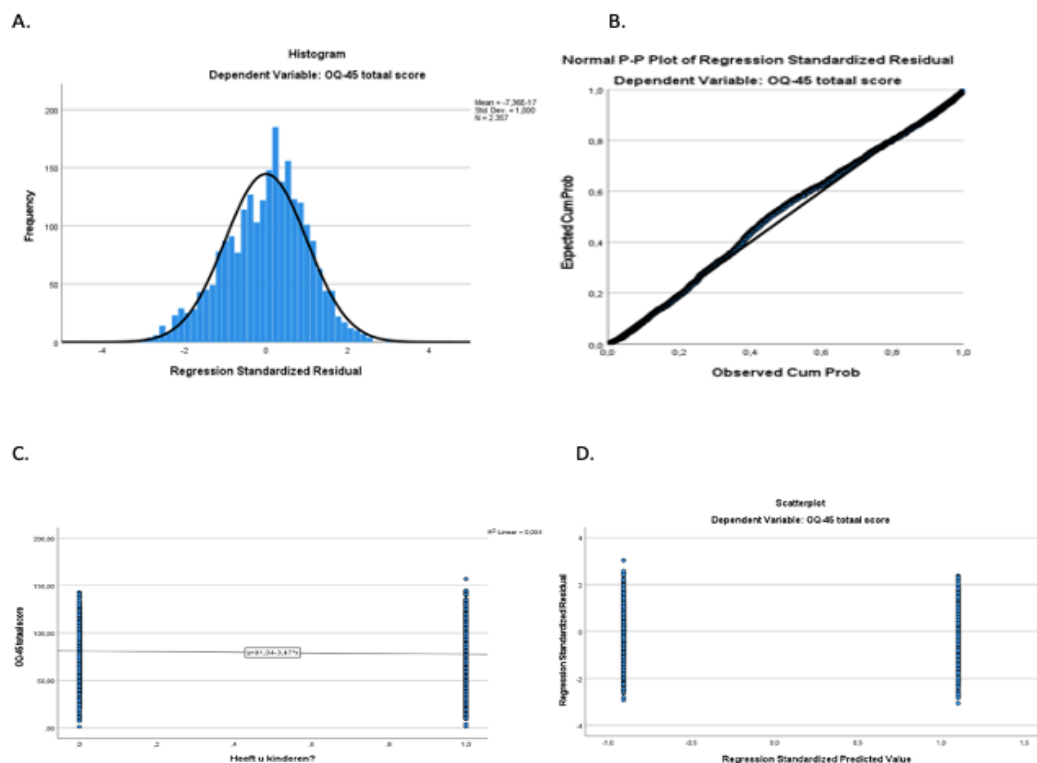
Voordat er een enkelvoudige lineaire regressie uitgevoerd kon worden voor de variabelen ouderschap en ernst van psychische klachten werd de assumptie lineariteit gecheckt. Dit doormiddel van een scatterplot (zie Figuur 1C) van de gegevens. De scatterplot (zie Figuur 1C) toont een duidelijke lineaire trend tussen de variabelen ouderschap en ernst van psychische klachten. De punten lijken over het algemeen langs een rechte lijn te liggen, wat de aanname van lineariteit ondersteunt. Na de analyse is doormiddel van een histogram (zie Figuur 1A) en een P-P Plot van de residuen (Figuur 1B) de normaliteit gecheckt. Het histogram (Figuur 1A) vertoont een symmetrische verdeling wat suggereert dat de residuen normaal verdeeld zijn. Dit wordt verder bevestigd door het P-P plot van de residuen (Figuur 1B), waar de punten redelijk langs de diagonale lijn liggen, wat aangeeft dat de residuen de normale verdeling volgen. Tot slot is door middel van een scatterplot van de residuen de

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

assumptie homoscedasticiteit (Figuur 1D) gecheckt. Het scatterplot van de residuen (zie Figuur 1D) laat geen systematisch patroon zien in de spreiding van de residuen over de voorspelde waarden. Er lijkt geen toenemende of afnemende spreiding te zijn naarmate de voorspelde waarden toenemen wat wijst op homoscedasticiteit. Deze bevindingen geven aan dat aan alle assumpties is voldaan.

Figuur 1

Plots om de assumpties te controleren van de enkelvoudige regressieanalyse met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele



Legenda:

- 1A. Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores
- 1B. P-P Plot van gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores
- 1C. Scatterplot van de relatie tussen de variabelen Ouderschap en de OQ-45 scores
- 1D. Scatterplot van de residuen tegen de voorspelde OQ-45 scores

Tabel 3

Enkelvoudige regressieanalyse met de OQ45-score als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele

Model	B	Sig.	95% Betrouwbaarheidsinterval voor B		
			R-kwadraat	Ondergrens	Bovengrens
1			0.004		
Constante	81.0	0.000		79.5	82.6
Ouderschap	-3.5	0.001		-5.6	-1.3

Uit Tabel 3 blijkt dat het hebben van kinderen significant samenhangt met ernst van psychische klachten ($p < .001$). Het percentage variantie in de afhankelijke variabele ernst op psychische klachten werd voor 0.4 % verklaard door het hebben van wel of geen kinderen ($R^2 = 0.004$). Dit is een klein percentage. De regressievergelijking ziet er als volgt uit: De ernst van de psychische klachten = $81 - 3.5 * 1$ bij het hebben van kinderen en bij het niet hebben van kinderen: De ernst van de psychische klachten = $81 - 3.5 * 0$. Dat betekent dat mensen met kinderen gemiddeld 3.5 punt lager scoren op de OQ-45 dan mensen zonder kinderen.

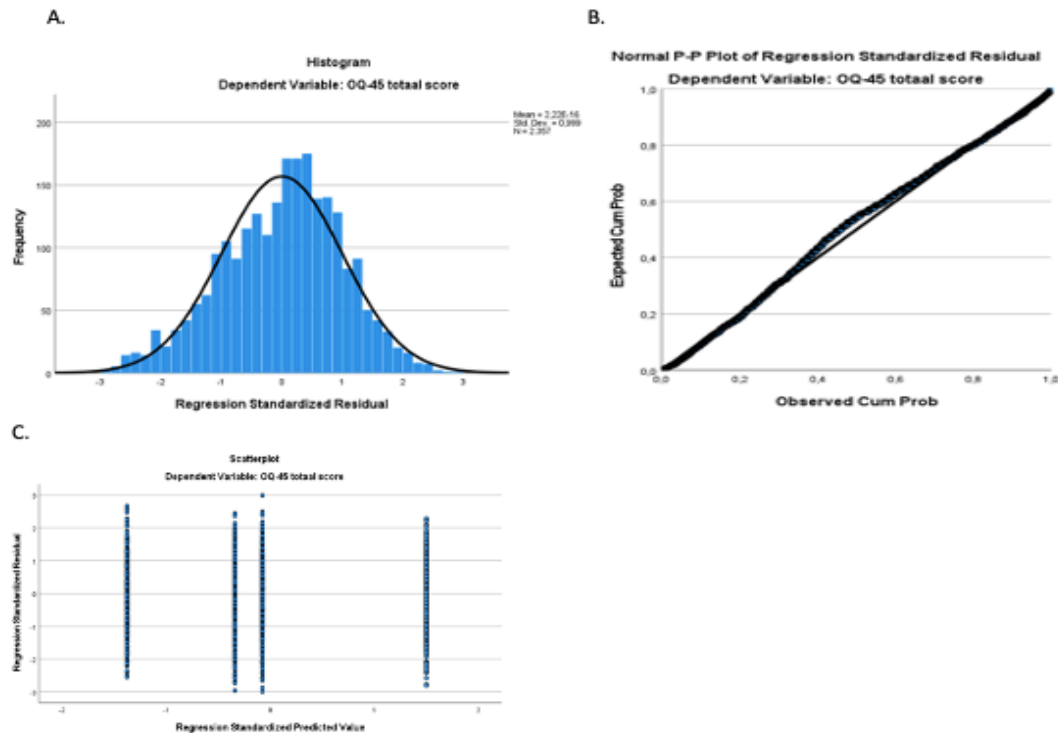
Als tweede analyse is er een moderatie-analyse uitgevoerd om te kijken of de samenhang tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele door gender werd beïnvloed. Voordat de moderatie-analyse uitgevoerd kon worden is de assumptie lineariteit gecontroleerd. De assumptie van lineariteit bij een moderatie houdt in dat de interactieterm tussen X (ouderschap) en de moderator (gender) een lineair effect heeft op Y (OQ-45-score). De assumptie lineariteit gaat hier direct op, aangezien ouderschap en gender dichotome variabelen zijn. De interactie tussen dichotome variabelen is namelijk consistent met een lineair effect op de afhankelijke variabele.

Om de andere assumpties te controleren werd na de analyse eerst nagegaan aan de hand van een histogram of er aan de assumptie normaliteit werd voldaan. Hier werd aan voldaan, want het histogram (zie Figuur 2A) toonde een symmetrische verdeling. Daarna is de assumptie homoscedastiteit beoordeeld via een P-P Plot (zie Figuur 2B) en een scatterplot van de residuen (zie Figuur 2C). Aan de assumptie werd voldaan, want beide figuren laten geen systematisch patroon zien in de spreiding van de residuen over de voorspelde waarden.

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

Figuur 2

Plots om de assumpties te controleren van de moderatie-analyse gender met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele

**Legenda:**

- 2A. Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 scores, gemodereerd door gender
 2B. P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores, gemodereerd door gender
 2C. Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores, gemodereerd door gender

Tabel 4

Moderatie-analyse van gender op de relatie tussen ouderschap en de OQ-45-score

Model	B	Sig.	95% Betrouwbaarheidsinterval voor B		
			R-kwadraat	Ondergrens	Bovengrens
3			.011		
Constante	73.2	<.001		68.0	78.4
Ouderschap	-1.4	.711		-8.5	5.8
Gender	5.0	.002		1.8	8.2
Ouderschap*Gender	-1.5	.505		-5.8	2.8

Uit Tabel 4 blijkt dat de formule als volgt is: De ernst van de psychische klachten = $73.2 - 1.4 * \text{ouderschap} + 5.0 * \text{gender} - 1.5 * \text{ouderschap} * \text{gender}$. Het moderatie-effect is niet significant ($p = .505$). Dit betekent dat er geen statisch bewijs is voor een moderatie-effect.

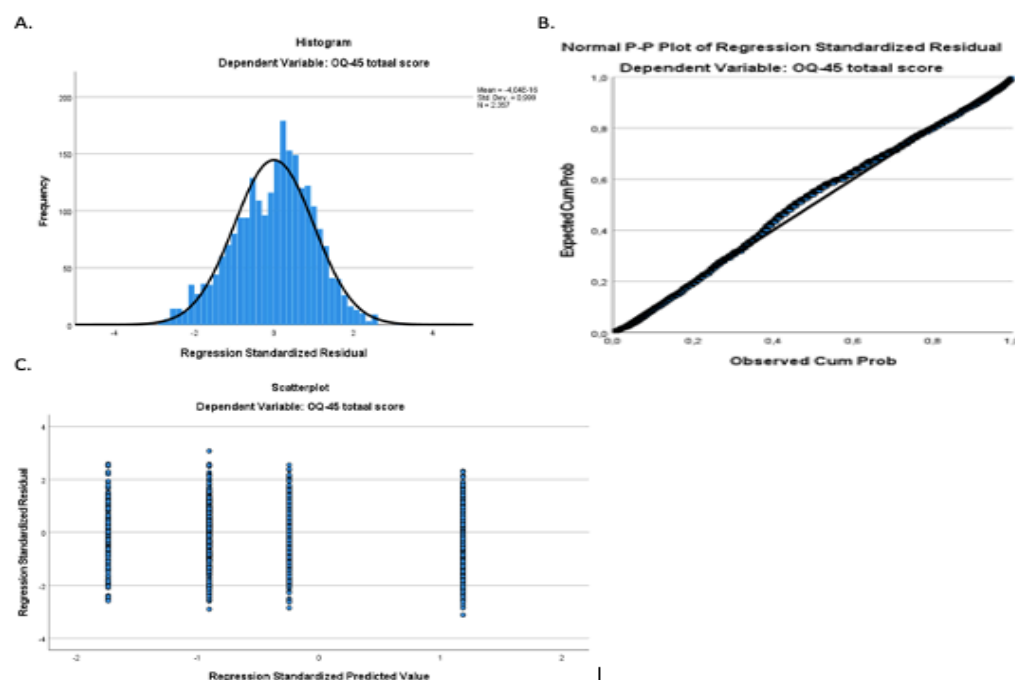
Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

Het betekent dat gender geen aanvullend effect heeft op het verband tussen ouderschap en de OQ-45. De verklaarde variantie van het model is laag 1.1% ($R^2=.011$). Dit geeft aan dat de variabelen ouderschap en gender in het model slechts een klein deel van de variantie in de afhankelijke variabele OQ-45 verklaren.

Als derde analyse is er een moderatie-analyse met de gedichotomiseerde variabele leeftijd uitgevoerd. Voordat de moderatie-analyse uitgevoerd kon worden is de assumptie lineariteit gecontroleerd. De assumptie lineariteit gaat hier weer direct op, aangezien leeftijd ook meegenomen is als een dichotome variabele. De assumpties normaliteit werd weer als eerste gecheckt door middel van een histogram (zie Figuur 3A). Hier werd aan voldaan, want het histogram (zie Figuur 3A) toonde weer een symmetrische verdeling. Daarna is weer de assumptie homoscedastiteit gecheckt via een P-P Plot (zie Figuur 3B) en een scatterplot van de residuen (zie Figuur 3C). Aan deze assumptie werd ook voldaan, want beide figuren lieten weer geen systematisch patroon zien in de spreiding van de residuen over de voorspelde waarden.

Figuur 3

Plots om de assumpties te controleren van de moderatie-analyse leeftijd met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele



Legenda:

- 3A. Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 scores, gemiddeld door leeftijd
- 3B. P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores, gemiddeld door leeftijd
- 3C. Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores, gemiddeld door leeftijd

Tabel 5*Moderatie-analyse van leeftijd op de relatie tussen ouderschap en de OQ-45-score*

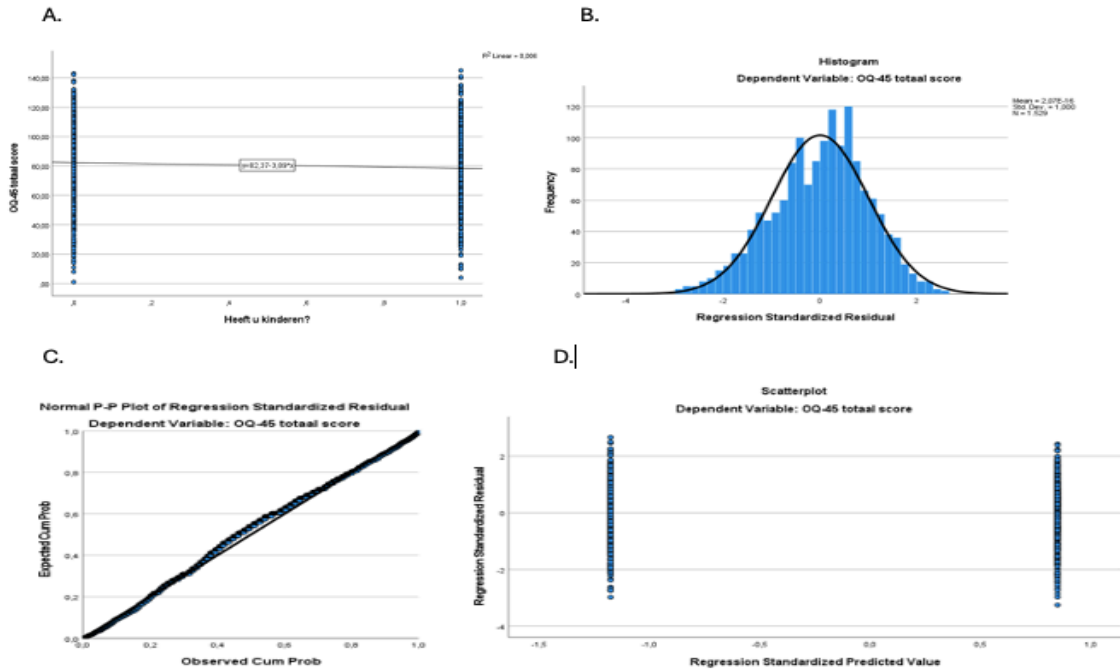
Model	B	Sig.	95% Betrouwbaarheidsinterval voor B		
			R-kwadraat	Ondergrens	Bovengrens
3			.011		
Constante	90.3	<.001		85.2	95.5
Ouderschap	-10.0	.004		-16.9	-3.2
Leeftijd	-7.9	<.001		-12.2	-3.7
Ouderschap*Leeftijd	6.2	.018		1.1	11.2

Uit Tabel 5 blijkt dat de verklaarde variantie van het model laag is ($R^2=.011$). Dit geeft aan dat de variabelen ouderschap en leeftijd in het model slechts een klein deel van de variantie in de OQ-45 kunnen verklaren. Het moderatie-effect is echter wel significant ($p<.018$). Dit impliceert dat de relatie tussen ouderschap en de OQ-45 score wordt gemodereerd door de leeftijdsgroepen. Het moderatie-effect impliceert dat als leeftijd toeneemt, neemt het effect van ouderschap op de OQ-45 toe. Om specifiek te onderzoeken hoe het effect van ouderschap op de score van de OQ-45 verschilt tussen de twee leeftijdsgroepen zijn er twee gestratificeerde analyses uitgevoerd. In de groep 18 t/m 45 jaar is de enkelvoudige regressieanalyse tussen de OQ-45 en ouderschap weer uitgevoerd en daarna is deze ook weer apart uitgevoerd in de groep van 46 jaar en ouder.

Voordat de regressieanalyse in de leeftijdsgroep van 18 t/m 45 jaar uitgevoerd kon worden werd hier de assumptie lineariteit wel weer voor gecheckt. Dit doormiddel van een scatterplot (zie Figuur 4A). Het scatterplot (zie Figuur 4A) toont ook in deze leeftijdsgroep een duidelijke lineaire trend tussen de variabelen ouderschap en ernst van psychische klachten. Daarna zijn weer eerst de assumpties normaliteit en homoscedasticiteit gecheckt. De assumpties normaliteit werd weer als eerste gecheckt door middel van een histogram (zie Figuur 4B). Hier werd aan voldaan, want het histogram (zie Figuur 4B) toonde hier ook weer een symmetrische verdeling. Daarna is weer de assumptie homoscedasticiteit gecheckt via een P-P Plot (zie Figuur 4C) en een scatterplot van de residuen (zie Figuur 4D). Aan deze assumptie werd ook voldaan, want beide figuren lieten ook weer geen systematisch patroon zien in de spreiding van de residuen over de voorspelde waarden.

Figuur 4

Plots om de assumpties te controleren van de enkelvoudige regressieanalyse in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele



Legenda:

- 4A. Scatterplot van de relatie tussen de variabelen Ouderschap en de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar
- 4B. Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar
- 4C. P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar
- 4D. Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar

Tabel 6

Enkelvoudige regressieanalyse in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar met de OQ45-score als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele

Model	B	Sig.	95% Betrouwbaarheidsinterval voor B		
			R-kwadraat	Ondergrens	Bovengrens
1			0.006		
Constante	82.4	.000		80.7	84.0
Ouderschap	-3.9	.003		-6.4	-1.4

Uit Tabel 6 komt naar voren dat ouderschap statistisch significant geassocieerd is met de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar ($p < .003$). De negatieve coëfficiënt ($B = -3.9$) voor ouderschap suggereert dat ouderschap geassocieerd is met lagere OQ-45 scores in deze leeftijdsgroep. Het model verklaart 0.6% van de variabiliteit in de afhankelijke

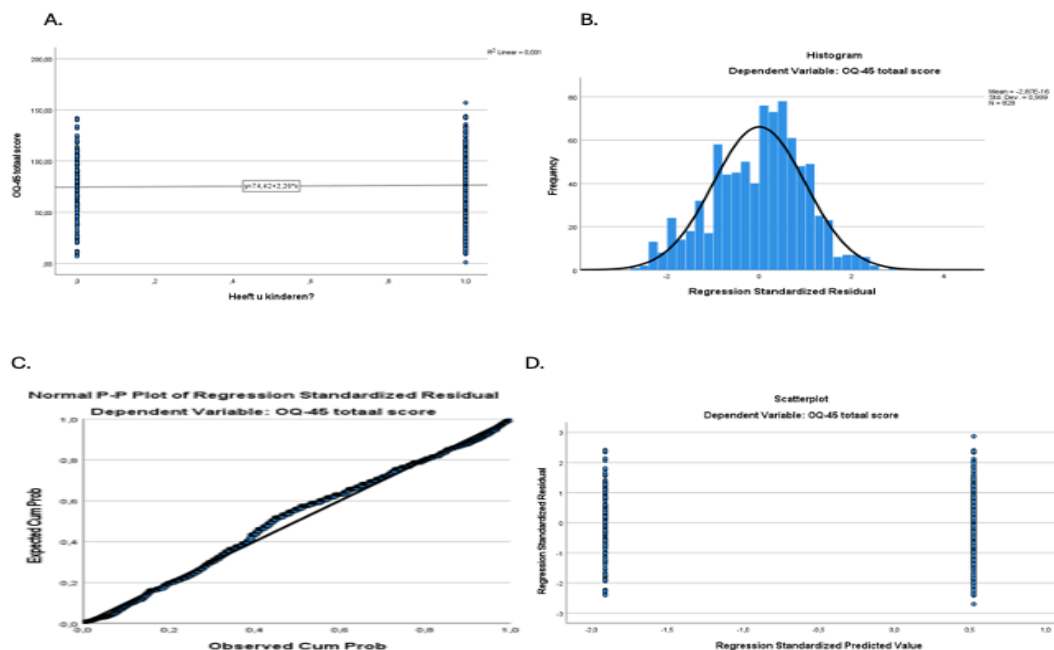
Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

variabele OQ-45 ($R^2 = .006$). Dit geeft aan dat het model slechts een erg klein deel van de variantie in de OQ-45 scores kan verklaren.

Tot slot is er gekeken naar de lineaire regressieanalyse in de leeftijdsgroep 46+. Voordat de regressieanalyse in de leeftijdsgroep van 46+ uitgevoerd kon worden werd hier de assumptie lineariteit ook weer gecheckt. Dit doormiddel van een scatterplot (zie Figuur 5A). Het scatterplot (zie Figuur 5A) toont ook in deze leeftijdsgroep een duidelijke lineaire trend tussen de variabelen ouderschap en ernst van psychische klachten. Daarna werden weer de assumpties normaliteit en homoscedasticiteit gecheckt. De assumptie normaliteit werd weer gecheckt door middel van een histogram (zie Figuur 5B). Hier werd aan voldaan, want het histogram (zie Figuur 5B) toonde hier weer een symmetrische verdeling. Daarna is weer de assumptie homoscedasticiteit gecheckt via een P-P Plot (zie Figuur 5C) en een scatterplot van de residuen (zie Figuur 5D). Aan deze assumptie werd ook voldaan, want beide figuren lieten weer geen systematisch patroon zien in de spreiding van de residuen over de voorspelde waarden.

Figuur 5

Plots om de assumpties te controleren van de enkelvoudige regressieanalyse in de leeftijdsgroep in de leeftijdsgroep 46+ met de OQ-45 als afhankelijke variabele en het ouderschap als onafhankelijke variabele



Legenda:

- 5A. Scatterplot van de relatie tussen de variabelen Ouderschap en de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 46+
- 5B. Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 46+
- 5C. P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 46+
- 5D. Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 46+

Tabel 7

Enkelvoudige regressieanalyse in de leeftijdsgroep 46+ met de OQ45-score als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele

Model	B	Sig.	95% Betrouwbaarheidsinterval voor B		
			R-kwadraat	Ondergrens	Bovengrens
1			.001		
Constante	74.4	<.001		70.3	78.5
Ouderschap	2.3	.340		-2.4	6.9

Uit Tabel 7 komt naar voren dat ouderschap niet statistisch significant geassocieerd is met de OQ-45 scores in de leeftijdsgroep 46 jaar en ouder ($p > .340$). Daarnaast zou in deze leeftijdsgroep de score op de OQ-45 juist hoger worden ($B = 2.3$) wanneer participanten wel kinderen hebben. Het model verklaart 0.1% van de variabiliteit in de afhankelijke variabele OQ-45 ($R^2 = .001$). Dit geeft aan dat ouderschap slechts een heel erg klein deel van de variantie in de OQ-45 scores kan verklaren.

Het moderatie-effect is in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar wel significant, maar niet in de leeftijdsgroep van 46+. Dit duidt op een differentiële moderatie-effect tussen de twee leeftijdsgroepen. De invloed van de moderator (leeftijd) op de relatie tussen de onafhankelijke variabele ouderschap en de afhankelijke variabele OQ-45 verschilt tussen de leeftijdsgroepen.

Discussie

Het doel van de studie was om te onderzoeken wat de samenhang is tussen ouderschap en de ernst van psychische klachten bij GGZ-patiënten met angst- en/of stemmingsstoornissen, met mogelijke modererende effecten van gender en leeftijd. Er was geen verwachting over de samenhang tussen ouderschap en de ernst van psychische klachten gemaakt. Op basis van eerdere bevindingen werd er wel verwacht dat ouderschap sterker zou samenhangen met de ernst van psychische klachten bij vrouwen dan bij mannen en meer bij jongere ouders dan bij oudere ouders.

Belangrijkste bevindingen

Uit de resultaten blijkt dat ouderschap een klein positief significant effect heeft op het psychisch welzijn, met een lage effectgrootte ($R\text{-square} = 0.004$). De verwachting over de invloed van gender werd niet bevestigd, aangezien er geen significantie moderatie met gender is gevonden. Leeftijd blijkt wel een significante moderator. In de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

is er een kleine positieve associatie tussen ouderschap en afname van psychische klachten, terwijl dit effect niet significant was voor de leeftijdsgroep 46+.

Interpretatie van de resultaten en de vergelijking met eerdere studies

Een mogelijke verklaring voor het kleine positief effect van ouderschap op het psychische welzijn van mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis kan zijn dat het ouderschap op mensen met psychische aandoeningen een verrijkende invloed op hun dagelijks leven kan hebben. De verantwoordelijkheden van het ouderschap, zoals zorgen voor een kind, kunnen namelijk een doel geven en dagelijkse structuur bieden (Van der Ende et al., 2016). Dit gevoel van doelgerichtheid en structuur kan bijdragen aan een positiever psychisch welzijn (Van der Ende et al., 2016). Een tweede mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat het opvoeden van kinderen vaak gepaard gaat met positieve sociale interacties met bijvoorbeeld andere ouders en familieleden (Bassett et al., 1999). Dit kan leiden tot een gevoel van verbondenheid en ondersteuning, wat gunstig kan zijn voor het psychische welzijn (Bassett et al., 1999). Het is hierbij belangrijk om op te merken dat de effect grootte klein is. Dit geeft aan dat het grootste deel van de variabiliteit in het psychische welzijn niet wordt verklaard door het ouderschap. Het psychische welzijn van mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis is waarschijnlijk dan ook een complex samenspel van verschillende factoren.

De huidige bevinding dat gender geen moderator is komt niet overeen met de verwachting. Een mogelijke inhoudelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat door de jaren heen er meer een gelijke verdeling van ouderlijke verantwoordelijkheden is ontstaan (Craig, 2006). Deze ontwikkeling heeft mogelijk geleid tot een gelijkmatigere verdeling van de uitdagingen en voldoeningen van het ouderschap tussen mannen en vrouwen. Hierdoor zou het effect van het ouderschap op het psychische welzijn vergelijkbaar kunnen zijn voor mannen en vrouwen (Lyubomirsky et al., 2005). Een methodologische verklaring voor het ontbreken van een significant moderatie-effect van gender in het onderzoek kan zijn door de manier waarop de variabelen het ouderschap en de ernst van de psychische klachten gemeten zijn. De meting van het ouderschap is beperkt tot het hebben van wel of geen kinderen. Dit legt onvoldoende de complexiteit van ouderschap vast. Hierdoor zijn belangrijke variabelen die relevant zijn voor de samenhang tussen ouderschap en het psychisch welzijn van de ouders, zoals bijvoorbeeld de ouder-kind relatie, niet meegenomen (Nomaguchi, 2012). Door specifiekere kenmerken van ouderschap mee te nemen, bijvoorbeeld door te vragen naar de ouder-kind relatie, zou er mogelijk een dieper inzicht verkregen kunnen worden in hoe ouderschap het psychische welzijn beïnvloedt en of gender daarin een rol speelt. Daarnaast is

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

voor de ernst van de psychische klachten alleen gekeken naar de OQ-45 totaalscore, terwijl deze bestaat uit sub schalen die verschillende aspecten van het psychische welzijn meten. Hierdoor mist er informatie over welke aspecten van het psychische welzijn worden beïnvloed door ouderschap en ook of er dus gender gerelateerde verschillen zijn op deze gebieden.

De bevinding dat leeftijd een moderator was, was in lijn met de verwachting. De verwachting was dat bij oudere mensen het ouderschap een positiever effect zou hebben op het psychische welzijn dan bij jongere mensen. Deze verwachting is echter verworpen. Er is in de eerste leeftijdsgroep van mensen van 18 t/m 45 jaar een klein positief significant effect van het ouderschap op de ernst van psychische klachten gevonden. Daarnaast is er in de leeftijdsgroep van 46+ geen significant effect gevonden. Dit suggereert dat er leeftijd gerelateerde variaties kunnen zijn. Dit zou kunnen komen doordat de positieve effecten van het ouderschap op het psychische welzijn sterker naar voren komen in de levensfase van 18 t/m 45 jaar, mogelijk als gevolg van dat het ouderschap in die leeftijdscategorie geassocieerd kan worden met het ervaren van positieve levensveranderingen. Zo kan het krijgen van kinderen in deze fase samenvallen met het bereiken van stabiliteit, het vestigen van een gezin en het aangaan van de verantwoordelijkheden van het ouderschap (Umberson et al., 2010). Deze positieve levensveranderingen en gevoelens van doelgerichtheid kunnen volgens Umberson et al. (2010) bijdrage aan een gunstig psychisch welzijn. Dit terwijl ouderschap op latere leeftijd kan samenvallen met andere levensveranderingen, zoals het lege-nestsyndroom, pensionering of gezondheidsproblemen (Saxbe et al., 2018). Deze overgangen kunnen uitdagend zijn en mogelijk de positieve effecten van het ouderschap in de leeftijdsgroep 46+ tenietdoen. Jongere ouders hebben daarnaast mogelijk meer energie om met de fysieke en emotionele eisen van het ouderschap om te kunnen gaan en kunnen hierdoor effectiever omgaan met stress (Aldwin, 1994). Tot slot kunnen jonge ouders vaak rekenen op veel sociale steun wat hun psychische welzijn positief kan beïnvloeden (Bassett et al., 1999). Deze steun kan bijvoorbeeld afkomstig zijn van familieleden, vrienden, andere ouders, scholen en gezondheidsinstanties. Aan de andere kant bij oudere ouders kan er mogelijk een verschuiving van het sociale netwerk plaatsvinden doordat hun kinderen bijvoorbeeld het huis uitgaan. De sociale steun die voorheen werd geboden door de dagelijkse interactie en betrokkenheid bij de kinderen kan dan verminderen (Saxbe et al., 2018). Dit kan er volgens Saxbe et al. (2018) voor zorgen dat ouders zich geïsoleerder voelen dit kan een negatieve impact hebben op hun psychische welzijn.

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

In de leeftijdsgroep 46+ lijkt ouderschap dus geen effect te hebben op de OQ-45 scores. De eerst mogelijke methodologische verklaring hiervoor kan zijn dat de steekproefgrootte kleiner is in de leeftijdsgroep 46+ dan in de leeftijdsgroep 18 t/m 45 jaar. Met een beperkt aantal deelnemers kan de statistische power van het onderzoek afnemen. Bij een kleinere steekproef kan het moeilijker zijn om een significant effect te vinden. Een tweede methodologische verklaring kan zijn dat het ligt aan hoe het ouderschap gemeten. Aangezien het meetinstrument niet alle relevante aspecten van het ouderschap omvat kan dit mogelijk het significante effect beïnvloeden. Tot slot kunnen er binnen deze leeftijdsgroep individuen verschillen zijn, waardoor het lastig is om een duidelijk verband tussen het ouderschap en de OQ-45 scores te vinden. Deze verschillen kunnen te maken hebben met verschillende factoren, waaronder bijvoorbeeld de persoonlijke kenmerken van ouders (Belsky & Barends, 2002) en de sociaaleconomische status (Nelson et al., 2014). In dit onderzoek komen deze verschillende factoren niet naar voren. Het is belangrijk om te na te gaan dat deze verschillende factoren mogelijk een rol spelen in de samenhang tussen het ouderschap en het psychische welzijn in deze leeftijdsgroep waardoor er mogelijk geen significant effect is gevonden.

Sterke kanten en beperkingen

Het onderzoek heeft een aantal sterke punten. Het onderzoek bestaat uit een representatieve steekproef die goed aansluit bij de doelgroep dit draagt bij aan de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de bredere context. De keuze voor het gestandaardiseerde en betrouwbare meetinstrument de OQ-45 verhoogt de betrouwbaarheid van de metingen. Daarnaast zijn de statistische analyses correct en zorgvuldig uitgevoerd wat de validiteit van de resultaten vergroot. De nauwkeurige beschrijving van de statistische analyses draagt tot slot bij aan de reproduceerbaarheid van het onderzoek en vergroot de transparantie van het onderzoek.

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Zo hangt de ernst van de psychische klachten bij mensen waarschijnlijk van meer factoren af dan alleen het ouderschap bijvoorbeeld aan de sociaaleconomische status en de gehele gezinssituatie (Van Gameren, 2005). Deze verschillende factoren zijn niet meegenomen daardoor kan het zijn dat de effecten die aan ouderschap worden toegeschreven eigenlijk het resultaat zijn van andere, niet-gecontroleerde variabelen. Het gebrek aan controle over deze andere factoren vermindert de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten, waardoor voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren en het generaliseren van de bevindingen. De samenhang tussen ouderschap

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

en psychische klachten is dan ook complex en kan beïnvloed worden door de interactie van meerdere variabelen.

De manier waarop de variabelen ouderschap en de ernst van psychische klachten gemeten zijn kan van invloed zijn op de resultaten en de interpretatie ervan. Aangezien verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het ouderschap en de verschillende scores op de sub schalen van de OQ-45 niet meegenomen worden in dit onderzoek. Het ontbreken van deze informatie over ouderschap en de psychische klachten zorgt ervoor dat de samenhang tussen ouderschap en de ernst van de psychische klachten onnauwkeurig kan zijn. De resultaten kunnen daardoor vertekend zijn. Daarnaast is de eenmalige meting van de OQ-45 een momentopname en geeft het niet de volledige ouderlijke ervaring weer.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Om een begrip te krijgen van de langetermijneffecten van ouderschap op de psychische klachten, zou toekomstig onderzoek kunnen profiteren van herhaalde metingen over een bepaalde periode. Dit zou niet alleen helpen de samenhang tussen het ouderschap en de psychische klachten beter te begrijpen, maar ook in de tijd te kunnen volgen. Het is daarnaast nodig dat in toekomstig onderzoek gekeken wordt naar externe factoren die het ouderschap kunnen beïnvloeden. Deze externe factoren kunnen verder inzicht bieden in de complexiteit van deze samenhang. Het uitbreiden naar deze factoren zou kunnen bijdragen aan een beter begrip van de invloeden op de psychische klachten van ouders wat kan bijdrage aan de ontwikkeling van doelgerichte interventies en beleidsmaatregelen.

Conclusie

Op basis van de bevindingen van het onderzoek kan ten aan zien van de onderzoeksvraag geconcludeerd worden dat ouderschap een klein positief effect heeft op het psychische welzijn van mensen met angst- en/of stemmingsstoornissen. De samenhang wordt gemodereerd door leeftijd, wat wijst op leeftijdsspecifieke variaties. De bevindingen van het onderzoek benadrukken de complexiteit van de samenhang tussen ouderschap en de ernst van de psychische klachten bij mensen met een angst en/of stemmingsstoornis. De beperkingen van het onderzoek benadrukken de noodzaak van vervolgonderzoek om zo een beter inzicht hierin te krijgen.

Literatuurlijst

- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society*, 84 (1), 109-118.
<https://doi.org/10.1606/1044-3894.69>
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Awram, R., Hancock, N., & Honey, A. (2017) Balancing mothering and mental health recovery: the voices of mothers living with mental illness. *Advances in Mental Health*, 15(2), 147-160. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1255149>
- Bassett, H., Lampe, J., & Lloyd, C. (1999). Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8(6), 597-604.
<https://doi.org/10.1080/09638239917067>
- Barnett, R.C., & Baruch, G. (1987). Determinants of fathers' participation in family work. *Journal of Marriage and the family*, 49(1), 29-40. <https://doi.org/10.2307/352667>
- Belsky, J., & Barends, N. (2002). Personality and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Being and becoming a parent* (2e ed., pp. 415–438). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bucx, F., & De Roos, S. (2011). Opvoeden in Nederland. In: F. Bucx (Red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (pp. 35-61). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Kinderen krijgen. *Levensloop*. Geraadpleegd op 20 november 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/levensloop/kinderen-krijgen#:~:text=In%201970%20waren%20ze%20gemiddeld,gemiddeld%2031%2C7%20jaar%20oud>.
- Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share? A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender and Society*, 20(2), 259–281. <https://doi.org/10.1177/0891243205285212>
- Crouter, A.C., Helms-Erikson, H., Updegraff, K., & McHale, S.M. (1999). Conditions underlying parents' knowledge about children's daily lives in middle childhood: Between- and within-family comparisons. *Child Development*, 70(1), 246-259.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00018>
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1988). Changes in marriage during the transition to

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

- parenthood: must we blame the baby? In G. Y. Michaels, & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: current theory and research* (pp. 114–154). New York: Cambridge University Press.
- De Jong, K., Nutger, M.A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: across-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14*(4), 288-301. <https://doi.org/10.1002/cpp.529>
- Eibach, R. P., & Mock, S. E. (2011). Idealizing Parenthood to Rationalize Parental Investments. *Psychological Science*, *22*(2), 203-208. <https://doi.org/10.1177/0956797610397057>
- Evenson, R. J., & Simon, R. W. (2005). Clarifying the relationship between parenthood and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(4), 341-358. <https://doi.org/10.1177/002214650504600403>
- Galinsky, E. (1987). *The six stages of parenthood*. Boston: Da Capo Press.
- Hoebeginik. (2022). Doelgroepen leeftijd, welke doelgroepen zijn er? *Marketing*. Geraadpleegd op 20 november 2023, van: <https://hoebeginik.nl/doelgroepen-leeftijd/>
- Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard L.M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis. *BMC Psychiatry*, *13*(120). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-120>
- Kupferberg, A, Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral*, *69*(1), 313-332. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leijdesdorff, S., Van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & Van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up-to-date narrative review. *Current opinion in psychiatry*, *30*(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect:

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

- Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803–855.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less wellbeing? *Psychological Bulletin*, 140(3), 846-895. <https://doi.org/10.1037/a0035444>
- Nelson-Coffey, S. K., Killingsworth, M., Layous, K., Cole, S. W., & Lyubomirsky, S. (2019). Parenthood is associated with greater wellbeing for fathers than mothers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(9), 1378-1390.
<https://doi.org/10.1177/0146167219829174>
- Nomaguchi, K.M. (2012). Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent-child relationship quality. *Social Science Research*, 41(2), 489-498. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.08.001>
- Nys, K. (2010). Groepswerk met ouders in perspectief: Hoe kwetsbare ouders elkaar steun bieden. Uitgeverij SWP.
- Perera, N., 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>
- Petch, J., & Halford, W. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1125-1137.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.005>
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., & Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychological Association*. 73(9), 1190-1200. <https://doi.org/10.1037/amp0000376>
- Schoen, R., & Derksen, J. (2011). Praktische vergelijkingen van uitkomstinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 31(2), 209-248.
<https://doi.org/10.1007/s12433-011-0012-3>
- Simon, G. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54(3), 208-215. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00420-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00420-7)
- Simon, R.W. (1995). Gender, multiple roles, role meaning, and mental health. *Journal of Health Social Behavior*, 36(2), 182-194. <https://doi.org/10.2307/2137224>
- Simoons, M., Ruhé H. G., Van Roon E. N., Schoevers R. A., Bruggeman, R., Cath, D. C., Muis, D., Arends, J., Doornbos, B., & Mulder, H. (2019). Design and methods of the

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

- 'monitoring outcomes of psychiatric pharmacotherapy' (MOPHAR) monitoring program - a study protocol. *BMC Health Services Research* 19 (125).
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3951-2>
- Thompson, S. D., & Walker A. C. (2004). Satisfaction With Parenting: A Comparison Between Adolescent Mothers and Fathers. *Sex Roles*, 50(9-10) 677- 687.
<https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000027569.27653.8e>
- Trimbos, (2023). Psychische aandoeningen in de algemene bevolking. Cijfers psychische gezondheid. Geraadpleegd op 1 oktober 2023, van
[https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/#:~:text=Bijna%20de%20helft%20\(48%25\),kwart%20van%20de%20volwassene n%20voor.](https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/#:~:text=Bijna%20de%20helft%20(48%25),kwart%20van%20de%20volwassene n%20voor.)
- Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 612–629.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x>
- Van der Ende, P. C. (2016). Vulnerable parenting: A study on parents with mental health problems: Strategies and support. [Doctoral Thesis, Hanze University of Applied Sciences Groningen]. Tilburg University Research Portal. Geraadpleegd op 25 november 2023, van
https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/13089277/Van_der_Ende_Vulnerable_09_09_2016.pdf
- Van der Ende, P. C., Van Busschbach, J.T., Nicholson, J., Korevaar, E.L., & Van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 86-97.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12283>
- Van Gameren, S. (2005) *Leven met een psychische zieke ouder*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-313-6545-6_17
- Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (2014). Richtlijn kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 2 december 2023, van https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2016/03/Richtlijn_KOPP.pdf
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M., Van Doesum, K. T. & Janssens, J. M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 473 -484. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0476-9>

Ouderschap en psychische klachten bij GGZ-patiënten

Verhoeven, M., Junger, M., Van Aken, C., Deković, M., & Van Aken, M. A. G. (2007).

Parenting during toddlerhood. Contributions of parental, contextual, and child characteristics. *Journal of Family Issues*, 28(12), 1663-1691.

<https://doi.org/10.1177/0192513X07302098>

Verhulst, F.C. (2017). *De ontwikkeling van het kind*. (11^{de} editie). Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.

Wansink, H. J., Hosman, C. M., Janssens, J. M., Hoencamp, E., & Willems, W. J. (2014).

Preventive family service coordination for parents with a mental illness in the Netherlands. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 216-221.

<https://doi.org/10.1037/prj0000073>

Wenselaar, L. (2015). *KOPP-KVO-kinderen. Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1_1

Zimmerman, T. S. (2000). Marital equality and satisfaction in stay-at-home mother and stay-at-home father families. *Contemporary Family Therapy*, 22(3), 337–354.

<https://doi.org/10.1023/A:1007816725358>