

De associatie tussen ouderschapszorgen en psychische klachten binnen de ggz-populatie

Mirte Boersma, S4223624

Masterthesis Orthopedagogiek

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Eerste beoordelaar: Dr. Klaas J. Wardenaar

Tweede beoordelaar: Mw. Annemarie M.N. Huyghen

29 mei 2025

Aantal woorden: 6995

Abstract

The aim of this study was to understand the association between parenthood and symptom severity in mental healthcare patients, with a specific focus on the role played by parents' level of worry about their child(ren). It also examined whether there were differences between men and women. This study used data collected for the MOPHAR study (n=2.571) and consisted of mental health patients over 18 years of age at GGZ Drenthe. The association between parenthood and symptom severity was examined by means of a simple regression analysis, with age included as a control variable. Symptom severity was measured using the OQ-45. It was then examined whether the degree of concern parents have about their child(ren)'s development and/or upbringing influenced this association. This was done by repeating the single regression analysis several times, each time including both the group of non-parents and the groups of parents who worry rarely, sometimes, regularly or often about their child(ren). To reveal any differences, the analyses were then conducted separately for men and women. The results showed that parenthood was associated with lower symptom severity. Also, parents who rarely or sometimes worry about their children seemed to experience higher wellbeing, while parents who worry regularly or often actually struggle with higher symptom severity than non-parents. In addition, the results for men and women appeared to be about the same, except within the group that worries often; the B-coefficient was here higher for men. However, it is important to note the limitations of this study (e.g. selection bias) and to pay attention to this in any follow-up research.

Samenvatting

Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst bij ggz-patiënten, met specifieke aandacht voor de zorgen die ouders zich maken over hun kind(eren). Tevens werd onderzocht of er verschillen waren tussen mannen en vrouwen. De data zijn afkomstig uit de MOPHAR-studie (n=2.571) en betroffen patiënten boven de 18 jaar van GGZ Drenthe. De associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst bij ggz-patiënten werd onderzocht door middel van een enkelvoudige regressieanalyse, waarbij leeftijd als controle variabele werd meegenomen. Symptoom-ernst werd gemeten door middel van de OQ-45. Vervolgens werd onderzocht of de mate van zorgen van ouders over hun kind(eren) deze associatie beïnvloedde. Dit is gedaan door de enkelvoudige regressieanalyse meerdere keren te herhalen. Hierbij werden telkens zowel de groep niet-ouders als de groepen ouders die zich zelden, soms, regelmatig of vaak zorgen maken meegenomen. Om eventuele verschillen kenbaar te maken zijn de analyses vervolgens apart uitgevoerd voor mannen en vrouwen. De resultaten lieten zien dat ouderschap in het algemeen werd geassocieerd met een lagere symptoom-ernst. Tevens leken ouders die zich zelden of soms zorgen maken over hun kinderen een hoger welzijn te ervaren, terwijl ouders die zich regelmatig of vaak zorgen maken juist kampen met een hogere symptoom-ernst dan niet-ouders. Daarnaast bleken de resultaten voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk te zijn, behalve binnen de groep die zich vaak zorgen maken; bij mannen was de B-coëfficiënt hier hoger. Het is echter van belang om de beperkingen (bv. selectiebias) van dit onderzoek in acht te nemen en hier aandacht aan te besteden in eventueel vervolgonderzoek.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methode.....	9
Populatie.....	9
Procedures	9
Metingen.....	10
Analyse.....	11
Resultaten	13
Beschrijvende statistiek.....	13
Discussie.....	22
Referenties.....	26
Bijlage	31

Inleiding

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking krijgt in hun leven te maken met psychische klachten. Van alle mensen boven de 18 jaar in Nederland heeft 48 procent ooit te maken gehad met één of meerdere psychische aandoeningen. Stemnings- en angststoornissen komen hierbij het meest voor; beide aandoeningen treffen ruim een kwart van de volwassenen (Trimbos, 2024). Van de mensen met psychische klachten komt een deel uiteindelijk terecht bij Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In 2023 werden er 943 duizend mensen behandeld in de GGZ (Vektis, 2024). Ggz-patiënten ervaren naast hun psychische klachten vaak beperkingen op verschillende functioneringsgebieden (Trimbos, 2021). Eén van deze gebieden is het ouderschap. Ongeveer 48% van de ggz-patiënten heeft kinderen (Van der Ende et al., 2012). Voor deze mensen kan het ouderschap een uitdaging zijn. Zo gaven ouders met een psychische stoornis in het onderzoek van Ackerson (2003) aan dat wanneer hun symptomen verergerden, hun oudste kinderen de ouderrol deels op zich moesten nemen en voor hun broertjes en zusjes moesten zorgen. Naast verschillende uitdagingen die het ouderschap voor deze groep mensen met zich meebracht, kon ouderschap ook een positief effect hebben op het welzijn van mensen met psychische klachten. In het onderzoek van Ackerson (2003) waren meerdere participanten positief over het effect van ouderschap op hun welzijn, zo noemde een ouder; “Ik denk dat de vreugde die ik ervaar als ouder, bijdraagt aan mijn geestelijke gezondheid”.

Het welzijn van ggz-patiënten kan deels gedefinieerd worden aan de hand van de ervaren klachten, ook wel symptoom-ernst genoemd. Symptoom-ernst is een klinisch relevant kenmerk, omdat het inzichtelijk maakt in welke mate de klachten aanwezig zijn. Wanneer een patiënt meer symptomen ervaart, daalt het welzijn en wanneer een patiënt minder symptomen ervaart, stijgt het welzijn (Weijers et al., 2022). Het is van belang om naar de mate van ervaren klachten in het algemeen te kijken, in plaats van enkel diagnoses als uitgangspunt te nemen, omdat er een grote variatie in ervaren klachten is binnen ggz- populaties (Tomczyk et al., 2023; Veldmeijer et al., 2024).

De variatie in ervaren klachten tussen individuen kan ontstaan doordat er veel heterogeniteit is binnen de populatie ggz-patiënten (Allsop et al., 2019). Een van de dingen waarin ggz-patiënten kunnen verschillen is bijvoorbeeld het hebben van wel of geen kinderen. Het ouderschap vraagt veel van mensen, vooral van ouders die een verminderd welzijn ervaren (Van der Ende, 2016; Ackerson, 2003). Ondanks het belang van dit onderwerp, wordt de ouderrol nog

zelden besproken binnen de GGZ (Wansink et al., 2014). Dit terwijl aandacht hiervoor essentieel is tijdens de behandeling (Van der Ende, 2016). De relatie tussen ouderschap en welzijn is complex. Uit onderzoek binnen de algehele populatie is al gebleken dat ouders het opvoeden van kinderen ervaren als een van de meest bevredigende en mooie, maar ook als een van de meest stressvolle en uitdagende aspecten van hun leven (Nelson et al., 2014). De vraag is of ouders beter of slechter af zijn dan hun kinderloze leeftijdsgenoten en hoe dit zich uit binnen de ggz-populatie. Sommige studies binnen de algehele populatie laten zien dat ouderschap geassocieerd is met een hoger welzijn (Aassve et al., 2012; Ballas & Dorling, 2007; Myrskylä & Margolis, 2012; Nelson et al., 2014). Volgens Nelson et al. (2014) ervaren ouders bijvoorbeeld meer positieve emoties in hun dagelijks leven dan niet-ouders. Daarnaast bleek uit onderzoek binnen de populatie van ouders met een psychische aandoening van Van der Ende et al. (2016) dat ouders kracht kunnen halen uit hun rol als ouder, doordat het een gevoel van verantwoordelijkheid en structuur biedt, wat bijdraagt aan herstel en groei. Dit zou kunnen betekenen dat ouders met een psychische aandoening minder ernstig lijden aan symptomen die zij ervaren. Verder kan ouderschap nieuwe kansen bieden voor betere relaties met familie, vrienden en buren, wat steun kan opleveren (Nomaguchi & Milkie, 2003). Het ontwikkelen van positieve relaties lijkt een van de belangrijkste processen in het vergroten van het welzijn en de mentale gezondheid (Schotanus-Dijkstra et al., 2017). Tot slot kan ouderschap een bron van trots, motivatie en hoop zijn (Evenson et al., 2008; Ackerson, 2003). Samenvattend zijn dus verschillende positieve effecten van de ouderrol op het welzijn van ouders te noemen.

Ouderschap kan echter ook negatieve effecten hebben op het welzijn van ggz-patiënten. Uit meerdere studies binnen de algehele populatie kwam naar voren dat ouderschap ook kan worden geassocieerd met een lager welzijn (Evenson & Simon, 2005; Glenn & Weaver, 1979; McLanahan & Adams, 1987). Ouderschap kan zorgen voor meer stress en angst door de constante zorg die ouders moeten leveren voor hun kinderen (Ackerson, 2003). Daarnaast is slaapgebrek na de geboorte van kinderen een voorspeller van depressie bij ouders (Evenson & Simon, 2005). Verder ervaren ouders vaak vermoeidheid door de vele taken die ouderschap met zich meebrengt, waardoor ze weinig tijd voor zichzelf hebben (Evenson & Simon, 2005). Daarbij wordt hogere mate van vermoeidheid bij ouders ook geassocieerd met een hogere kans op depressie (Elek et al., 2002). Ten slotte is uit onderzoek van Stickler et al. (1991) bij ouders in de algehele populatie gebleken dat zij zich vaak zorgen maken over het welzijn van hun kinderen.

Ouders maken zich met name zorgen over de gezondheid en de veiligheid van hun kinderen. Dit kan een negatieve invloed hebben op het welzijn van deze ouders (Stickler et al., 1991).

Uit onderzoek van Petterson et al. (2017) komt naar voren dat over het algemeen bijna alle ouders zich wel in een bepaalde mate zorgen maken over hun kinderen. Naast de zorgen over gezondheid en veiligheid kunnen ouders zich ook zorgen maken over hun eigen rol als ouder en welke invloed zij op hun kinderen hebben (Meij, 2011). Verder kunnen ouders met een psychische aandoening zich ook zorgen maken over de opvoeding en de ontwikkeling van het kind (Harries et al., 2023). Zo kwam uit het onderzoek van Rasic et al. (2023) naar voren dat kinderen van ouders met een psychische aandoening een verhoogd risico hebben om zelf psychische klachten te ontwikkelen. Het verhoogde risico op psychische klachten bij het kind en kan een reden zijn voor ouders met een psychische aandoening om zich meer zorgen te maken over hun kinderen dan ouders zonder een psychische aandoening. Er is echter nog weinig bekend over de impact van deze zorgen op de ervaren klachten-ernst van ggz-patiënten.

Hoewel het regelmatig voorkomt dat ggz-patiënten zich zorgen maken over hun kinderen, is er naar verwachting een bepaalde mate van variatie in de hoeveelheid zorgen die ouders zich maken en wat het effect hiervan is op de ervaren klachten-ernst. De mate van zorgen die ouders zich maken over hun kinderen zal naar verwachting bij mannen een ander effect hebben op de ervaren klachten ernst dan bij vrouwen. Moeders erkennen dat het ouderschap kan bijdragen aan aanzienlijke stress, die vervolgens weer een negatieve invloed kan hebben op hun mentale gezondheid (Diaz-Caneja & Johnson, 2004). Verder hechten vrouwen veel waarde aan hun rol als moeder. Elk gevoel van ‘falen’ als moeder kan leed en schaamte veroorzaken en daarmee het vertrouwen nog meer doen afnemen. Dit kan weer bijdragen aan een verminderde mentale gezondheid (Dolman et al., 2013). Daarnaast werken moeders vaak minder dan vaders, waardoor het kan zijn dat moeders meer tijd doorbrengen met hun kinderen dan vaders (Jansen et al., 2017). Hierdoor hebben moeders vaker de mogelijkheid om gedrags- of ontwikkelingsproblemen bij hun kinderen te observeren (Jansen et al., 2017). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat moeders zich hier vaker zorgen over maken dan vaders. Aan de andere kant kwam uit onderzoek van Watkins et al. (2024) binnen de algehele populatie naar voren dat vaders, juist doordat zij zoveel aan het werk zijn, zich vaak zorgen maken over hun kinderen en of het wel goed met hen gaat. Tevens kwam uit datzelfde onderzoek naar voren dat vaders veel zorgen ervaarden tijdens de perinatale periode, wat een negatieve invloed had op hun algehele mentale gezondheid en welzijn.

(Watkins et al., 2024). Verder is er bij vaders nog weinig onderzoek gedaan naar de associatie tussen de mate van zorgen over hun kinderen en hun ervaren klachtenernst. Een mogelijke oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat vaders vaak minder worden meegenomen in dit soort studies, en soms zelfs helemaal worden uitgesloten (Van der Ende, 2016). Voor zowel vaders als moeders zijn er dus negatieve effecten van de zorgen over kinderen op hun klachten-ernst te noemen.

Bovenstaande laat zien dat ouderschap een bepaalde mate van samenhang kan hebben met de symptoom-ernst van ggz-patiënten. Er is nog geen duidelijkheid over hoe sterk deze samenhang is, hoe de mate van zorgen over kinderen hier een rol in speelt en of dit mogelijk verschilt tussen mannen en vrouwen. Daarom zal er in dit onderzoek worden gekeken naar de volgende onderzoeksvragen: (1) *‘In hoeverre hangt ouderschap samen met symptoom-ernst bij ggz-patiënten?’* Daarbij zijn twee deelvragen opgesteld: (2) *‘In hoeverre verschilt de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst, afhankelijk van de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kind(eren)?’* en (3) *‘In hoeverre verschilt deze associatie tussen mannen en vrouwen?’*.

Op basis van bovenstaande zijn de verwachtingen dat ouders hoger scoren op symptoom-ernst dan niet-ouders. Daarnaast wordt verwacht dat deze relatie deels verschilt afhankelijk van de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kind(eren). Deze onderzoeksvragen worden beantwoord aan de hand van een kwantitatief onderzoek gebaseerd op de MOHPAR-studie, deze richt zich op ggz-patiënten in Noord-Nederland.

Door antwoord te geven op de onderzoeksvraag kan er meer kennis worden opgedaan over de associatie tussen ouderschap op de symptoom-ernst van ggz-patiënten en de rol die de mate van zorgen over hun kind(eren) hierin speelt. Hier is tot nu toe nog maar weinig onderzoek naar gedaan, en veel onderzoek richt zich op de impact van psychische klachten op het ouderschap in plaats van andersom. Daarnaast is er nog weinig onderzoek naar de associatie tussen de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kinderen en de ervaren klachtenernst. Hulpverleners missen daarom wellicht de kennis over deze associatie. Indien uit dit onderzoek zal blijken dat de mate van zorgen inderdaad een rol speelt in de mate van ervaren klachtenernst van ouders, zouden hulpverleners de interventies hierop kunnen aanpassen en er wellicht voor kunnen zorgen dat de zorgen van ouders worden beperkt. Op die manier bestaat de mogelijkheid dat ouders minder klachten zullen ervaren. Tevens is het van belang om hierbij goed te kijken naar de

verschillen tussen mannen en vrouwen, zodat duidelijk wordt of deze associatie hetzelfde is in beide gevallen, of dat het ene geslacht wellicht meer baat heeft bij ondersteuning dan de andere.

Methode

Om de onderzoeksvragen van deze studie te beantwoorden is er gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksmethode, namelijk een cohortstudie. Deze studie heeft gebruik gemaakt van reeds verzamelde gegevens in het kader van de MOPHAR-studie (Simoons et al., 2019).

Populatie

De MOPHAR-studie is onder andere opgezet om inzicht te krijgen in de somatische gevolgen van psychiatrische aandoeningen en welke risicofactoren ervoor zorgen dat de ene patiënt meer gevolgen ondervindt dan de andere. De inclusiecriteria die gebruikt zijn voor het verzamelen van gegevens in de MOPHAR-studie waren als volgt: deelnemers waren ouder dan 18 jaar en zijn voor een psychische diagnose verwezen naar GGZ Drenthe. Er was geen sprake van algemene exclusiecriteria. De totale steekproef voor dit huidige onderzoek bestond uit 2.571 patiënten. De MOPHAR-studie is geregistreerd bij het Nederlands Trail Register en de onderzoeksaspecten van MOPHAR zijn goedgekeurd door een onafhankelijke medisch-ethische toetsingscommissie.

Procedures

Alle deelnemers van het MOPHAR-onderzoek hebben een informatiebrief ontvangen en hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het gebruik van hun data voor onderzoek. Deelnemers konden zich op elk moment terugtrekken uit deelname aan het onderzoek. Voorafgaand aan de eerste afspraak, werd aan de patiënten gevraagd om vragenlijsten in te vullen. Bij de eerste afspraak in de kliniek werd een algemene somatische screening uitgevoerd door een verpleegkundige (opgeleid door MOPHAR). Daarnaast werd er eenmalig bloed afgenomen voor DNA-onderzoek en het bepalen van bloedwaarden zoals cholesterol, glucose en bloedbeeld. Het huidige onderzoek valt onder een onderzoeksplan dat eerder is goedgekeurd door het management van MOPHAR. Alleen de relevante onderzoeksvariabelen zijn vervolgens ter beschikking gesteld door de thesisbegeleider. Het gaat om data die zijn verzameld van januari 2016 t/m augustus 2023. De specifieke onderzoeksdata zijn door de thesisbegeleider in een map

op de beveiligde Y-schijf van de Rijksuniversiteit Groningen geplaatst, waar deze data vervolgens geanalyseerd werden.

Metingen

In de MOPHAR-studie is een algemene demografische vragenlijst afgenomen. Patiënten hebben deze online ingevuld, voorafgaand aan hun eerste afspraak bij GGZ Drenthe. In deze studie is gebruik gemaakt van een aantal gegevens uit deze vragenlijst: (1) *"Heeft u kinderen?"* dit werd gecodeerd als 0= 'nee' en 1= 'ja'; (2) *"Maakt u zich zorgen over de ontwikkeling en/of opvoeding van uw kind(eren)?"* dit werd gecodeerd als 0= zelden, 1= soms, 2= regelmatig en 3= vaak; en (3) *"wat is uw geslacht?"* dit werd gecodeerd als 1= man en 2= vrouw. Daarnaast werd leeftijd (gebaseerd op geboortjaar) meegenomen als controlevariabele.

Naast deze vragenlijst werd de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) als instrument gebruikt om de symptoom-ernst van de ggz-patiënten in kaart te brengen. De OQ-45 is een zelfrapportage schaal die wordt gebruikt om de psychische gezondheid, het dagelijks functioneren en het welzijn van individuen te meten (Lambert et al., 2004, de Jong et al., 2007). De vragenlijst bestaat uit 45 items, ondergebracht bij drie subschalen; symptoom distress, interpersoonlijke relaties en sociale rollen (Lambert et al., 2004). De item scores werden daarnaast ook opgeteld tot een totaalscore, die werd meegenomen in deze huidige studie. De items gingen onder andere over angst, somberheid en het functioneren op het werk of in de vrije tijd en deze werden beantwoord aan de hand van de volgende antwoordopties: *nooit (0), zelden (1), soms (2), vaak (3)*, of bijna altijd (4). De totaalscore liep van 0 tot 180, waarbij hoge scores duiden op frequente symptomen, ongemak en minder positieve emoties of succesvolle sociale relaties (Lambert, 2017).

De OQ-45 is door De Jong & Spinhoven (2008) vertaald naar het Nederlands. De psychometrische eigenschappen van de OQ-45 zijn door hen in kaart gebracht. Een belangrijk aspect van dit onderzoek betreft de criteriumvaliditeit. Om dit te evalueren werden de verschillen tussen de gemiddelden van de normale populatie en de klinische populatie met elkaar vergeleken. Effectgroottes voor de verschillen tussen de klinische steekproef en de steekproef onder de normale populaties waren zeer groot voor alle subschalen. De resultaten lieten dan ook zien dat er een significante overeenstemming was tussen de OQ-45 scores en de klinische beoordelingen. Om de concurrente validiteit te beoordelen, zijn de OQ-45 scores vergeleken met andere meetinstrumenten, zoals de Symptom Checklist (SCL-90) en de Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). De correlaties tussen de OQ-45 en de overeenkomstige subschalen van de SCL-

90 en DASS waren toereikend. De concurrente validiteit werd beoordeeld als voldoende (De Jong & Spinhoven, 2008). Daarnaast is de betrouwbaarheid van de OQ-45 beoordeeld aan de hand van de interne consistentie van de items, deze hadden een Cronbachs alfa van 0.93 (De Jong & Spinhoven, 2008). Dit houdt in dat de items in de vragenlijst goed samenhangen. Daarnaast is ook gebleken dat de scores stabiel bleven bij herhaalde metingen, hieruit blijkt dat de test-hertest betrouwbaarheid goed is (De Jong & Spinhoven, 2008).

Analyse

Bij het uitvoeren van de analyses is gebruik gemaakt van het statistische programma SPSS (versie 28). In de eerste fase van de analyse is er beschrijvende statistiek gebruikt om inzicht te krijgen in de kenmerken van de steekproef en om deze gegevens op een overzichtelijke manier samen te vatten. Allereerst is er gekeken naar de verdeling van het aantal mannen en vrouwen in de onderzoekspopulatie, om te onderzoeken of beide geslachten voldoende vertegenwoordigd werden. Deze gegevens zijn eerst in een frequentietabel gezet en er zijn percentages berekend. Dit is ook gedaan voor de variabele ouderschap. Tevens is er gekeken naar de variabelen leeftijd en symptoom-ernst. Om inzicht te krijgen in deze variabelen, zijn het gemiddelde en de standaarddeviaties van alle deelnemers berekend. Tot slot is onderzocht hoeveel mensen de OQ-45 hadden ingevuld en of er bijzonderheden waren binnen de groep mensen die de OQ-45 niet hadden ingevuld. Door middel van een t-test is onderzocht of er verschillen waren in leeftijd tussen participanten die de OQ-45 wel en niet hadden ingevuld.

Na de uitvoering van beschrijvende statistiek is overgegaan op toetsende statistiek. Bij de uitvoering van alle analyses moest de data aan de volgende assumpties voldoen: lineariteit, homoscedasticiteit en normaliteit. Al deze assumpties werden per losse analyse gecheckt, om er zeker van te zijn dat de juiste conclusies getrokken konden worden. De assumptie lineariteit is gecheckt door middel van een scatterplot waarin ouderschap tegen symptoom-ernst werd afgezet. Indien er een rechte lijn door de punten getrokken kon worden, was er sprake van lineariteit. In de regressieanalyses waarbij er meerdere variabelen in het model zaten, is de assumptie van lineariteit gecontroleerd aan de hand van de residuenplot. Als de puntenwolk geen kromming liet zien dan was dat een aanwijzing voor lineariteit. Daarnaast is de assumptie van homoscedasticiteit beoordeeld aan de hand van een residuenplot, aan deze assumptie werd voldaan wanneer de residuen willekeurig verspreid waren rond de x-as en er geen duidelijk patroon zichtbaar was. Indien er geen sprake was van homoscedasticiteit (heteroscedasticiteit),

werd er gebruik gemaakt van robuuste standaard errors. Tenslotte is de assumptie van normaliteit gecheckt door middel van een histogram van de residuen en een PP-plot van de residuen. Aan deze assumptie werd voldaan wanneer uit het histogram bleek dat de residuen normaal verdeeld waren en de PP-plot liet zien dat de punten dichtbij de rechte diagonale lijn lagen. Als er niet voldaan werd aan bovenstaande assumptie dan werd er geprobeerd om de afhankelijke variabele te transformeren.

Als eerste is er gekeken naar de samenhang tussen ouderschap en symptoom-ernst in de hele dataset. Dit is geanalyseerd aan de hand van een enkelvoudige regressieanalyse, waarbij werd gekeken of er een associatie was tussen de onafhankelijke variabele, ouderschap (x) en de afhankelijke variabele, symptoom-ernst (Y). Hierbij is gebruikgemaakt van de volgende formule: $Y = a + bx$. Om inzicht te krijgen in de sterkte en de richting van de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst werd er gekeken naar de B-coëfficiënt, daarnaast werd het bijbehorende 95% betrouwbaarheidsinterval berekend, om te bekijken of deze de nul omvatte. Verder werd de R-square berekend om te onderzoeken hoeveel van de variantie in de symptoom-ernst werd verklaard door de onafhankelijke variabele ouderschap. Om tot slot de significantie te toetsen werd de p-waarde berekend. Wanneer de p-waarde kleiner bleek dan 0.05 dan werd de associatie bestempeld als statistisch significant. Om een eventueel schijnverband uit te sluiten werd vervolgens leeftijd (Z) als controlevariabele toegevoegd aan de bestaande regressieanalyse. Deze kwam er als volgt uit te zien: $Y = a + b_1 * X + b_2 * Z$. Om te controleren of de controlevariabele van invloed was op de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst werden dezelfde stappen als bij de enkelvoudige regressieanalyse opnieuw uitgevoerd. Indien de variabele ouderschap niet langer significant was na toevoeging van leeftijd, kon worden gesteld dat het oorspronkelijke verband deels werd verklaard door de controlevariabele leeftijd.

Om te onderzoeken hoe de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kind(eren) samenhangt met de symptoom-ernst van ouders werd bovenstaande analyse een aantal keer herhaald, waarbij telkens een andere groep ouders en de groep niet-ouders werden meegenomen. Bij het uitvoeren van deze analyses zijn telkens opnieuw de assumpties van lineariteit, homoscedasticiteit en normaliteit gecontroleerd. In de eerste analyse werden niet-ouders en ouders die zich zelden zorgen maken over hun kind(eren) meegenomen. In de tweede, derde en vierde analyse werd exact hetzelfde gedaan, maar dan met niet-ouders en ouders die zich respectievelijk soms, regelmatig en vaak zorgen maken over hun kind(eren). Om inzicht te

krijgen in de sterkte en de richting van de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst binnen deze verschillende groepen werd er gekeken naar de B-coëfficiënt, en het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval. Verder is de R-square berekend om voor elk van deze groepen te onderzoeken hoeveel van de variantie in symptoom-ernst werd verklaard door de onafhankelijke variabele ouderschap.

Ten slotte is er gekeken of de invloed van de mate van zorgen op de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst mogelijk verschilde tussen mannen en vrouwen door bovenstaande analyses uit te voeren binnen het subsample vrouwen en het subsample mannen en de resultaten met elkaar te vergelijken.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

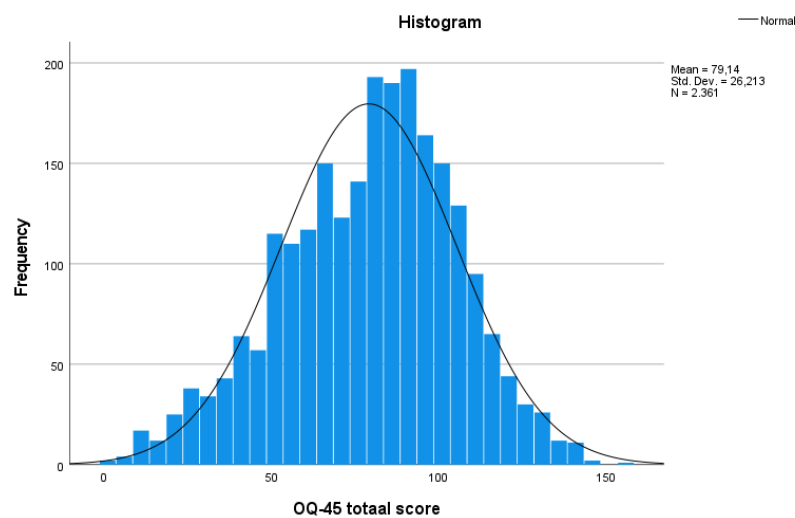
De steekproef van dit onderzoek bestond uit 2.571 patiënten. In de steekproef was 59,3% vrouw. Van de 2.571 participanten hadden 2.567 participanten ingevuld of ze wel of geen kinderen hebben. Van deze 2.567 participanten had 56,1% wel kinderen. Van de vrouwen heeft 56,8% aangegeven dat ze kinderen hebben en van de mannen heeft 53,2% aangegeven dat ze kinderen hebben. Tabel 1 laat zien hoe de verdeling van leeftijd eruit zag voor de verschillende groepen. Daarnaast bleken de OQ-45 scores normaal verdeeld te zijn (zie figuur 1). De gemiddelde scores en standaarddeviaties op de OQ-45 zijn berekend en in tabel 2 apart weergegeven per geslacht en voor het hebben van wel of geen kinderen. Tabel 2 laat zien dat vrouwen gemiddeld hoger scoren op de OQ-45 dan mannen. Daarnaast is in Tabel 2 te zien dat de gemiddelde score op de OQ-45 van participanten met kinderen lager is dan die van participanten zonder kinderen.

In totaal hebben 2.361 participanten de OQ-45 ingevuld, 7,9% van de mannen heeft de OQ-45 niet ingevuld en 8,4% van de vrouwen heeft de OQ-45 niet ingevuld. Mensen die de OQ-45 niet hebben ingevuld waren gemiddeld ouder dan mensen die de OQ-45 wel hebben ingevuld (mean=55,9; mean= 39,3).

Tabel 1

Gemiddelde leeftijd apart weergegeven per geslacht en wel/geen kinderen.

Geslacht	Heeft u kinderen?	Gemiddelde	N	Std. Deviatie
Man	Nee	34,8	488	12,7
	Ja	48,7	555	11,0
	Totaal	42,2	1.043	13,7
Vrouw	Nee	31,3	638	11,0
	Ja	45,6	886	12,5
	Totaal	39,6	1.524	13,8
Totaal	Nee	32,8	1.126	11,9
	Ja	46,8	1.441	12,0
	Totaal	40,7	2.567	13,8

Figuur 1 *Verdeling van de OQ-45 totaalscores*

Tabel 2

Gemiddelde OQ-45 totaalscores apart weergegeven per geslacht en wel/geen kinderen.

Geslacht	Heeft u kinderen?	Gemiddelde	N	Std. Deviatie
Man	Nee	78,2	464	27,8
	Ja	75,4	497	27,2
	Totaal	76,7	961	27,5
Vrouw	Nee	83,2	602	24,3
	Ja	78,9	794	25,7
	Totaal	80,8	1.396	25,2
Totaal	Nee	81,0	1.066	26,0
	Ja	77,6	1.291	26,3
	Totaal	79,1	2.357	26,2

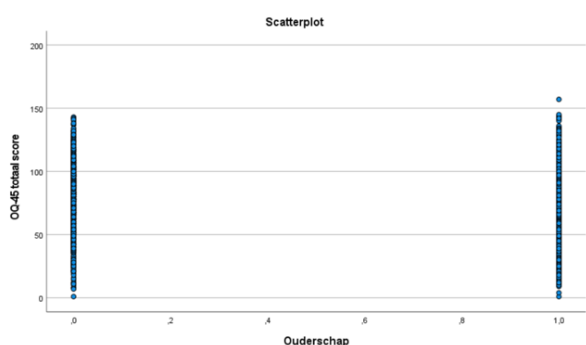
Toetsende statistiek

Voorafgaand aan het uitvoeren van de enkelvoudige regressieanalyse met als onafhankelijke variabele ouderschap en als afhankelijke variabele symptoom-ernst werd de assumptie van lineariteit gecheckt. De variabele ouderschap is een dichotome variabele, wat betekent dat automatisch aan de assumptie van lineariteit wordt voldaan. Dit werd inzichtelijk gemaakt door middel van een scatterplot. Figuur 2A laat zien dat er een rechte lijn kan worden getrokken door de twee waarden van de onafhankelijke variabele. Na de uitvoering van de enkelvoudige regressieanalyse is er gekeken of er werd voldaan aan de assumpties van normaliteit en homoscedasticiteit. Figuur 2C laat zien dat het histogram redelijk symmetrisch was, wat wijst op een normale verdeling van de scores. In de P-P plot was te zien dat de punten dichtbij de diagonale lijn lagen. Hiermee werd er voldaan aan de assumptie van normaliteit. Tot slot laat figuur 2D, de residuenplot, zien dat de residuen willekeurig verspreid waren dat er geen duidelijk patroon zichtbaar was en hiermee werd voldaan aan de assumptie van homoscedasticiteit.

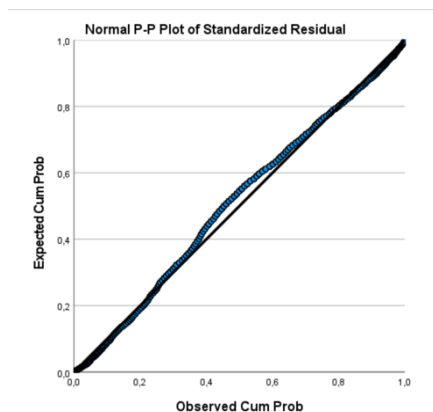
Figuur 2

Scatterplots, histogram en P-P plot om de assumpties van de enkelvoudige regressieanalyse te checken.

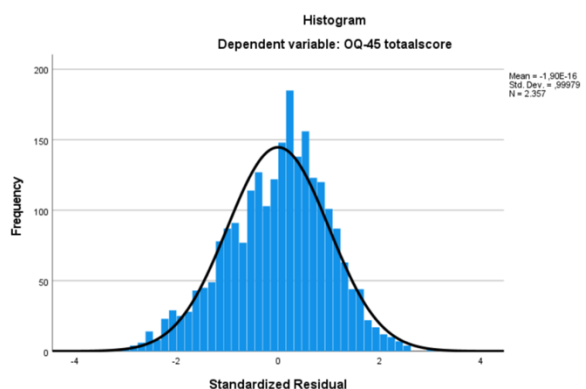
A



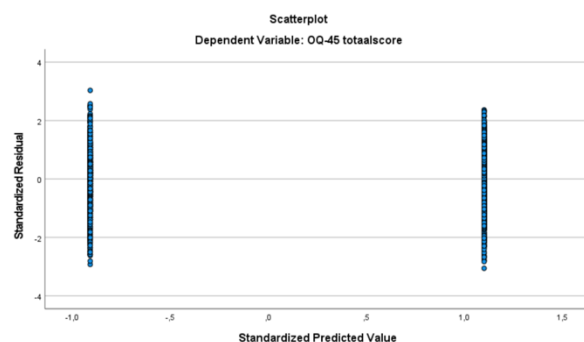
B



C



D



Nadat de assumpties waren gecheckt, konden de resultaten van de enkelvoudige regressieanalyse worden geïnterpreteerd. Tabel 3 laat zien dat de samenhang tussen ouderschap en symptoom-ernst significant was ($p=0,001$). Daarnaast is te zien dat de B-coëfficiënt negatief was ($B=-3,47$). Dit impliceerde dat patiënten met kinderen gemiddeld 3,47 punten lager scoorden op de OQ-45 dan patiënten zonder kinderen. De R-square was 0,004 en dat betekende dat slechts 0,4% van de variantie in OQ-45 scores werd verklaard door de variabele ouderschap.

Tabel 3

Resultaten enkelvoudige regressieanalyse met als afhankelijke variabele OQ-45 totaalscore en als onafhankelijke variabele ouderschap (N=2.357).

	B	Sig.	95%-BHI Ondergrens	95%-BHI Bovengrens
(Constante)	81,04	0,000	79,47	82,61
Ouderschap	-3,47	0,001	-5,59	-1,35

Om een eventueel schijnverband uit te sluiten, werd de variabele leeftijd toegevoegd aan de bestaande enkelvoudige regressieanalyse. Net zoals bij de regressieanalyse tussen ouderschap en OQ-45 scores werd hier ook aan alle assumpties voldaan (zie figuur 3 in bijlage). Tabel 4 laat zien dat na de toevoeging van leeftijd als controlevariabele, ouderschap niet langer significant was ($p=0,806$). Dit suggereerde dat de eerder geobserveerde relatie tussen ouderschap en symptoom-ernst grotendeels werd verklaard door leeftijd.

Tabel 4

Resultaten enkelvoudige regressieanalyse met als afhankelijke variabele OQ-45 totaalscore, als onafhankelijke variabele ouderschap en leeftijd als controlevariabele (N=...).

	B	Sig.	95%-BHI Ondergrens	95%-BHI Bovengrens
(Constante)	89,03	0,000	85,49	92,56
Ouderschap	-0,31	0,806	-2,77	2,15
Leeftijd	-0,25	<0,001	-0,35	-0,15

In de volgende regressieanalyse werd gekeken naar het verband tussen ouderschap en symptoom-ernst, waarbij zowel patiënten zonder kinderen als patiënten met kinderen die zich zelden zorgen maken over hun kinderen werden meegenomen ($n=1.433$). De analyse werd vervolgens nog apart uitgevoerd voor mannen ($n=632$) en vrouwen ($n=801$). Hierbij werd bij elk van de analyses aan de assumpties van normaliteit en lineariteit voldaan (zie figuur 4,5 en 6 in bijlage). In figuren 4D, 5D en 6D (zie bijlage) is echter te zien dat er waarschijnlijk sprake was van heteroscedasticiteit, om die reden werden robuuste standaarderrors meegenomen in de

analyses. Tabel 5 laat zien dat binnen de gecombineerde groep van niet-ouders en de ouders die zich zelden zorgen maken, het hebben van kinderen statistisch significant geassocieerd werd met een lagere symptoom-ernst ($B=-9,03$; 95%-BHI: $[-12,54; -5,52]$; $p<0,001$; $R^2=0,051$). Tabel 6 laat zien dat zowel bij mannen ($B=-9,12$; 95%-BHI: $[-14,65; -3,59]$; $p<0,001$; $R^2=0,043$) als bij vrouwen ($B=-9,38$; 95%-BHI: $[-13,88; -4,88]$; $p<0,001$; $R^2=0,054$) het hebben van kinderen statistisch significant geassocieerd werd met een lagere symptoom-ernst, waarbij de geobserveerde associaties ongeveer even groot waren.

In de volgende regressieanalyse werd de bovenstaande analyse herhaald, maar hierbij werden niet-ouders en ouders die zich soms zorgen maken over hun kinderen meegenomen ($n=1.522$; man $n=638$; vrouw $n=884$). Hierbij werd net zoals bij de vorige analyse weer aan de assumpties van normaliteit en lineariteit voldaan (zie figuur 7,8 en 9 in bijlage). In zowel de gehele groep als binnen de groep vrouwen (zie figuren 7D en 9D in bijlage) is echter te zien dat er sprake leek te zijn van heteroscedasticiteit, om die reden werden robuuste standaarderrors meegenomen in deze analyses. Tabel 5 laat zien dat binnen de totale groep van niet-ouders en ouders die zich soms zorgen maken, het hebben van kinderen niet statistisch significant geassocieerd werd met symptoom-ernst ($B=-2,96$; $[-6,22; 0,29]$; $p=0,075$; $R^2=0,020$). Tabel 6 laat zien dat binnen de groep van mannen het hebben van kinderen niet statistisch significant geassocieerd werd met symptoom-ernst ($B=-1,45$; 95%BHI: $[-6,75; 3,85]$; $p=0,591$; $R^2=0,01$). Binnen de groep van vrouwen werd het hebben van kinderen echter wel statistisch significant geassocieerd met een lagere symptoom-ernst ($B=-4,96$; 95%-BHI: $[-8,73; -1,18]$; $p=0,010$; $R^2=0,027$).

In de volgende regressieanalyse werden niet-ouders en ouders die zich regelmatig zorgen maken over hun kinderen meegenomen ($n=1332$; man $n=560$; vrouw $n=772$). Hierbij werd aan alle assumpties voldaan (zie figuur 10,11 en 12 in bijlage). In tabel 5 is te zien dat binnen de totale groep, het hebben van kinderen statistisch significant geassocieerd werd met een hogere symptoom-ernst ($B=7,52$; 95%-BHI: $[3,75; 11,28]$; $p<0,001$; $R^2=0,014$). Tabel 6 laat zien dat zowel binnen de groep van mannen ($B=7,30$; 95%-BHI: $[0,68; 13,93]$; $p=0,031$; $R^2=0,01$) als van vrouwen ($B=6,55$; 95%-BHI: $[2,02; 11,09]$; $p=0,005$; $R^2=0,012$) het hebben van kinderen ook statistisch significant geassocieerd werd met een hogere symptoom-ernst, waarbij de geobserveerde associaties ongeveer even groot waren.

Tot slot werden niet-ouders en ouders die zich vaak zorgen maken over hun kinderen meegenomen in de analyse ($n=1.242$; man $n=511$; vrouw $n=731$). Hierbij werd aan de assumpties van lineariteit en normaliteit voldaan (zie figuur 13,14,15 in bijlage). Echter, binnen de totale groep en de groep mannen leek er sprake te zijn van heteroscedasticiteit (zie figuren 13d en 14d in bijlage), om die reden zijn robuuste standaarderrors meegenomen. Tabel 5 laat zien dat binnen de totale groep het hebben van kinderen significant geassocieerd werd met een hogere symptoom-ernst ($B=13,28$; 95%-BHI: $[9,10;17,46]$; $p<0,001$; $R^2=0,029$). Daarnaast laat tabel 6 zien dat zowel binnen de groep van mannen ($B=20,79$; 95%-BHI: $[12,89;28,69]$; $p<0,001$; $R^2=0,043$) als van vrouwen ($B=9,33$; 95%-BHI: $[4,29;14,37]$; $p<0,001$; $R^2=0,019$) het hebben van kinderen ook significant geassocieerd werd met een hogere symptoom-ernst. Binnen deze analyses is het opvallend dat de B-coëfficiënt van mannen een stuk groter was dan die van vrouwen.

Tabel 5

Resultaten enkelvoudige regressieanalyses van patiënten weergegeven per hoeveelheid zorgen over hun kind(eren), vergeleken met patiënten zonder kinderen. Als afhankelijke variabele OQ-45 totaalscore, als onafhankelijke variabele ouderschap en leeftijd als controlevariabele

Mate van zorgen ouders		B	Sig.	95%-BHI Ondergrens	95%-BHI Bovengrens	R ²
Zelden N= 1433	(Constante)	89,32	<0,001	85,04	93,58	0,05
	Ouderschap	-9,03	<0,001	-12,54	-5,52	
	Leeftijd	-0,26	<0,001	-0,38	-0,13	
Soms N= 1522	(Constante)	88,53	<0,001	84,31	92,75	0,02
	Ouderschap	-2,96	0,075	-6,22	0,29	
	Leeftijd	-0,23	<0,001	-0,36	-0,11	
Regelmatig N= 1332	(Constante)	87,89	<0,001	83,55	92,24	0,01
	Ouderschap	7,52	<0,001	3,75	11,28	
	Leeftijd	-0,21	<0,001	-0,34	-0,09	
Vaak N= 1242	(Constante)	88,19	<0,001	83,50	92,88	0,03
	Ouderschap	13,28	0,003	9,10	17,46	
	Leeftijd	-0,22	<0,001	-0,37	-0,08	

Tabel 6

Resultaten enkelvoudige regressieanalyses van patiënten (man/vrouw apart) weergegeven per hoeveelheid zorgen over hun kind(eren), vergeleken met patiënten zonder kinderen. Als afhankelijke variabele OQ-45 totaalscore, als onafhankelijke variabele ouderschap en leeftijd als controlevariabele.

Geslacht	Mate van zorgen ouders		B	Sig.	95%-BHI Ondergrens	95%-BHI Bovengrens	R ²
Man	Zelden N=632	(Constante)	85,79	<0,001	78,64	92,94	0,04
		Ouderschap	-9,12	0,001	-14,71	-3,53	
		Leeftijd	-0,22	0,031	-0,43	-0,02	
Vrouw	Zelden N=801	(Constante)	90,59	<0,001	85,27	95,91	0,05
		Ouderschap	-9,38	<0,001	-14,04	-4,72	
		Leeftijd	-0,24	0,006	-0,04	-0,07	
Man	Soms N=638	(Constante)	85,12	<0,001	78,25	91,98	0,01
		Ouderschap	-1,45	0,591	-6,75	3,85	
		Leeftijd	-0,20	0,035	-0,39	-0,01	
Vrouw	Soms N=884	(Constante)	90,12	<0,001	85,28	94,97	0,03
		Ouderschap	-4,96	0,010	-8,73	-1,18	
		Leeftijd	-0,22	0,004	-0,38	-0,07	
Man	Regelmatig N=560	(Constante)	84,06	<0,001	75,76	91,37	0,01
		Ouderschap	7,30	0,031	0,68	13,93	
		Leeftijd	-0,17	0,095	-0,37	0,03	
Vrouw	Regelmatig N=772	(Constante)	89,16	<0,001	83,76	94,56	0,01
		Ouderschap	6,55	0,005	2,02	11,09	
		Leeftijd	-0,19	0,021	-0,36	-0,03	
Man	Vaak N=511	(Constante)	84,43	<0,001	76,55	92,32	0,04
		Ouderschap	20,79	<0,001	12,89	28,69	
		Leeftijd	-0,18	0,113	-0,41	0,04	
Vrouw	Vaak N=731	(Constante)	83,22	<0,001	84,36	95,53	0,01
		Ouderschap	9,33	<0,001	4,29	14,37	
		Leeftijd	-0,22	0,012	-0,39	-0,05	

Discussie

In deze studie is de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst bij ggz-patiënten onderzocht, met daarbij aandacht voor de rol die de mate van zorgen over hun kind(eren) hierin speelde. Tevens is er gekeken of er verschillen waren tussen mannen en vrouwen in deze associatie.

Uit de eerste regressieanalyse kwam naar voren dat ouders gemiddeld lagere scores rapporteerden op de OQ-45 dan niet-ouders. Hoewel dit suggereert dat ouderschap een beschermend effect had op symptoom-ernst, was het slechts een verschil van 3,7 punten op de gemiddelde OQ-45 score en was de verklaarde variantie erg klein ($R^2=0,004$). Om die reden moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Een mogelijke verklaring is dat de OQ-45 afname slechts op één moment is afgenomen, terwijl het ouderschap als complex en wisselend kan worden ervaren (Nomaguchi & Milkie, 2020). Afhankelijk van de situatie en/of periode kan ouderschap als meer of minder belastend worden ervaren, waardoor één meting waarschijnlijk geen volledig beeld geeft van de associatie met symptoom-ernst. Desondanks sluiten de bevindingen aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat ouders positieve effecten ervaren op hun welzijn. Zo kwam uit het onderzoek van Ackerson (2003) naar voren dat ouders positief waren over het effect van ouderschap op hun welzijn. Daarnaast kwam uit het onderzoek van Van der Ende et al. (2016) naar voren dat ouders in de GGZ kracht kunnen halen uit hun rol als ouder, wat mogelijk bijdraagt aan het verminderen van symptoom-ernst. Toch is het belangrijk om in te zien dat er naast ouderschap meerdere factoren kunnen zijn die invloed uitoefenen op de ervaren symptoom-ernst van patiënten. Uit deze huidige studie kwam bijvoorbeeld naar voren dat het effect van ouderschap deels wegviel wanneer leeftijd werd meegenomen als controlevariabele. Binnen het sample bleken ouders gemiddeld iets ouder te zijn dan niet-ouders en er werd een zwak negatief verband gevonden tussen leeftijd en symptoom-ernst ($r=-0,12$). Dit suggereert dat ouders mogelijk al minder symptoom-ernst ervaren dan niet-ouders, omdat zij gemiddeld ouder zijn. Tevens kwam uit eerder onderzoek naar voren dat 75% van de angststoornissen ontstaat voor het 21^{ste} levensjaar (Hendriks, 2021) en dat klachten gemiddeld afnemen naarmate mensen ouder worden (Henderson, 1998). Daarnaast kunnen andere factoren, zoals gezinssamenstelling en het al dan niet hebben van een sociaal vangnet, van invloed zijn op de het ervaren welzijn (Stolper et al., 2022), maar deze zijn niet meegenomen in de huidige studie.

Indien deze variabelen wel meegenomen zouden worden, bestaat de mogelijkheid dat het effect van ouderschap deels weg zou vallen.

Een belangrijk onderdeel van deze studie was dat er binnen de groep ouders onderscheid werd gemaakt in de mate waarin zij zich zorgen maken over hun kind(eren). Uit de herhaalde regressieanalyses, waarbij telkens niet-ouders werden vergeleken met ouders die zich respectievelijk zelden, soms, regelmatig of vaak zorgen maken over hun kind(eren) bleek dat de richting van het verband tussen ouderschap en symptoom-ernst verschilde per niveau van mate van zorgen. Binnen de groep van niet-ouders en ouders die zich zelden of soms zorgen maken over hun kind(eren) was het verband tussen ouderschap en symptoom-ernst negatief; zij rapporteerden minder symptomen dan niet-ouders. Echter, ouders die zich regelmatig of vaak zorgen maken over hun kind(eren) rapporteerden juist een hogere symptoom-ernst. De mate van zorgen lijkt dus een rol te spelen in de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst, waarbij ouders met meer zorgen ernstigere klachten rapporteren dan niet ouders. Deze bevinding sluit aan bij eerder onderzoek. Zo kwam uit de studie van Stickler et al. (1991) binnen de algehele populatie naar voren dat een deel van de ouders zich vaak zorgen maakte over hun kinderen en dat dit een negatieve invloed kon hebben op het welzijn van deze ouders. Bovendien liet het onderzoek van Rasic et al. (2023) zien dat kinderen van ouders met een psychische aandoening ook meer risico lopen om zelf psychische klachten te ontwikkelen, wat op zijn beurt weer een reden kan zijn voor nog meer zorgen bij de ouders en daarmee het risico op een verminderd welzijn. Echter, de associatie zou ook de andere kant op kunnen gaan. Het zou ook kunnen dat ouders die een hogere klachtenernst ervaren, zich ook meer zorgen maken over hun kind(eren). Bovenstaand patroon was binnen alle groepen vrijwel gelijk voor mannen en vrouwen. Opvallend was echter dat binnen de groep ouders die zich vaak zorgen maakt over hun kind(eren), de B-coëfficiënt voor mannen hoger lag dan voor vrouwen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat bij mannen de ernst van de klachten meer samenhangt met de mate van zorgen dan bij vrouwen.

Voor deze studie zijn een aantal sterke punten, maar ook een aantal beperkingen te noemen. Een sterke kant van deze studie is de omvang van de steekproef, deze is groot voor een studie binnen de ggz-populatie, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen bevordert. Daarnaast werden er in deze studie zowel vrouwen als mannen meegenomen, waar in eerdere studies binnen de ggz-populatie vooral werd gefocust op vrouwen of moeders. Tot slot is een

sterk punt van deze studie het gebruik van de OQ-45, dat een betrouwbaar en valide instrument is gebleken voor het meten van symptoom-ernst (De Jong et al., 2007).

Deze studie kent echter ook een aantal beperkingen. Ten eerste is de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kind(eren) met slechts één vraag gemeten. Er is niet gevraagd wat precies de frequentie is, zoals elke dag of één keer per week. Ook is er niet uitgevraagd waar de zorgen precies over gaan, terwijl dit belangrijk kan zijn bij de interpretatie van de resultaten. Ten tweede is er aan niet-ouders geen vraag gesteld over eventuele zorgen die zij hebben, zij kunnen zich ook zorgen maken op andere gebieden, zoals over hun relatie of over hun werk. Dit kan mogelijk ook van invloed zijn op hun mentale gezondheid (Stansfeld & Candy, 2006). Ten derde bestond de steekproef van deze studie enkel uit patiënten van GGZ Drenthe, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten naar ggz-instellingen in andere delen van het land mogelijk beperkt. Daarnaast is er mogelijk sprake van selectiebias, aangezien deze groep kan verschillen van patiënten die bijvoorbeeld in de Randstad zorg krijgen. Patiënten die bij een andere instelling zorg krijgen, kunnen bijvoorbeeld verschillen op het gebied van ernst of andere kenmerken. Tot slot is er in dit onderzoek slechts gebruik gemaakt van de OQ-45 om het welzijn van ouders in kaart te brengen. Dit kan mogelijk een onvolledig beeld geven. Het gebruik van meerdere instrumenten kan zinvol zijn om een algemener beeld te krijgen van het welzijn van ouders. De WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010) zou een geschikte aanvulling kunnen zijn op de OQ-45. Door middel van deze vragenlijst kan er beter inzicht verkregen worden over de impact van de ervaren klachten van ouders op een aantal domeinen van hun dagelijks leven (bv. mobiliteit, sociale contacten).

Om een beter inzicht te krijgen in de rol die de mate van zorgen over kind(eren) speelt binnen de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst, zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op het stellen van aanvullende vragen over deze zorgen. Zo zou er gevraagd kunnen worden naar de exacte frequentie, of waar de zorgen over gaan. Daarnaast zou er ook een vraag over zorgen gesteld kunnen worden aan niet-ouders, zodat er meer inzicht wordt verkregen op dit gebied. Verder zou het includeren van patiënten van andere ggz-instellingen een positief effect kunnen hebben op de generaliseerbaarheid van de resultaten van eventueel vervolgonderzoek. Dit zou ook het probleem van selectiebias tegen kunnen gaan. Ten slotte is het voor vervolgonderzoek van belang dat er meerdere controlevariabelen mee worden genomen, zoals de gezinssamenstelling en het sociale vangnet, op die manier kunnen de resultaten

nauwkeuriger worden geïnterpreteerd. Meer kennis op dit gebied kan zinvol zijn voor het inzetten van doelgerichte interventies.

Concluderend kan er gesteld worden dat ouderschap een klein positief effect heeft op symptoom-ernst en dat dit effect afhankelijk lijkt te zijn van de mate van zorgen die ouders zich maken over hun kinderen. Ouders die zich zelden of soms zorgen maken over hun kinderen, leken een hoger welzijn te ervaren, terwijl ouders die zich regelmatig of vaak zorgen maken juist kampen met een hogere symptoom-ernst dan niet-ouders. Hoewel dit patroon grotendeels hetzelfde is voor mannen en vrouwen, lijkt de impact van veel zorgen groter te zijn bij mannen. De bevindingen van dit onderzoek geven inzicht in de complexiteit van de associatie tussen ouderschap en symptoom-ernst en de rol die de mate van zorgen hierin speelt. De beperkingen van dit onderzoek zijn dan ook een aanknooppunt voor vervolgonderzoek, om zo meer inzicht te krijgen in deze associatie.

Referenties

- Aassve, A., Goisis, A., & Sironi, M. (2012). Happiness and childbearing across Europe. *Social Indicators Research*, 108, 65–86. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9866-x>
- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the Dual Demands of Severe Mental Illness and Parenting: The Parents' Perspective. *Families in Society The Journal Of Contemporary Social Services*, 84(1), 109–118. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.69>
- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., & Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- Ballas, D., & Dorling, D. (2007). Measuring the impact of major life events upon happiness. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1244–1252. <https://doi.org/10.1093/ije/dym182>
- De Jong, K., & Spinhoven, P. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie En Gezondheid*, 36(1), 35–45. <https://doi.org/10.1007/BF03077465>
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6). <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0772-2>
- Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 173–196. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>
- Elek, S. M., Hudson, D. B., & Fleck, M. O. (2002). Couples' Experiences with Fatigue during the Transition to Parenthood. *Journal Of Family Nursing*, 8(3), 221–240. <https://doi.org/10.1177/107484070200800305>
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1979b). A Note on Family Situation and Global Happiness. *Social Forces*, 57(3), 960. <https://doi.org/10.2307/2577364>
- Harries, C. I., Smith, D. M., 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>
- Henderson, A. S., Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P., Christensen, H., & Rodgers, B. (1998). Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychological Medicine*, 28(6), 1321–1328. <https://doi.org/10.1017/s0033291798007570>

- Hendriks, G.-J., & Oude Voshaar, R. (2021). Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies. *Gedragstherapie*, 54(4), 205-214. Geraadpleegd op 20 mei 2025, van https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=TG-2021-4-3
- Jansen, M., Bodden, D. H. M., Muris, P., Van Doorn, M., & Granic, I. (2017). Measuring Anxiety in Children: The Importance of Separate Mother and Father Reports. *Child & Youth Care Forum*, 46(5), 643–659. <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9402-5>
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3–6. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x>
- 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.
- Lambert, M. J. (2017). Measuring Clinical Progress with the OQ-45 in a Private Practice Setting. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 78- 93). <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190272166.003.0007>
- McLanahan, S., & Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Annual Review of Sociology*, 13, 237–257. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.13.080187.001321>
- Meij, H. & Nederlands Jeugdinstituut. (2011). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*. Geraadpleegd op 25 april 2025, van <https://repository.officiële-overheidspublicaties.nl/externebijlagen/exb-2018-32453/1/bijlage/exb-2018-32453.pdf>
- Myrskylä, M., & Margolis, R. (2014). Happiness: Before and after the kids. *Demography*, 51(5), 1843–1866. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0321-x>
- Nelson, S. K., Kushlev, K., English, T., Dunn, E. W., & Lyubomirsky, S. (2012). In Defense of Parenthood. *Psychological Science*, 24(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/0956797612447798>
- 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 well-being? *Psychological Bulletin*, 140(3), 846–895. <https://doi.org/10.1037/a0035444>
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of Marriage and Family*, 65(2), 356–374. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00356.x>

- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2020). Parenthood and Well-Being: A Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12646>
- Perera, D. 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>
- 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>
- Rasic, D., Hajek, 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>
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501–516. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00237-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00237-2)
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S. M. A., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E. T. (2017). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health*, 27(3), 563–568. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw202>
- Simoons, M., Ruhé, H.G., van Roon, E.N., Schroevers 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 Serv Research* 19 (125). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3951-2>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462.
- Stickler, G. B., Salter, M., Broughton, D. D., & Alario, A. (1991). Parents’ worries about children compared to actual risks. *Clinical Pediatrics*, 30(9), 522–528. <https://doi.org/10.1177/000992289103000901>
- Stolper, H., Van Doesum, K., Henselmans, P., Bijl, A. L., & Steketee, M. (2022). The patient’s voice as a parent in mental health care: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13164. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013164>

- Tomczyk, S., Schlick, S., Gansler, T., McLaren, T., Muehlan, H., Peter, L., Schomerus, G., & Schmidt, S. (2022). Continuum beliefs of mental illness: a systematic review of measures. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 58(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02345-4>
- Trimbos-instituut. (2021). Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Geraadpleegd op 3 oktober 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1512psychische-kwetsbaarheid-sociale-inclusie-en-verbindende-zorg.pdf>
- Trimbos-instituut. (2024). Psychische gezondheid en GGZ cijfers. Geraadpleegd op 3 oktober 2024 van, <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
- Üstün, T. B., & World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
- Van der Ende, P. C., Van Busschbach, J. T., Wiersma, D., & Korevaar, E. L. (2012). Ouders met ernstige aandoeningen: Epidemiologische gegevens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(11), 851–856. http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2012/Oudemeeerp/van_der_End_2012_Tijdschr_Psychiatrie.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 Der Heiden, C., & Melchior, K. (2010). De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandstalige versie van de Intolerance of Uncertainty Scale in een steekproef van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. *Directieve Therapie*, 30(3), 160–176. <https://doi.org/10.1007/bf03096233>
- Vektis Intelligence. (2024). *Factsheet GGZ (2024)* geraadpleegd op 3 oktober 2024 van, <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024>
- Veldmeijer, L., Terlouw, G., Van Os, J., Meerman, S. T., Van 'T Veer, J., & Boonstra, N. (2024). From diagnosis to dialogue – reconsidering the DSM as a conversation piece in mental health care: a hypothesis and theory. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1426475>

Wansink, H. J., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., Hoencamp, E., & Willems, W. J. C. T. (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>

Watkins, A. E., Zerbi, C. E., McGovern, R., & Rankin, J. (2024). Exploration of fathers' mental health and well-being concerns during the transition to fatherhood, and paternal perinatal support: scoping review. *BMJ Open*, 14(11), e078386. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078386>

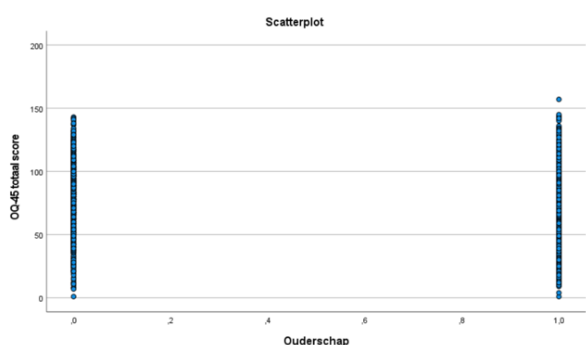
Weijers, A., Rasing, S., Creemers, D., Vermulst, A., Schellekens, A. F., & Westerhof, G. J. (2021). Deconstructing recovery: A prospective study on well-being, symptom severity and acceptance in patients with major depressive disorders. *Journal Of Affective Disorders*, 296, 653–659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.048>

Bijlage

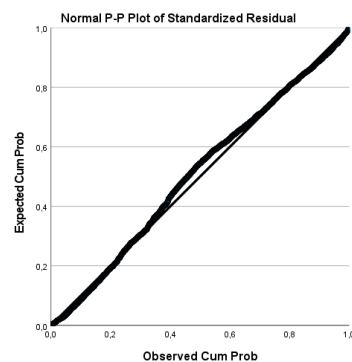
Figuur 3

Scatterplots, histogram en P-P plot om de assumpties van de enkelvoudige regressieanalyse met leeftijd als controlevariabele te checken.

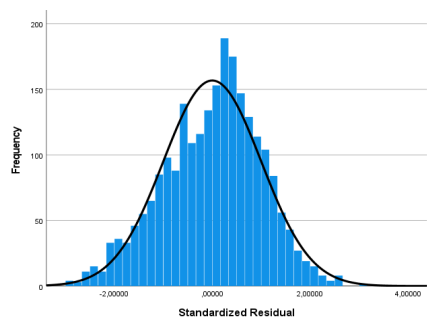
A



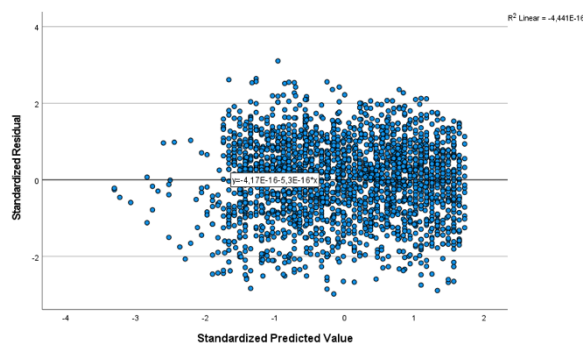
B



C



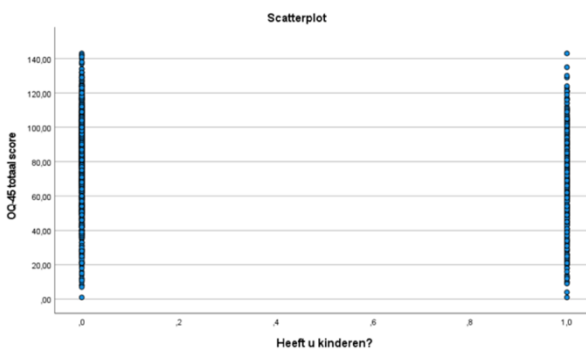
D



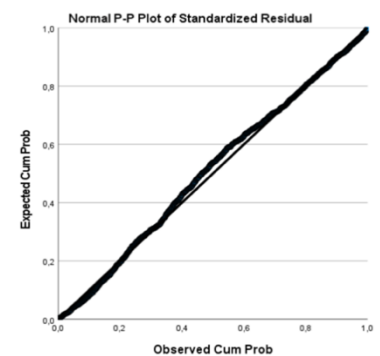
Figuur 4

Niet-ouders en ouders die zich zelden zorgen maken over hun kind(eren)

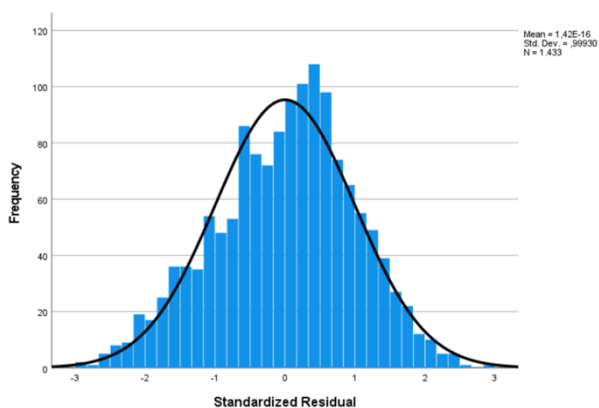
A



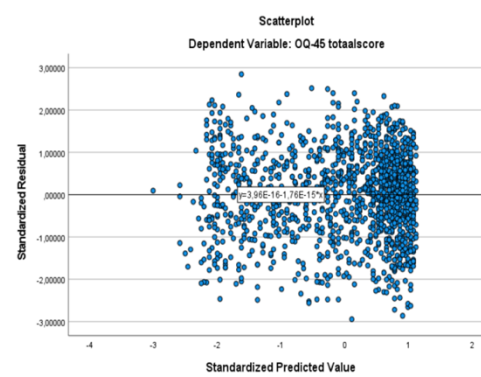
B



C



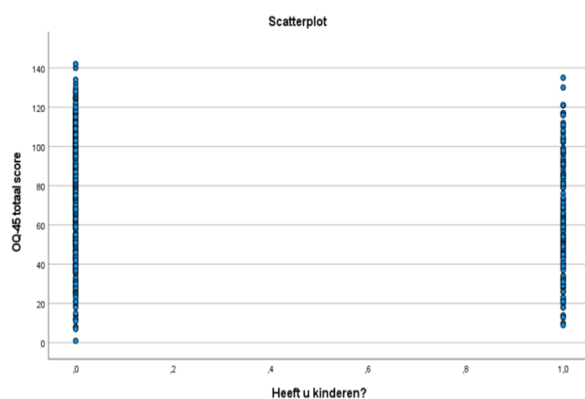
D



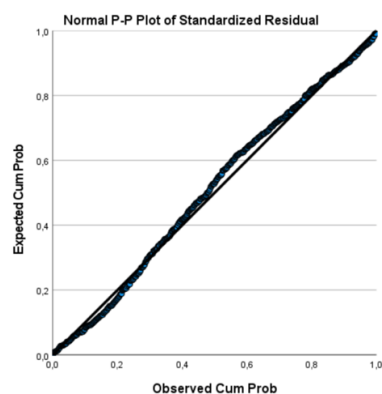
Figuur 5

Man - niet-ouders en ouders die zich zelden zorgen maken over hun kind(eren)

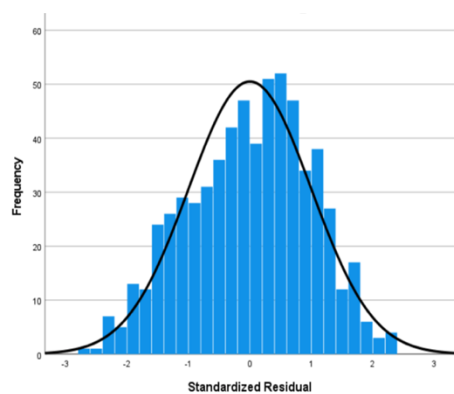
A



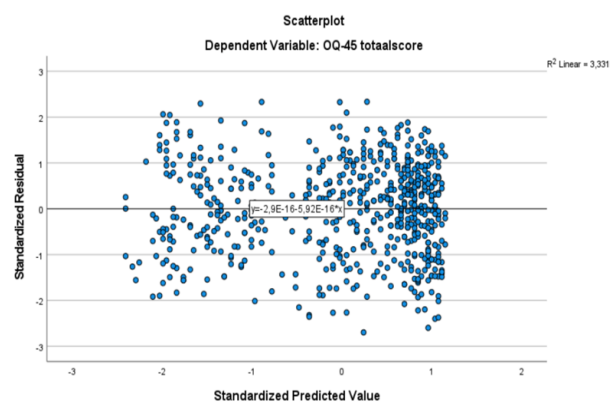
B



C



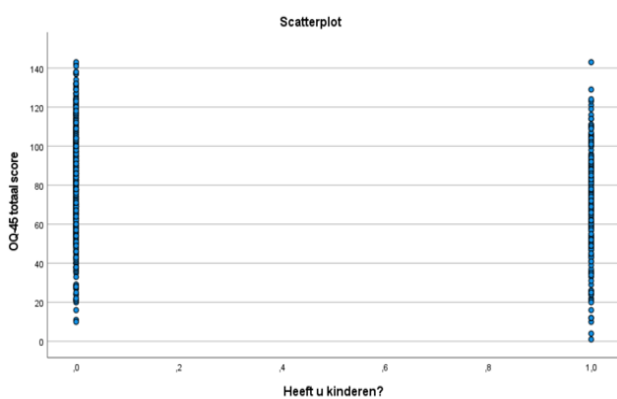
D



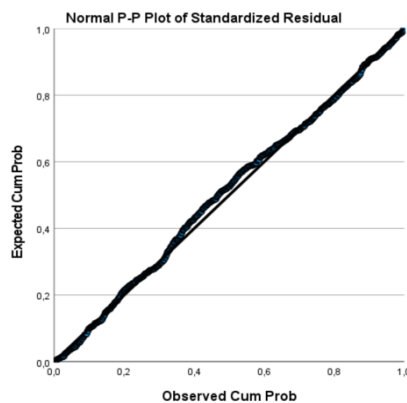
Figuur 6

Vrouw - niet-ouders en ouders die zich zelden zorgen maken over hun kind(eren)

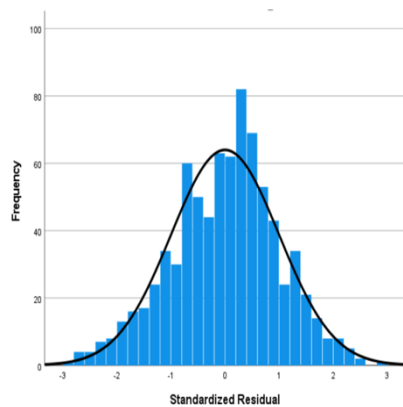
A



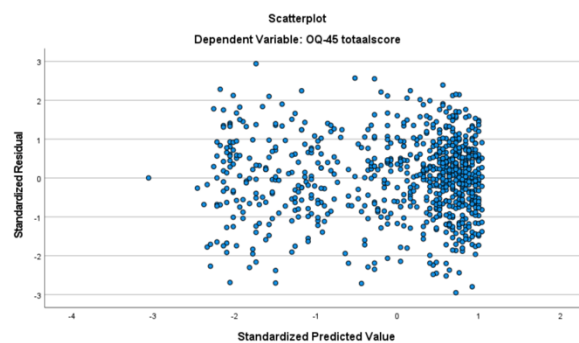
B



C

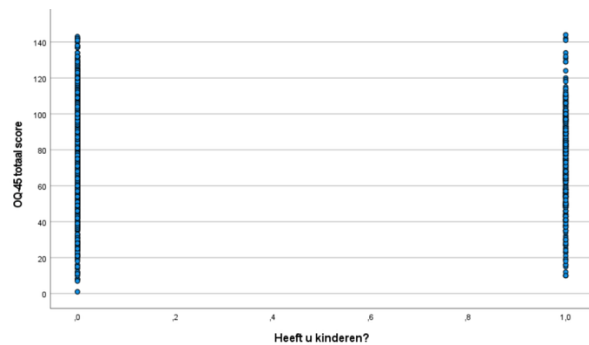


D

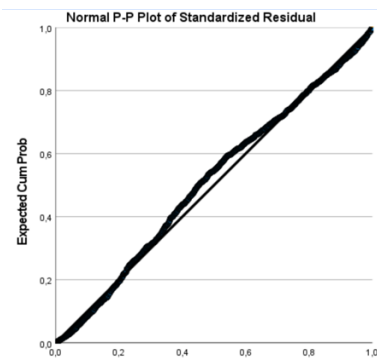
**Figuur 7**

Niet-ouders en ouders die zich soms zorgen maken over hun kind(eren)

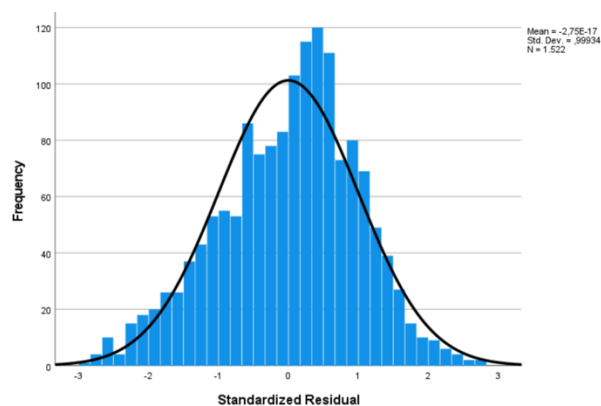
A



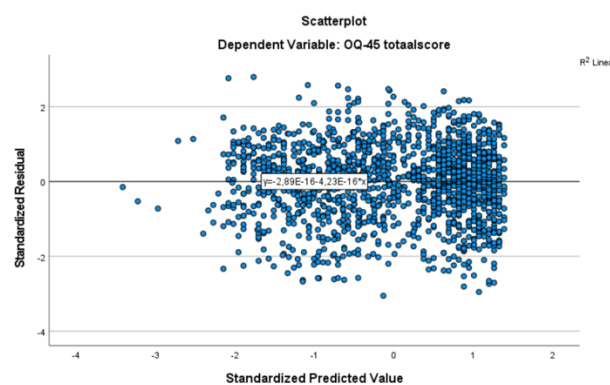
B



C



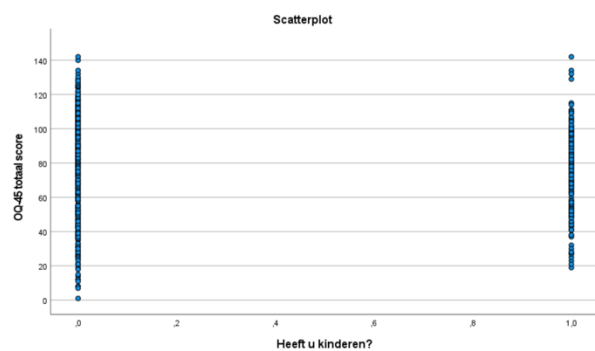
D



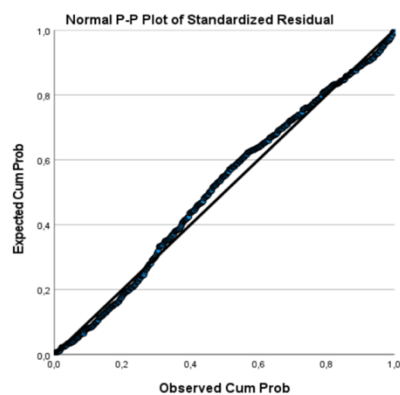
Figuur 8

Man - niet-ouders en ouders die zich soms zorgen maken over hun kind(eren)

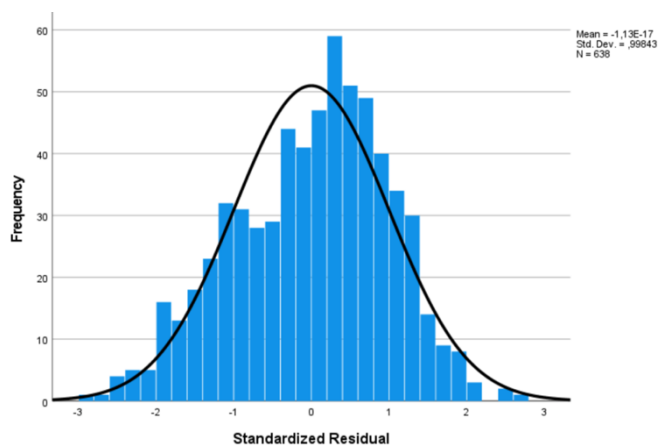
A



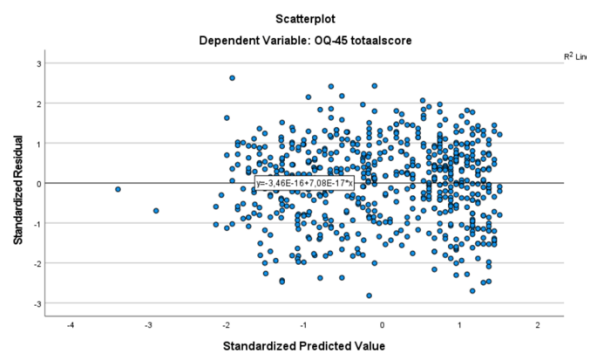
B



C

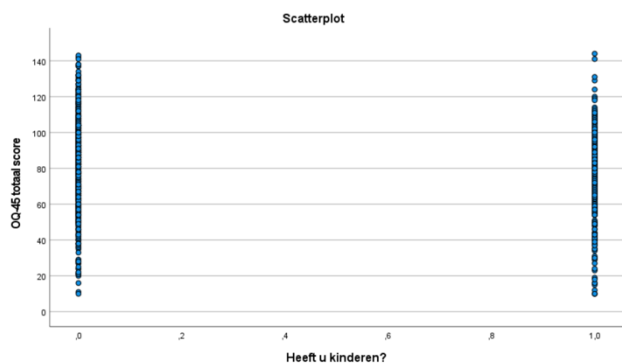
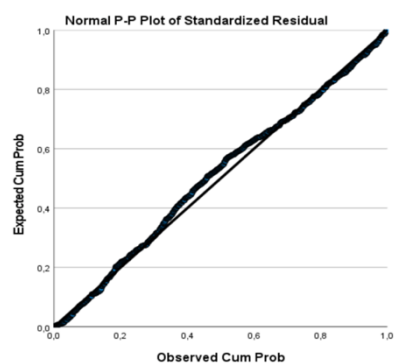
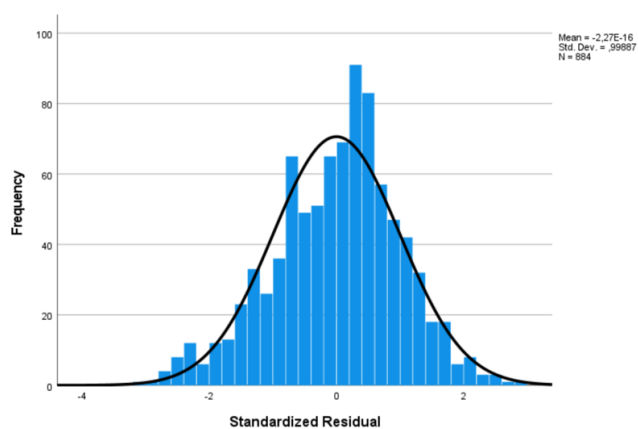
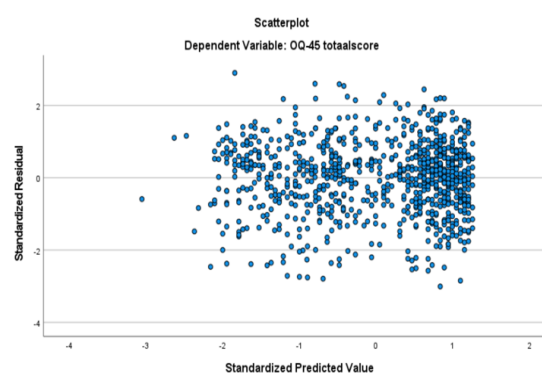


D

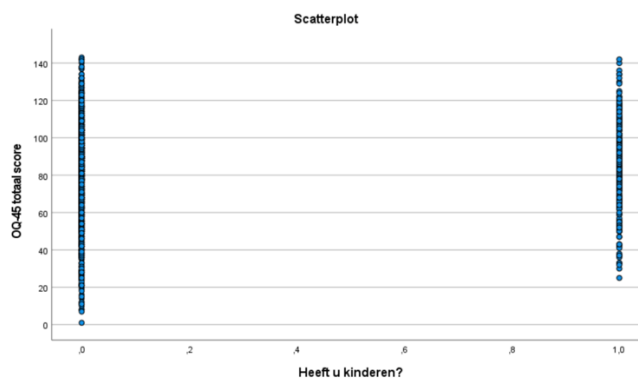
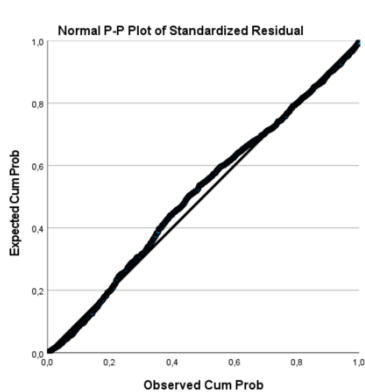


Figuur 9

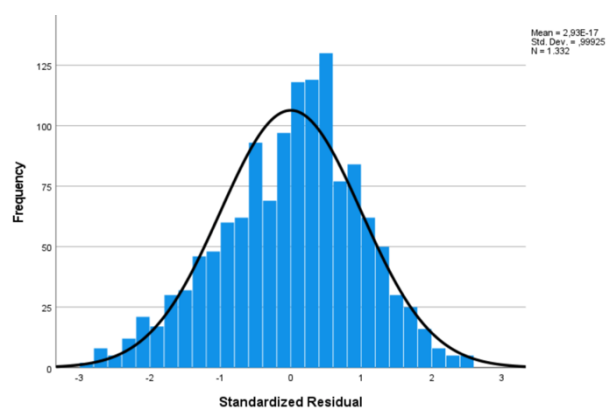
Vrouw - niet-ouders en ouders die zich soms zorgen maken over hun kind(eren)

A**B****C****D****Figuur 10**

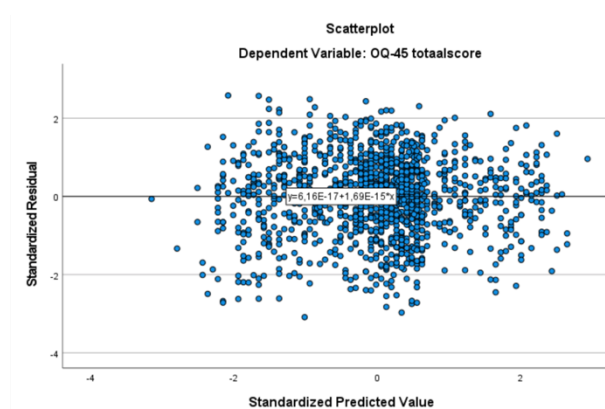
Niet-ouders en ouders die zich regelmatig zorgen maken over hun kind(eren)

A**B**

C



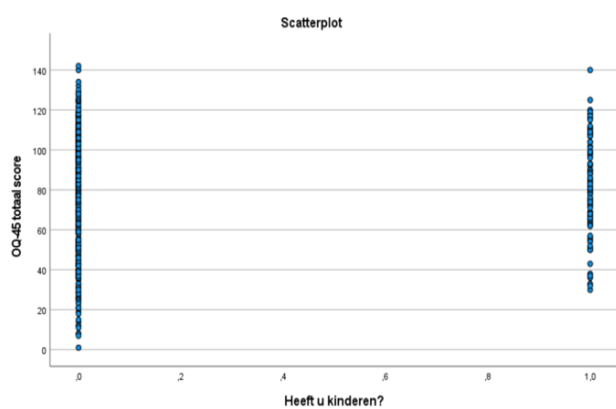
D



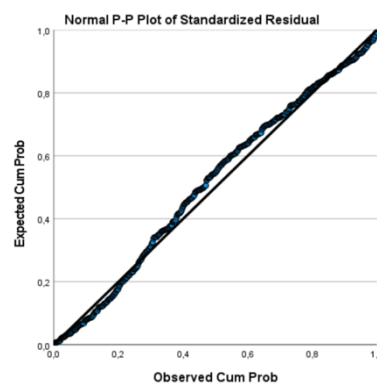
Figuur 11

Man - niet-ouders en ouders die zich regelmatig zorgen maken over hun kind(eren)

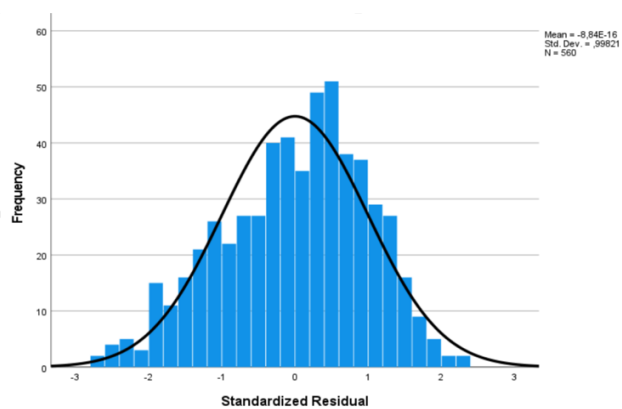
A



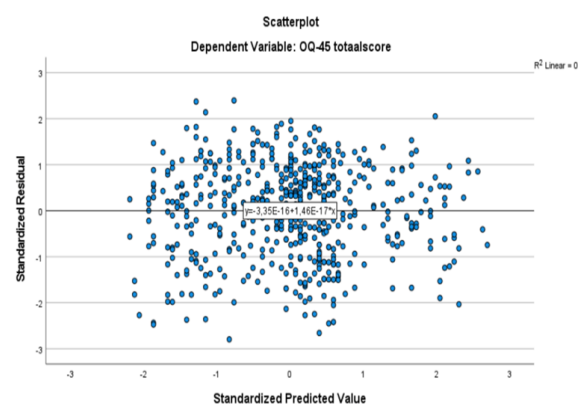
B



C

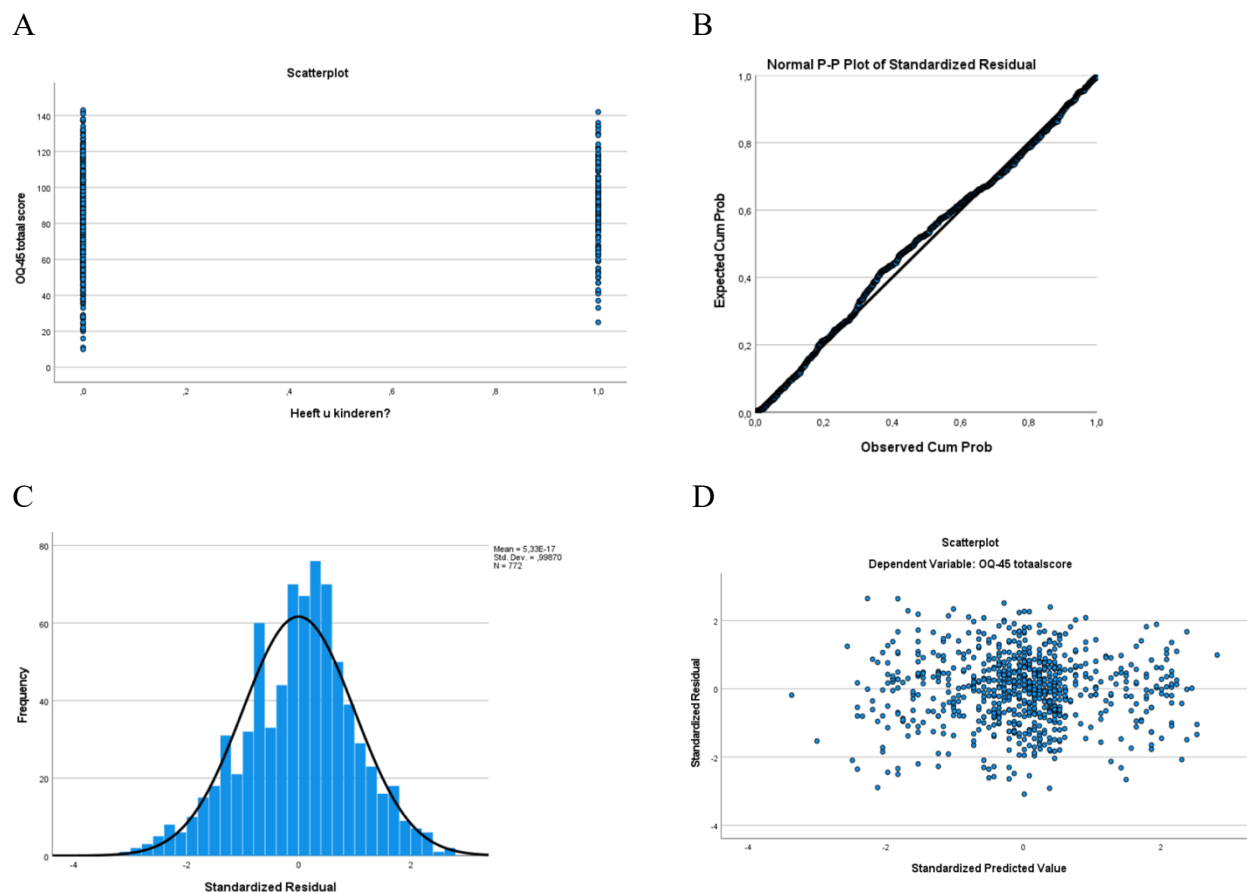


D

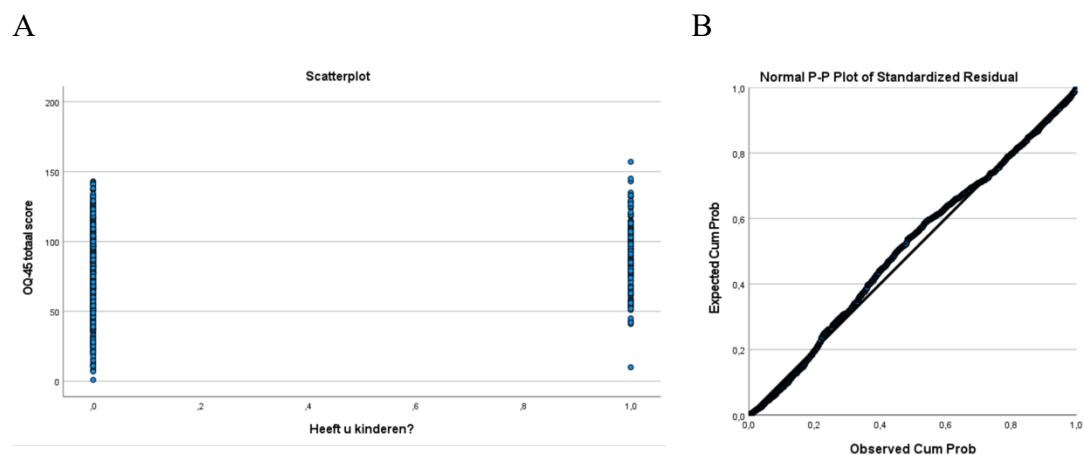


Figuur 12

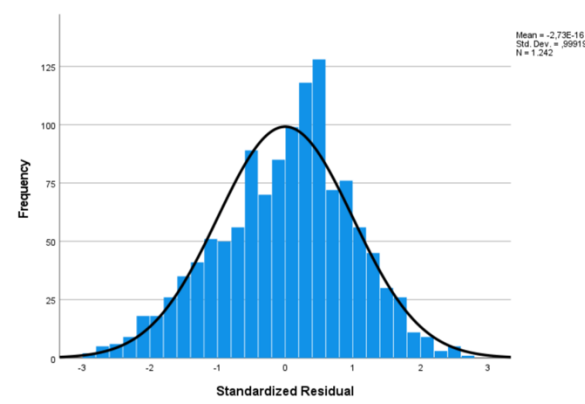
Vrouw - niet-ouders en ouders die zich regelmatig zorgen maken over hun kind(eren)

**Figuur 13**

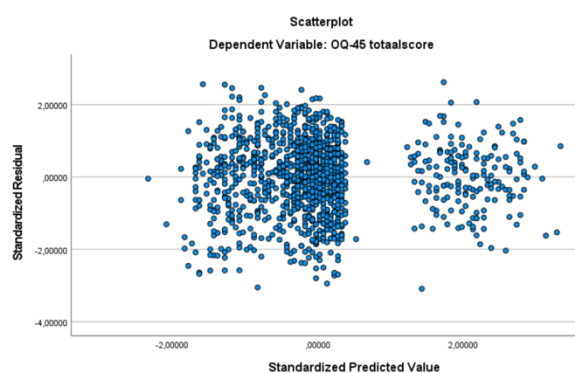
Niet-ouders en ouders die zich vaak zorgen maken over hun kind(eren)



C



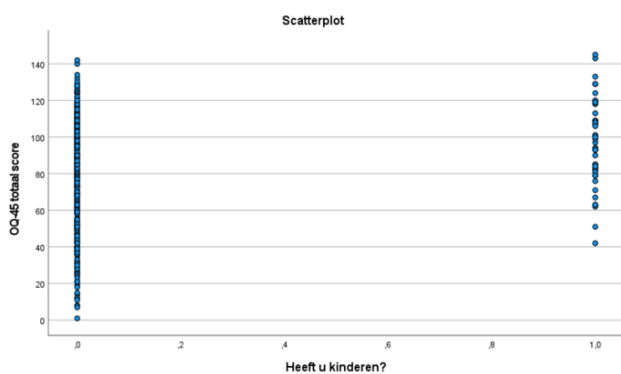
D



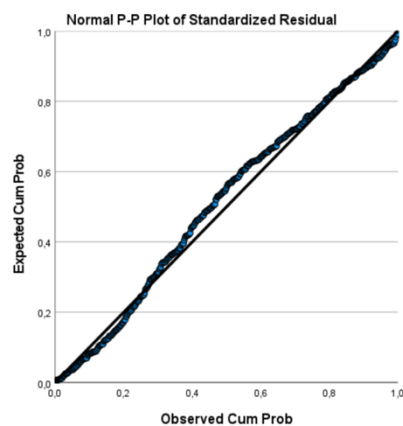
Figuur 14

Man - niet-ouders en ouders die zich vaak zorgen maken over hun kind(eren)

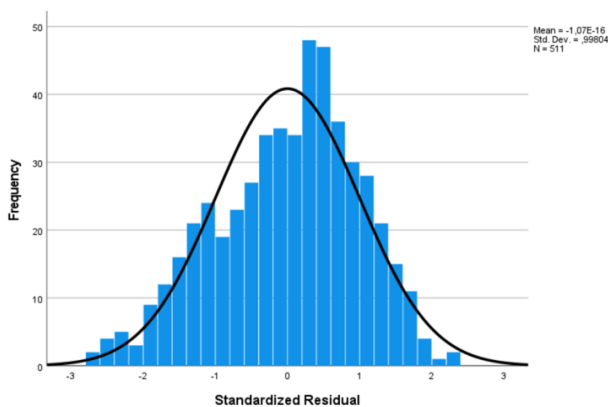
A



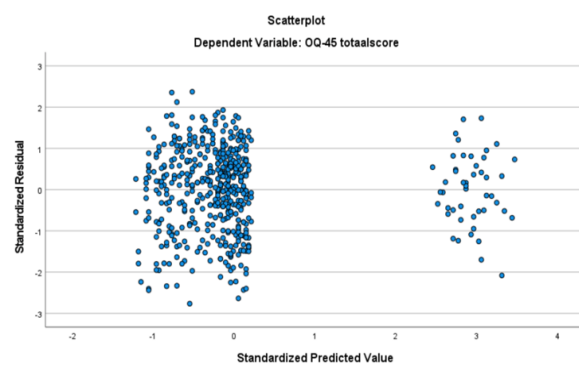
B



C

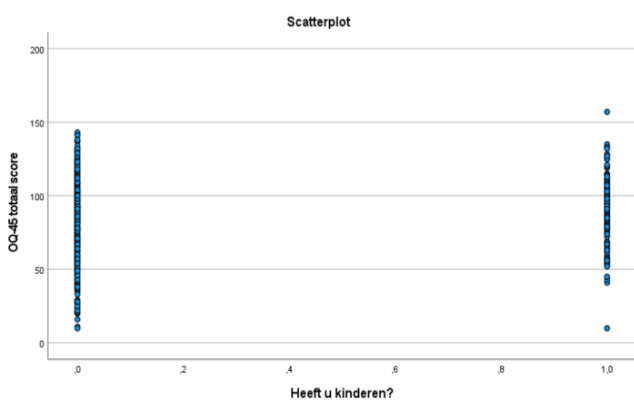
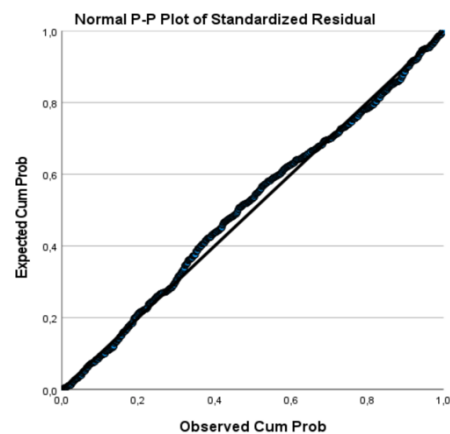
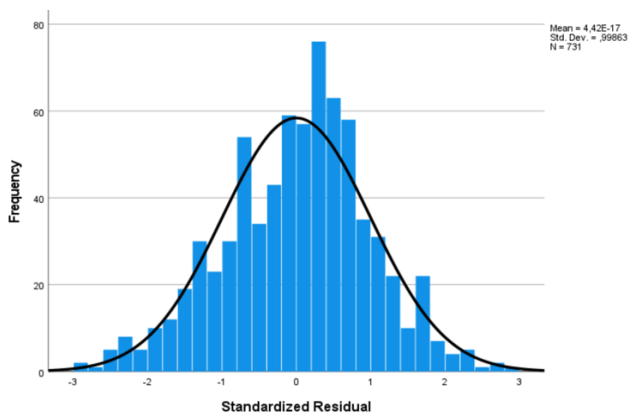


D



Figuur 15

Vrouw - niet-ouders en ouders die zich vaak zorgen maken over hun kind(eren)

A**B****C****D**