

**De associatie tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de symptomen bij ouders in de Geestelijke gezondheidszorg en de modererende rol van gender en de classificatie van ouders.**

Anne van Maare S4838602

Masterthesis Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Dr. Klaas J. Wardenaar

Dr. Annemarie M.N. Huyghen

29 mei 2025

Aantal woorden: 7168

## **Abstract**

The aim of this study was to find out more about the association between the age of children and the severity of the psychological symptoms of parents in mental health care. In addition, it was examined whether this association was moderated by gender and classification of depression, anxiety or bipolar disorder of parents. This quantitative study used data from the MOPHAR study. For this study, only parents with children up to 18 years were selected (n=885). The association between the age of the youngest child and the symptom severity of parents was examined using a simple regression analysis. Later, the age of parents was added as a control variable. In addition, multiple regression analysis were performed to examine whether the association was moderated by the gender and the classification of parents. The results showed no significant association between the severity of the psychological symptoms and the age of children of parents in mental health care. Also, no significant moderation effect was found for the moderators gender and classification of parent. The explained variance of all four models are low. The findings should take into account the limitations of the study, such as limited sample representation, symptom overlap between depression, anxiety and bipolar disorders and insufficient consideration of school-going children. Further research can focus on the family composition and the relationship with the severity of symptoms of parents in mental health care.

*Keywords: Parenthood, Mental Health, Age, Symptom Severity, Gender*

## Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was meer te weten te komen over de associatie tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de psychische klachten van ouders in de GGZ. Daarnaast is gekeken of deze associatie gemodereerd werd door het geslacht en de classificaties depressiestoornis, angststoornis of bipolaire stoornis van ouders. In dit kwantitatieve onderzoek is gebruikgemaakt van de data van de MOPHAR-studie. Voor deze studie zijn alleen ouders met kinderen tot 18 jaar geselecteerd (n=885). Aan de hand van een enkelvoudige regressieanalyse is de associatie tussen de leeftijd van het jongste kind en de ernst van de symptomen van ouders onderzocht. Later is hier de leeftijd van ouders aan toegevoegd als controlevariabele. Daarnaast zijn meervoudige regressieanalyses uitgevoerd om te onderzoeken of de associatie werd gemodereerd door het geslacht en de classificatie van ouders. De resultaten lieten geen significante associatie zien tussen de ernst van de psychische klachten en de leeftijd van kinderen van ouders in de GGZ. Ook is er geen significant moderatie-effect gevonden voor de moderatoren het geslacht en de classificatie van de ouder. De verklaarde variantie van alle vier de modellen is laag. Voor de bevindingen moet er rekening gehouden worden met de beperkingen van het onderzoek, zoals beperkte representatie van de steekproef, symptoom overlap tussen depressie, angst en bipolaire stoornissen en onvoldoende rekening houden met schoolgaande kinderen. Vervolgonderzoek kan zich richten op een bredere kijk op gezinssamenstelling en de samenhang met de ernst van symptomen van ouders in de GGZ.

*Trefwoorden: Ouderschap, GGZ, leeftijd, symptoom-ernst, geslacht*

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Inleiding .....                                                                                                  | 5  |
| Conceptueel model.....                                                                                           | 10 |
| Methode .....                                                                                                    | 10 |
| Deelnemers .....                                                                                                 | 10 |
| Procedure .....                                                                                                  | 10 |
| Metingen .....                                                                                                   | 11 |
| Assumpties.....                                                                                                  | 15 |
| Resultaten.....                                                                                                  | 15 |
| Beschrijvende statistiek .....                                                                                   | 15 |
| Model 1: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 .....                                          | 17 |
| Model 2: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met controlevariabele leeftijd<br>ouder. ....  | 19 |
| Model 3: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met geslacht ouder als moderator.<br>.....     | 20 |
| Model 4: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met classificatie ouder als<br>moderator. .... | 21 |
| Discussie .....                                                                                                  | 23 |
| Literatuur .....                                                                                                 | 27 |
| Bijlage A. Assumpties check .....                                                                                | 33 |

## **Inleiding**

Volgens gegevens uit de NEMESIS-3 studie hadden in 2023 naar schatting 3.3 miljoen mensen in Nederland te maken met een psychische aandoening (Ten Have, 2023). Hiervan hadden naar schatting 671.000 volwassenen zelf kinderen tot 18 jaar (van Dorsselaer et al., 2022). Mensen met een psychische stoornis kunnen problemen ervaren in bijvoorbeeld hun sociale netwerk, werk en maatschappelijke rollen, wat samen kan hangen met hun mentale gezondheid (Van Erp et al., 2022). Ook ouderschap kan een associatie hebben met de mentale gezondheid van ouders met een psychische aandoening (Radley, 2022). Ouderschap is een complexe en veelzijdige rol, die wordt beïnvloed door een breed scala aan persoonlijke en omgevingsfactoren (Harries et al., 2023). Hoewel ouderschap voor veel mensen waardevolle momenten biedt, brengt het ook uitdagingen met zich mee, ook bij mensen met een psychiatrische aandoening (Ackerson, 2003).

Ouderschap kan op verschillende manieren een associatie hebben met de ernst van de klachten bij mensen met een psychische aandoening (Stolper et al., 2022). Enerzijds lijkt ouderschap gepaard te gaan met een vermindering van psychische klachten bij ouders. Zo kan ouderschap samenhangen met stabiliteit, motivatie en het ervaren van het normale leven, wat mogelijk kan bijdragen aan het verlagen van de ernst van de symptomen (Van der Ende, 2016; Harries et al., 2023). Anderzijds kan de druk van het ouderschap leiden tot zorgen over de opvoeding, schuldgevoelens en stress, wat mogelijk kan zorgen voor verergering van psychische klachten bij ouders met een psychische stoornis (Harries et al., 2023). Ouders met een psychische stoornis kunnen moeite hebben met het vinden van balans tussen hun eigen mentale gezondheid, het gezinsleven en hun sociale verplichtingen (Van der Ende, 2016). Ouders kunnen zich schuldig voelen tegenover hun kinderen vanwege het effect van hun psychische aandoening op de kinderen (Ackerson, 2003; Stolper et al., 2022). Schuldgevoelens kunnen leiden tot zorgen en stress bij ouders, wat mogelijk samenhangt met de ernst van de psychische stoornis van ouders met psychische klachten (Harries et al., 2023; Van Wesemael, 2023). Veel elementen uit het gezinsleven kunnen een associatie hebben met de ernst van de klachten die GGZ-patiënten ervaren, zoals gezinssamenstelling, de mate van professionele ondersteuning en het sociale vangnet (Stolper et al., 2022). Veel onderzoeken kijken naar de associatie tussen de klachten van ouders met een psychische stoornis en de klachten van hun kinderen (Romijn et al., 2010). Echter, er is nog weinig bekend over de associatie tussen het hebben van kinderen en de ernst

van de psychische problemen van ouders in de GGZ (Nelson et al., 2014). Minder is bekend over factoren die samenhangen met de ernst van de klachten bij ouders in de GGZ en de leeftijd van kinderen is daar één van.

De leeftijd van het kind kan mogelijk associëren met de ernst van de psychische klachten bij ouders in de GGZ, aangezien kinderen zich in verschillende ontwikkelingsfasen bevinden, die elk gepaard gaan met specifieke behoeftes en opvoedkundige uitdagingen voor ouders (Ince & Kalthoff, 2020). In onderzoek naar ouders zonder psychische stoornis bleek dat in de vroege stadia van het ouderschap (0-6 jaar) er sprake is van een uitgebreide en intensieve verantwoordelijkheid voor ouders (Ince & Kalthoff, 2020). Dit kan onrust en stress bij de ouders met zich meebrengen (Wenselaar, 2015). Bij ouders met een psychiatrische aandoening en kinderen in de leeftijdsfase 0-6 jaar, is dit mogelijk ook het geval (Stolper et al., 2022). Tenslotte wijzen Scaramella & Leve (2004) erop dat ouders zonder psychische problemen de opvoeding van tweejarige als meest lastig ervaren, omdat tweejarige beginnen met hun eigen wil te ontdekken wat veel van ouders kan vergen (Scaramella & Leve, 2004; Asscher et al., 2008). Denkbaar is dat dit ook geldt voor ouders met psychische problemen, omdat de draagkracht van deze ouders kleiner is en zij dus eerder problemen kunnen ondervinden (Van der Ende, 2016; Theunissen et al., 2005). Wanneer kinderen ouder worden, vaak rond een leeftijd van 8 jaar, veranderen de behoeftes en mate van afhankelijkheid. Ouders krijgen in deze fase vaak te maken met ingewikkelde vraagstukken rondom identiteit, toekomstperspectieven en stemmingswisselingen (Ince & Kalthoff, 2020). Dat kinderen op zoek gaan naar hun eigen identiteit kan voor stress zorgen bij ouders (Caes et al., 2015). De stress kan een negatieve samenhang hebben met de mentale gezondheid van ouders die kampen met mentale problemen (Harries et al., 2023; Mihn et al., 2022). Daarentegen zijn oudere kinderen in staat om inzicht te verkrijgen in de aard van de stoornis van hun ouder, waardoor ze vaak beter omgaan met hun ouders en hun problematiek (Romijn et al., 2010). Daarnaast beschikken oudere kinderen over een grotere mate van veerkracht, waardoor ze beter in staat zijn om te gaan met emotionele en psychologische uitdagingen die spelen in het leven van een ouder met een psychische stoornis (Romijn et al., 2010). De grote mate van veerkracht van oudere kinderen kan mogelijk samenhangen met een afname van druk en stress die ouders ervaren (Romijn et al., 2010) en de mate van steun vanuit hun kinderen die ouders ervaren (Van der Ende, 2016). In het onderzoek van Romijn et al. (2010) wordt geïmpliceerd dat over het algemeen oudere kinderen zorgen voor

een vermindering van de ernst van de klachten van ouders, doordat ouders minder druk ervaren (Romijn et al., 2010).

De ernst van de symptomen bij ouders in de GGZ kan verschillen voor mannen en vrouwen (Delgado-Herrera, 2024; Van Amelsvoort & Zinkstok, 2022). Moeders met psychische problemen kunnen gevoelens van falen ervaren in hun opvoedrol en kunnen zich sociaal geïsoleerd voelen (Perera et al, 2014; Sell et al., 2021), wat kan bijdragen aan een toename van psychische klachten (Stolper et al., 2022). In het onderzoek van Van der Ende (2016) komt naar voren dat vaders met een psychische stoornis zich niet serieus genomen voelen, zowel bij hun partner als door professionals, wat een verband kan hebben met de ernst van de symptomen. De relatie tussen de leeftijd van de kinderen en de ernst van de symptomen bij GGZ-patiënten zou kunnen verschillen voor mannen en vrouwen. Moeders hebben vaker een hogere betrokkenheid bij de opvoeding van hun jonge kinderen dan vaders (Hallers-Haalboom et al., 2017), wat voor moeders met psychische problemen extra uitdagend kan zijn (Paquette, 2004). De hoge betrokkenheid kan mogelijk bijdragen aan een toename van psychische klachten, omdat het voor sommige moeders lastig is een balans te vinden tussen het ouderschap en hun eigen mentale gezondheid (Awram et al., 2017), vooral wanneer jonge kinderen veel nabijheid en zorg nodig hebben (Ince & Kalthoff, 2020). Uit het onderzoek van Dekovic en Rispens (1998) bleek dat bij oudere kinderen moeders meer problemen ervaren dan vaders, omdat moeders het lastiger vinden om hun kinderen vrijheid te geven. Vaders kunnen beter aansluiten bij oudere kinderen, omdat zij vaker de nadruk leggen op vrijheid en zelfstandigheid, wat belangrijk is in de adolescentiefase (Dekovic & Rispens, 1998). Een goede aansluiting bij de kinderen kan samenhangen met de ernst van de symptomen van ouders (Sell et al., 2021). In het onderzoek van Luciano (2014) kwam naar voren dat vaders met psychische problemen naar verhouding minder betrokken zijn bij de rol van ouderschap dan moeders. Vaders willen graag een goede band opbouwen met hun kinderen, maar geven aan dat dit vooral bij jonge kinderen moeilijk te realiseren is (Van der Ende, 2016). Een moeilijke relatie met de kinderen kan associëren met de ernst van de symptomen van ouders (Sell et al., 2021). Gezien de literatuur zou de relatie tussen de leeftijd van het kind en de ernst van de symptomen van ouders kunnen verschillen voor mannen en vrouwen. Het geslacht van ouders is daarom in dit onderzoek meegenomen als mogelijke moderator, dit is weergegeven in Figuur 1a.

De samenhang tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de symptomen kan mogelijk variëren voor een depressie-, bipolaire of angststoornis (Nelson et al., 2014). Een psychische aandoening wordt geclassificeerd aan de hand van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2022). Veel voorkomende stoornissen in de GGZ kunnen in grote lijnen worden ingedeeld in depressie-stoornissen, bipolaire stoornissen en angststoornissen (American Psychiatric Association, 2022). Daarnaast zijn er ook stoornistypen die minder vaak voorkomen, zoals psychotische- en persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association, 2022). Voor ouders met een depressie stoornis kan het hebben van jonge kinderen zorgen voor structuur in een dag en kan het bijdragen aan een gevoel van zingeving (Ince & Kalthoff, 2020). Structuur en zingeving kunnen bijdragen aan het verlagen van de psychische klachten van ouders met een depressiestoornis (Stolper et al., 2022; Wenselaar, 2015). Bij ouders met een bipolaire stoornis kunnen jonge kinderen mogelijk negatief reageren op de stemmingswisselingen van hun ouders, terwijl de behoefte aan stabiliteit bij deze leeftijdsfase groot is (Calam et al., 2012; Wilson & Crown, 2009). Het onvermogen om stabiliteit te bieden kan leiden tot verhoogde stress en verergering van symptomen (Mihn et al., 2022). Bij ouders met een angststoornis kunnen jonge kinderen zorgen voor een verhoging van psychische klachten (Mihn et al., 2022). Jonge kinderen zijn de wereld aan het ontdekken en hebben een hoge zorgbehoefte (Ince & Kalthoff, 2020), wat voor veel spanning kan zorgen bij ouders met een angststoornis (Wenselaar, 2015). Oudere kinderen zijn doorgaans zelfstandiger, waardoor er minder een beroep gedaan wordt op het energieniveau van de ouder, wat zou kunnen bijdragen aan een afname van depressieve symptomen (Stolper et al., 2022; Wenselaar, 2015). Ouders met een bipolaire stoornis vinden het vaak lastig om in te spelen op de emotionele behoefte van oudere kinderen (Calam et al., 2012; Creech & Misca, 2017; Maybery & Reupert, 2009), wat kan leiden tot conflicten tussen ouder en kind (Mihn et al., 2022) en mogelijk een toename van psychische klachten (Calam et al., 2012; Wilson & Crown, 2009). Ouders met een angststoornis kunnen een gevoel van controleverlies ervaren als hun kinderen adolescentie bereiken (Mihn et al., 2022). Kinderen gaan opzoek naar hun eigen identiteit en zoeken grenzen op (Ince & Kalthoff, 2020), wat ervoor kan zorgen dat de angstklachten van ouders verergeren (Mihn et al., 2022). Mogelijk verschilt de associatie tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de psychische klachten van ouders voor de verschillende

psychische stoornissen. Daarom wordt naast geslacht ook de classificatie van de psychische problematiek van ouder meegenomen als moderator.

Uit bovenstaande blijkt dat er nog weinig bekend is over de relatie tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de symptomen van ouders in de GGZ. Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen over de associatie tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de symptomen bij een psychische stoornis van ouders in de GGZ. De volgende onderzoeksvraag is opgesteld: *In hoeverre verschilt de ernst van de psychische klachten tussen ouders in de GGZ van kinderen in verschillende leeftijdsfasen 0-6 jaar, 6-12 jaar en 12-18 jaar?* Twee vervolgvragen zijn opgesteld:

1. *In hoeverre modereert het geslacht van de ouder de associatie tussen leeftijdsfase van kinderen en de ernst van de psychische klachten van ouders?*
2. *In hoeverre modereert het type psychische stoornis van de ouder de associatie tussen de leeftijdsfase van kinderen en de ernst van de psychische klachten van ouders?*

Op basis van bovenstaande is de verwachting dat ouders met jongere kinderen (0-6 jaar) hoger scoren op ernst van de symptomen dan ouders met oudere kinderen op basisschoollleeftijd (6-11 jaar) en adolescentie (11-18 jaar). Daarnaast is de verwachting dat deze associatie sterker is bij vrouwen dan bij mannen. Ten slotte is de verwachting dat de samenhang tussen de leeftijd van kinderen en de ernst van de symptomen van ouders sterker is bij een angststoornis dan bij depressie- en bipolaire stoornis, omdat de verwachting is dat bij zowel het hebben van jonge en als oudere kinderen de ernst van de symptomen bij mensen met een angststoornis zou kunnen versterken. De onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van een kwantitatief onderzoek gebaseerd op de MOPHAR-studie, die GGZ-patiënten in Noord-Nederland onderzoekt.

Veel bestaand onderzoek richt zich op de impact van psychische stoornissen bij ouders op het welzijn en de ontwikkeling van kinderen. Daarentegen is er relatief weinig aandacht voor hoe de leeftijd van het kind samenhangt met de ernst van de psychische klachten van ouders in de GGZ (Ackerson, 2003; Wilson & Crown, 2009). Door de onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt er inzicht verkregen in de sterkte en richting van deze samenhang. Meer kennis over deze samenhang stelt professionals in staat om hun begeleiding en interventies af te stemmen op de specifieke opvoedingsbelasting die samenhangt met de leeftijdsfase van het kind. Door ook het modererende effect van het geslacht en de classificatie van ouders mee te nemen, kan verdere

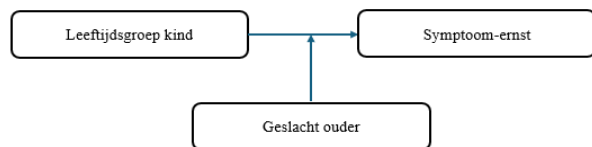
verfijning plaatsvinden. Zo kunnen ouders en kinderen zo passend mogelijk geholpen worden en kan mogelijk verdere verhoging van de ernst van de psychische klachten van ouders voorkomen worden.

## Conceptueel model

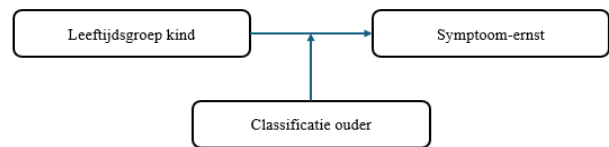
**Figuur 1**

*Conceptueel model*

**1a.**



**1b.**



## Methode

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De data zijn afkomstig uit een bestaande studie Monitoring Outcomes of Psychiatric PHARmacotherapy (MOPHAR) (Simoons et al., 2019). De MOPHAR-studie is een cohortstudie. De psychiatrische patiënten zijn als onderdeel van dit onderzoek systematisch gemonitord gedurende hun behandeling. Het doel van de MOPHAR-studie is onder andere om inzicht te verkrijgen in de lichamelijke gevolgen van psychische aandoeningen en psychofarmaca gebruik (Simoons et al., 2019).

## Deelnemers

De inclusiecriteria voor deelnemers aan de MOPHAR-studie zijn mensen die zijn doorverwezen of al in behandeling zijn bij de polikliniek van de GGZ Drenthe van 18 jaar en ouder. De steekproef bestaat uit 2571 patiënten. Er zijn geen specifieke criteria voor uitsluiting. Van deze groep zijn er in het huidige onderzoek alleen patiënten met kinderen tot 18 jaar geselecteerd (n= 885; 34%).

## Procedure

De data zijn verzameld van januari 2016 tot en met december 2021. Patiënten die zijn aangemeld bij de GGZ Drenthe kregen een uitnodigingsbrief toegestuurd. In de uitnodigingsbrief zijn patiënten gevraagd een online vragenlijst in te vullen. Aan de hand van de vragenlijst zijn de demografische kenmerken, leefstijl en behandelgeschiedenis van de patiënt in kaart gebracht.

Ook is de ernst van de symptomen uitgevraagd aan de hand van zelfrapportage. Hierna werd een afspraak ingepland voor een somatische screening bij een verpleegkundige. De vragenlijsten en somatische screening worden minimaal één keer per jaar herhaald. Voor het huidige onderzoek is de eerste meting van elke patiënt geraadpleegd. Een gedetailleerde weergave van de procedure van het MOPHAR-onderzoek is te vinden in de publicatie van Simoons et al. (2019). Alle deelnemers van de MOPHAR-studie hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek en konden zich op elk moment terugtrekken uit het onderzoek. De ethische aspecten van de MOPHAR-studie zijn geëvalueerd en goedgekeurd door de onafhankelijke Medische Ethische Toetsings Commissie (METC). Daarnaast is in november 2014 de MOPHAR-studie geregistreerd in het Nederlandse Trial Register. De data voor het huidige onderzoek is aangepast en gepseudonimiseerd vrijgegeven door de onderzoeksbegeleider. De dataset is opgeslagen en geanalyseerd op de beveiligde server (Y-schijf) van de Rijksuniversiteit Groningen.

## **Metingen**

### ***Demografische factoren***

De demografische factoren leeftijd en geslacht van de deelnemers zijn gebruikt. Het geslacht van de ouder is gemeten, waarbij 1=*man* en 2=*vrouw*. De leeftijd van ouders is uitgerekend aan de hand van de geboortedatum.

### ***Diagnose***

De variabele ‘diagnose’ geeft aan welke primaire classificatie is gesteld bij de patiënt door de clinicus. Deze variabele is opgedeeld in vier groepen: ‘stemmingsstoornis depressie’, ‘stemmingsstoornis bipolaire stoornis’, ‘angststoornis’ en ‘overige stoornissen’. Onder overige stoornissen vallen onder andere psychotische stoornissen, cognitieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen, genderidentiteitsstoornissen, eetstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, aanpassingsstoornissen en andere aandoeningen waar geen diagnose is gevonden of uitgesteld.

### ***Leeftijd van het jongste kind***

De voorspeller van dit onderzoek is ‘de leeftijd van het jongste kind’ en is gemeten aan de hand van de vraag wat het geboortjaar is van hun kind. Aan de hand van de geboortejaren zijn de leeftijden van de kinderen berekend. Voor de variabele leeftijd van het kind zijn er drie leeftijdsgroepen aangemaakt: *0 tot 6 jaar*, *6 tot 11 jaar* en *11 tot 18 jaar*. Deze indeling komt

overeen met de ontwikkelingsfases van Piaget (Boer et al., 2013) en is gemaakt om herleidbaarheid naar individuele casussen te minimaliseren en vertrouwelijkheid te waarborgen.

### ***Ernst van de psychische klachten***

De uitkomstmaat ‘ernst van de psychische klachten’ is gemeten aan de hand van de Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) (De Jong et al., 2008). De OQ-45 is een zelfrapportagevragenlijst van 45 vragen die verschillende aspecten van het psychosociaal functioneren van de patiënt meet en oorspronkelijk ontwikkeld door Lambert et al. (2004). Het doel van de vragenlijst is een inzicht te geven in hoe een patiënt de klachten ervaart. De vragen zijn gescoord aan de hand van een vijfpunts Likertschaal: *nooit (0)*, *zelden (1)*, *soms (2)*, *vaak (3)*, *bijna altijd (4)*. Alle scores op de vragen worden bij elkaar opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore kan van 0 tot 180 lopen, waarbij een hoge totaalscore indicatie is voor een hoge ernst van de symptomen.

Uit eerdere onderzoeken bleken de psychometrische eigenschappen van de OQ-45 vragenlijst adequaat. Bij de test-hertest blijven de scores stabiel en is er een correlatie gevonden van  $r = 0.70-0.83$ , waaruit blijkt dat de test-hertestbetrouwbaarheid hoog is (De Jong et al., 2008).

Daarnaast is de interne consistentie vastgesteld met behulp van de Cronbach's  $\alpha$ -coëfficiënt, welke .93 bleek te zijn. Dit duidt op een voldoende tot goede samenhang tussen de items van de vragenlijst (De Jong et al., 2008). De OQ-45 laat een gemiddeld tot hoge mate van bewijs voor validiteit zien (Lambert et al., 2004). De Beurt et al. (2004) heeft aangetoond dat de vragenlijst passend is bij de symptomen van de patiënten, wat duidt op een goede constructvaliditeit. Ook bleek uit onderzoek van Doerfler et al. (2002) dat de subschalen van de OQ-45 positief correleren met de subschalen van de Behavior and Symptom Identification Scale (.72), wat de convergente validiteit ondersteunt (Doerfler et al., 2022).

### **Analyse**

De data zijn geanalyseerd met het programma SPSS, versie 28. Om inzicht te krijgen in de demografische en klinische gegevens van de onderzoekspopulatie is er gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek. Voor de variabelen geslacht ouder, classificatie ouder en leeftijdsgroep van het jongste kind zijn de frequenties en percentages weergegeven. Van de continue variabelen leeftijd van de ouder en totaalscore op de OQ-45 zijn gemiddelde en standaarddeviatie genomen. Daarnaast is een histogram gemaakt van de continue variabelen om de verdeling van de data en

mogelijke afwijkingen van de normaalverdeling weer te geven. De bovenstaande gegevens vormen de basis voor verdere analyse.

Het eerste statistische model is een enkelvoudige regressieanalyse om de associatie tussen de leeftijd van het jongste kind en de ernst van de psychische klachten te onderzoeken. De leeftijd van het jongste kind is omgezet in een dummyvariabele 0-6 jaar en 6-11 jaar. De contrasten tussen deze dummyvariabelen en de vergelijkingscategorie 11-18 jaar zijn bestudeerd. De volgende formule hoort bij het eerste model:  $\text{Symptoom-ernst} = A + \text{Leeftijdsgroep 0-6 jaar} * B1 + \text{Leeftijdsgroep 6-11 jaar} * B2$ . A staat voor de constante, dit is de geschatte gemiddelde symptoom-ernst wanneer de onafhankelijke variabele nul is. B1 en B2 zijn de regressiecoëfficiënten die weergeven hoeveel de uitkomst verschilt ten opzichte van de constante. De B-coëfficiënt met het 95% betrouwbaarheidsinterval geeft inzicht in de richting en sterkte van de associatie. Om te bepalen of de uitkomst van de associatie significant is en de nulhypothese verworpen kan worden, is de p-waarde ( $<.05$ ) bekeken. De p-waarde geeft de kans weer dat de gevonden associatie berust op toeval. Als laatste is de R square ( $R^2$ ) berekend om te onderzoeken hoeveel van de variantie in de ernst van de symptomen verklaard wordt door de leeftijdsgroep van het jongste kind. De R square ligt tussen de 0 en de 1, waarbij 1 duidt op een groot verklarend vermogen van de onafhankelijke variabele.

In het tweede statistische model is een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd met de leeftijd van de ouder als controlevariabele. De B-coëfficiënt en het 95% betrouwbaarheidsinterval zijn berekend om te onderzoeken of de associatie tussen 'leeftijdsgroep kind' en 'symptoom-ernst' is veranderd na het toevoegen van de controlevariabele 'leeftijd ouder'. Daarnaast is de p-waarde onderzocht voor de associatie tussen 'leeftijdsgroep kind' en 'symptoom-ernst', gecontroleerd door 'leeftijd ouder' significant is ( $<.05$ ). Verder is de Adjusted  $R^2$ -waarde berekend om te bepalen of de variantie van 'symptoom-ernst' verklaard kan worden door 'leeftijdsgroep kind' gecontroleerd door 'leeftijd ouder'.

Het derde statistische model is een meervoudige regressieanalyse om de associatie tussen de leeftijdsgroep van het jongste kind en de ernst van de symptomen te onderzoeken, waarbij de onafhankelijke variabele het geslacht van de ouder is meegenomen in een moderator. Geslacht wordt meegenomen als onafhankelijke variabele, maar ook in een interactieterm met leeftijdsgroep kind. Hierbij hoort de volgende formule:  $\text{Symptoom-ernst} = A + \text{Leeftijdsgroep 0-6 jaar} * B1 + \text{Leeftijdsgroep 6-11 jaar} * B2 + \text{Geslacht ouder} * B3 + \text{Leeftijdsgroep 0-6 jaar} *$

Geslacht ouder \* B4 + Leeftijdsgroep 6-11 jaar \* Geslacht ouder \* B5. A staat voor de constante, dit is de geschatte gemiddelde symptoom-ernst wanneer de onafhankelijke variabele nul is. De B-coëfficiënt en het 95% betrouwbaarheidsinterval genoteerd, om de sterkte en richting van de samenhang weer te geven. Daarnaast is gekeken of de interactietermen een significante *p*-waarde hebben (<.05). Dan kan de hypothese aangenomen worden dat de associatie tussen de leeftijd van het jongste kind en de symptoom-ernst van ouders gemodereerd wordt door het geslacht van ouders. Wanneer er sprake is van een significante uitkomst, wordt de B-coëfficiënt geanalyseerd om de sterkte en de richting van het moderatie-effect van het geslacht van de ouder op de associatie tussen de leeftijdsgroep van het kind en de ernst van de symptomen van ouders weer te geven. Als laatste is de Adjusted R<sup>2</sup>-waarde berekend om weer te geven hoeveel procent van de variantie van de OQ-45 totaalscore verklaard kan worden door het model.

Voor het vierde statistische model is de meervoudige regressieanalyse herhaald om de associatie tussen de leeftijd van het jongste kind en de ernst van de symptomen te onderzoeken, waarbij de classificatie van ouder is meegenomen als moderator. De classificatie is omgezet in de dummy variabelen: depressie en bipolaire stoornissen. De contrasten tussen de dummyvariabele en de variabele angststoornis zijn bestudeerd. Depressie en bipolaire stoornissen worden meegenomen als onafhankelijke variabele, maar ook als interactieterm met de leeftijdsgroepen van het kind. De bijpassende formule is: Symptoom-ernst = A + Leeftijdsgroep 0-6 jaar \* B1 + Leeftijdsgroep 6-11 jaar \* B2 + Depressie \* B3 + Bipolaire \* B4 + Leeftijdsgroep 0-6 jaar \* Depressie \* B5 + Leeftijdsgroep 6-11 \* Depressie \* B6 + Leeftijdsgroep 0-6 \* Bipolaire \* B7 + Leeftijdsgroep 6-11 jaar \* Bipolaire \* B8. De B-coëfficiënt en het 95% betrouwbaarheidsinterval zijn berekend. Daarnaast is gekeken of de interactieterm een significante *p*-waarde heeft (*p* <.05), dan kan de hypothese, dat de associatie tussen ‘leeftijdsgroep kind’ en ‘symptoom-ernst’ gemodereerd wordt door de classificatie van ouders. Wanneer er sprake is van een significante uitkomst, wordt de B-coëfficiënt geanalyseerd om de sterkte en de richting van het moderatie-effect van de classificatie van de ouder op de associatie tussen de leeftijdsgroep van het kind en de symptoom-ernst van ouders weer te geven. Ten slotte is de R<sup>2</sup>-waarde berekend om te zien hoeveel procent van de variantie van de OQ-45 totaalscore verklaard kan worden door het modererende effect van de classificatie van ouders op de associatie tussen de leeftijdsgroep van het kind en de symptoom-ernst van ouders.

## **Assumpties**

Alle statistische modellen zijn gecontroleerd op de assumpties lineariteit, onafhankelijkheid, normaliteit en homoscedasticiteit. Om de lineariteit te testen is een scatterplot gemaakt waarin de onafhankelijke variabele 'leeftijd kind' is afgezet tegen de afhankelijke variabele 'symptoom ernst'. Wanneer er een rechte lijn getrokken kan worden door de punten, wordt er voldaan aan de assumptie lineariteit. Voor dichotome variabele en dummy variabele geldt dat ze voldoen aan de assumptie van lineariteit, omdat er maar twee waarden zijn (0 of 1). De assumptie onafhankelijkheid is gecontroleerd door de afhankelijke en onafhankelijke variabelen onafhankelijk van elkaar te meten met verschillende meetinstrumenten. Daarnaast is normaliteit gecontroleerd aan de hand van een histogram van de variabele uitkomst OQ-45, waarbij de verdeling normaal verdeeld moet zijn. Daarnaast is de normaliteit gecontroleerd aan de hand van een pp-plot, waarbij de residuen langs de diagonale lijn moeten lopen. Als laatste is de assumptie homoscedasticiteit gecontroleerd door middel van een scatterplot van de residuen, waarbij er een gelijke spreiding van residuen zichtbaar moet zijn over de volledige range van voorspelde waarden. Wanneer er niet aan de assumpties voldaan werd, is de afhankelijke variabele 'symptoom-ernst' getransformeerd. Dit kan aan de hand van een logaritmische transformatie. Als na transformatie wel aan de assumpties voldaan werd, is de variabele opnieuw meegenomen in de analyse.

## **Resultaten**

### **Beschrijvende statistiek**

In Tabel 1 is te zien dat meer dan de helft (61%) van de respondenten, met kinderen tot 18 jaar, vrouw is. Verder wordt duidelijk dat bij de meeste ouders (47%) het jongste kind in de leeftijdsgroep 0-6 jaar valt. De classificatie die het vaakst bij ouders voorkomt, is een angststoornis (42%) gevolgd door de stemmingsstoornis depressie (41%). De beschrijvende statistiek van de continue variabelen zijn weergegeven in Tabel 2. De respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 40 jaar en een gemiddelde totaalscore van 78.4 op de OQ-45 vragenlijst. In Figuur 2A is te zien hoe de leeftijden van ouders en in Figuur 2B is hun scores op de OQ-45

verdeeld zijn onder de respondenten. Voor beide variabelen geldt dat deze ongeveer normaal verdeeld zijn.

**Tabel 1**

*Verdeling van de respondenten voor geslacht ouder, leeftijdsgroep kind en classificatie ouder*

|                     |            | Frequentie (n) | Percentage (%) |
|---------------------|------------|----------------|----------------|
| Geslacht ouder      |            |                |                |
|                     | Man        | 344            | 39             |
|                     | Vrouw      | 541            | 61             |
|                     | Totaal     | 885            | 100            |
| Leeftijdsgroep kind |            |                |                |
|                     | 0-6 jaar   | 413            | 47             |
|                     | 6-11 jaar  | 224            | 25             |
|                     | 11-18 jaar | 248            | 28             |
|                     | Totaal     | 885            | 100            |
| Classificatie ouder |            |                |                |
|                     | Depressie  | 167            | 41             |
|                     | Bipolaire  | 70             | 17             |
|                     | Angst      | 171            | 42             |
|                     | Totaal     | 408            | 100            |

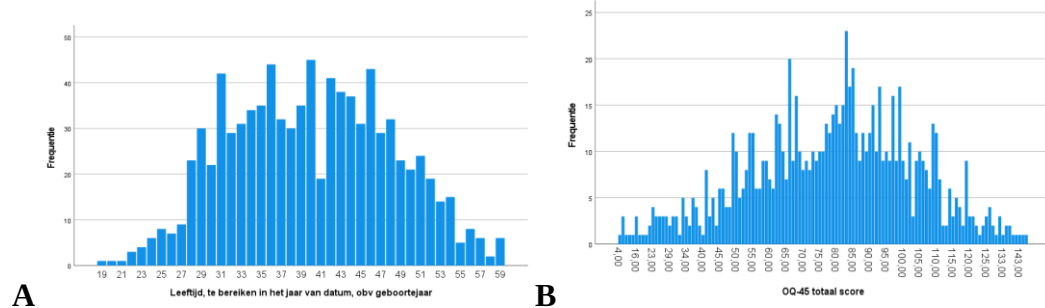
**Tabel 2**

*Gemiddelde en standaarddeviatie voor de leeftijd van ouder en de totaalscore op de OQ-45*

|                   | Gemiddelde | Standaarddeviatie | n   |
|-------------------|------------|-------------------|-----|
| Leeftijd ouder    | 40.0       | 8.1               | 885 |
| OQ-45 totaalscore | 78.4       | 25.4              | 850 |

**Figuur 2**

*Histogram continue variabelen leeftijd ouder (n=885) en de totaalscore OQ-45 (n=850)*



In Tabel 3 is de gemiddelde totaalscore op de OQ-45 voor de verschillende leeftijdsgroepen van het jongste kind weergegeven. Te zien is dat ouders met het jongste kind tussen de 0 en 6 jaar gemiddeld het hoogst scoren op de OQ-45 (79.0). Ouders met het jongste kind tussen de 11 en 18 jaar scoren gemiddeld het laagst (77.4).

**Tabel 3**

*Gemiddelde totaalscore op de OQ-45 voor de verschillende leeftijdsgroepen van het jongste kind (n=850)*

| Leeftijdsgroep jongste kind | Gemiddelde OQ-45 totaalscore | Standaarddeviatie |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| 0-6 jaar                    | 79.0                         | 26.4              |
| 6-11 jaar                   | 78.4                         | 24.7              |
| 11-18 jaar                  | 77.4                         | 24.5              |

Van de groep ouders met kinderen tot 18 jaar hebben 35 mensen de OQ-45 vragenlijst niet ingevuld. Hiervan waren de meeste mensen vrouw (n=21), hadden de meeste mensen een kind in de leeftijdsgroep 0-6 jaar (n=16) of de leeftijdsgroep 12-18 jaar (n=14) en was er bij de meeste mensen sprake van een angststoornis (n=5). Daarnaast is voor 153 ouders met kinderen tot 18 jaar geen classificatie bekend en 324 ouders vallen onder de categorie 'overige classificaties'. Van de ouders met een overige classificatie of een missende waarden zijn de meeste mensen vrouw (n=267) en hebben ze het vaakst een kind in de leeftijdsgroep 0-6 jaar (n=174).

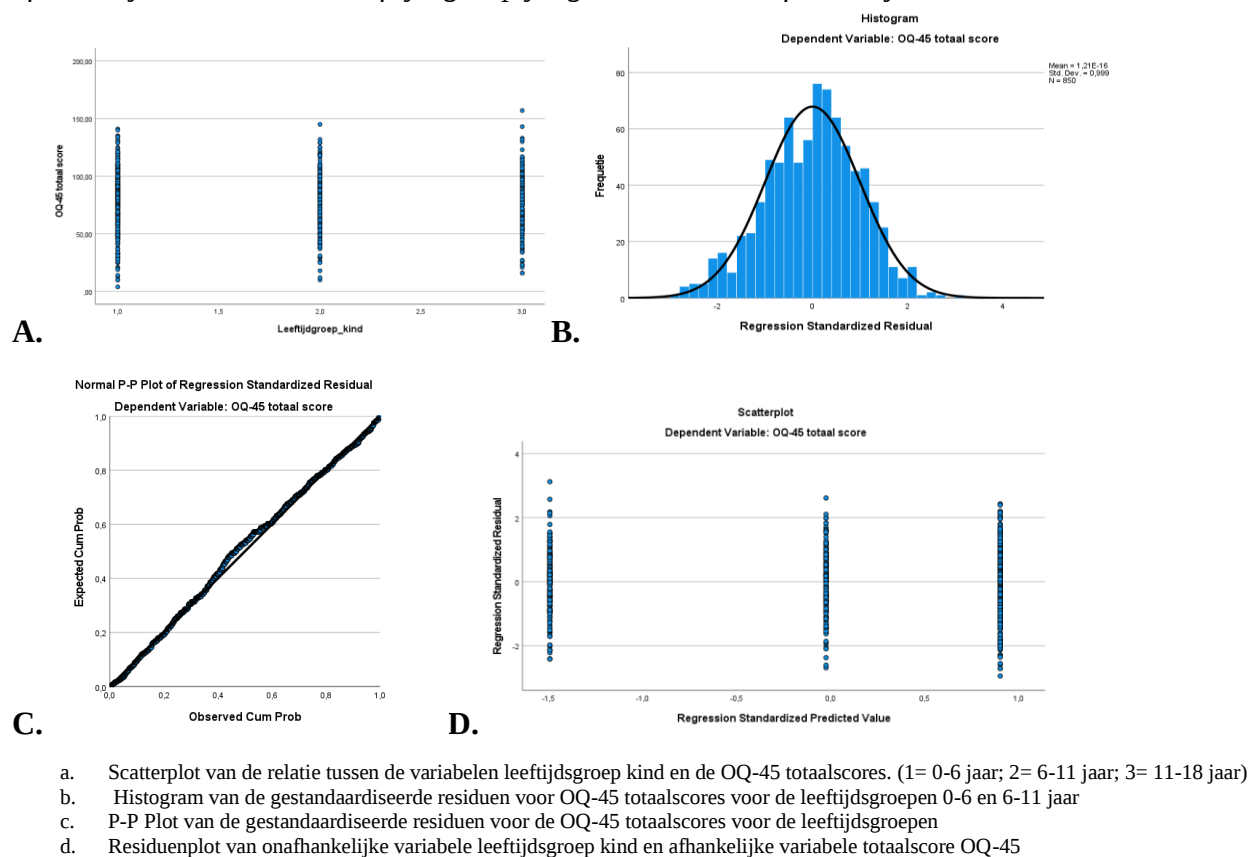
### **Model 1: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45**

De assumpties van de regressieanalyse met de leeftijdsgroep kind als onafhankelijke variabele en de totaalscore op de OQ-45 als afhankelijke variabele worden gecontroleerd. In Figuur 3A is een scatterplot weergegeven van de leeftijdsgroepen van het kind afgezet tegen de

totaalscore op de OQ-45. De leeftijdsgroepen van het kind is een dichotome variabele, waardoor deze beperkt is tot twee discrete waarden en in een scatterplot een rechte lijn vormen. Hierdoor voldoen ze automatisch aan de assumptie van lineariteit. Het histogram in Figuur 3B suggereert dat de residuen normaal verdeeld zijn. Daarnaast lopen de punten in Figuur 3C langs de diagonale lijn, wat eveneens wijst op een normaalverdeling van de residuen. Als laatste is in Figuur 3D de homoscedasticiteit gecontroleerd aan de hand van een residuenplot. Te zien is dat de residuen ongeveer een gelijke mate van variatie laten zien over het bereik van de voorspelde waarden, waarmee er wordt voldaan aan de assumptie van homoscedasticiteit.

### Figuur 3

*Assumpties controle van de enkelvoudige regressieanalyse met de totaalscore OQ-45 als afhankelijke variabele en leeftijdsgroep jongste kind als onafhankelijke variabele*



In Tabel 4 zijn de resultaten van de enkelvoudige regressieanalyse met de onafhankelijke variabele 'leeftijdsgroep kind' en de afhankelijke variabele 'totaalscore OQ-45' weergegeven. Vergeleken met de referentiegroep laten de leeftijdsgroep 0-6 jaar ( $p = .445$ ) en de leeftijdsgroep 6-11 jaar ( $p = .682$ ) geen significant verschil zien op de OQ-45 totaalscore. De adjusted R square

bedraagt .001, wat betekent dat 0.1% van de variantie van de OQ-45 wordt verklaard door de variabele de leeftijdsgroep van kind.

**Tabel 4**

*Regressieanalyse met de totaalscore OQ-45 als afhankelijke variabele en leeftijdsgroep kind als onafhankelijke variabele (n=850)*

| Variabelen                    | B     | 95% bhi<br>ondergrens | 95% bhi<br>bovengrens | p     |
|-------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Constante*                    | 77.40 | 74.16                 | 80.67                 | <.001 |
| Leeftijdsgroep<br>0-6 jaar**  | 1.60  | -2.50                 | 5.71                  | .445  |
| Leeftijdsgroep<br>6-11 jaar** | .98   | -3.72                 | 5.68                  | .682  |
| R Square                      | .001  |                       |                       |       |

\*Afhankelijke variabele: totaalscore OQ-45

\*\*Vergeleken met de leeftijdsgroep 11-18 jaar

## **Model 2: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met controlevariabele leeftijd ouder.**

De assumpties voor de regressieanalyse voor de totaalscore op de OQ-45 en de leeftijdsgroep van het kind met de controlevariabele de leeftijd van de ouder worden gecontroleerd. Dit is weergegeven in Figuur A1. Aan alle assumpties wordt voldaan. In Tabel 5 worden de resultaten van de regressieanalyse weergegeven, waarbij de leeftijd van de ouder meegenomen is als controlevariabele. In dit model is de B-coëfficiënt van beide leeftijdsgroepen negatief veranderd ten opzichte van de eerste analyse. Deze effecten zijn echter niet statistisch significant. De adjusted R square is .003, wat betekent dat 0.3% van de variantie van de OQ-45 totaalscore wordt verklaard door de variabelen leeftijdsgroep kind en leeftijd ouder.

**Tabel 5**

*Regressieanalyse met de totaalscore OQ-45 als afhankelijke variabele en leeftijdsgroep kind als onafhankelijke variabele met controlevariabelen leeftijd ouder (n=850)*

| Variabelen                    | B     | 95% bhi<br>ondergrens | 95% bhi<br>bovengrens | p     |
|-------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Constante*                    | 93.28 | 79.12                 | 107.45                | <.001 |
| Leeftijdsgroep<br>0-6 jaar**  | -2.77 | -8.35                 | 2.82                  | .331  |
| Leeftijdsgroep<br>6-11 jaar** | -1.18 | -6.24                 | 3.87                  | .646  |
| Leeftijd ouder                | -.33  | -.62                  | -.04                  | .024  |
| Adjusted R<br>Square          | .003  |                       |                       |       |

\*Afhankelijke variabele: totaalscore OQ-45

\*\*Vergeleken met de leeftijdsgroep 11-18 jaar

### **Model 3: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met geslacht ouder als moderator.**

De assumpties voor de regressieanalyse van de OQ-45 totaalscore en de leeftijdsgroep van het jongste kind met het geslacht van de ouder als moderator zijn gecontroleerd. Dit is weergegeven in Figuur A2. Aan alle assumpties wordt voldaan. Uit Tabel 6 blijkt dat de interactietermen tussen de leeftijdsgroepen van kinderen en het geslacht van ouders niet statistisch significant zijn. Dit betekent dat de hypothese dat het geslacht van ouders de associatie tussen leeftijd van het jongste kind en symptoom-ernst van ouders modereert, wordt verworpen. De verklaarde variantie in dit model is .000. Dit betekent dat de leeftijdsgroep van het kind, het geslacht van de ouder en hun interactie samen 0% van de variantie van de totaalscore OQ-45 verklaren.

**Tabel 6**

*Meervoudige regressieanalyse met de totaalscore OQ-45 als afhankelijke variabele en leeftijdsgroep kind als onafhankelijke variabele met moderator geslacht ouder (n=850)*

| Variabelen                                   | B     | 95% bhi<br>ondergrens | 95% bhi<br>bovengrens | p     |
|----------------------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Constante*                                   | 71.82 | 61.07                 | 82.57                 | <.001 |
| Leeftijdsgroep 0-6<br>jaar**                 | -1.08 | -15.14                | 12.97                 | .880  |
| Leeftijdsgroep 6-11<br>jaar**                | 7.45  | -8.27                 | 23.17                 | .353  |
| Geslacht ouder                               | 3.58  | -2.98                 | 10.13                 | .284  |
| Leeftijdsgroep 0-6<br>jaar x geslacht ouder  | 1.43  | -6.98                 | 9.84                  | .738  |
| Leeftijdsgroep 6-11<br>jaar x geslacht ouder | -4.13 | -13.64                | 5.38                  | .395  |
| Adjusted<br>R Square                         | .000  |                       |                       |       |

\*Afhankelijke variabele: totaalscore OQ-45

\*\*Vergeleken met de leeftijdsgroep 11-18 jaar

#### **Model 4: Analyse leeftijdsgroep jongste kind en totaalscore OQ-45 met classificatie ouder als moderator.**

Ook voor de regressieanalyse van de totaalscore op de OQ-45 en de leeftijdsgroep van het jongste kind, gemodereerd door de classificatie van de ouder worden de assumpties gecontroleerd, zoals weergegeven in Figuur A3. Aan de assumpties wordt voldaan. In Tabel 7 zijn de resultaten van de regressieanalyse weergegeven. De interactietermen tussen de leeftijdsgroepen van het kind en de classificatie van de ouder hebben geen statistisch significante uitkomst. Dit betekent dat de hypothese dat de classificatie van de ouders de associatie tussen leeftijd van het jongste kind en ernst van de symptomen van ouders modereert, wordt verworpen. De verklaarde variantie in dit model is .066. Dit betekent dat de variabelen en hun interacties in dit model 6.6% van de variantie van de totaalscore OQ-45 verklaren.

**Tabel 7**

*Meervoudige regressieanalyse met de totaalscore OQ-45 als afhankelijke variabele en leeftijdsgroep kind als onafhankelijke variabele met moderator classificatie ouder (n=397)*

| Variabelen                              | B      | 95% bhi<br>ondergrens | 95% bhi<br>bovengrens | p     |
|-----------------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|-------|
| Constante*                              | 78.76  | 70.50                 | 87.03                 | <.001 |
| Leeftijdsgroep 0-6<br>jaar**            | 4.55   | -5.43                 | 14.53                 | .371  |
| Leeftijdsgroep 6-11<br>jaar**           | .44    | -10.79                | 11.66                 | .939  |
| Depressie***                            | 5.09   | -5.70                 | 15.88                 | .354  |
| Bipolaire***                            | -16.16 | -28.85                | -3.57                 | .013  |
| Leeftijdsgroep 0-6<br>jaar x Depressie  | -3.23  | -16.97                | 10.52                 | .645  |
| Leeftijdsgroep 6-11<br>jaar x Depressie | -6.01  | -21.16                | 9.13                  | .436  |
| Leeftijdsgroep 0-6<br>jaar x Bipolaire  | -8.54  | -26.31                | 9.24                  | .346  |
| Leeftijdsgroep 6-11<br>x Bipolaire      | 3.51   | -15.54                | 22.56                 | .717  |
| Adjusted<br>R Square                    | .066   |                       |                       |       |

\*Afhankelijke variabele: totaalscore OQ-45

\*\*Vergeleken met de leeftijdsgroep 11-18 jaar

\*\*\* Vergeleken met de classificatie angst

## Discussie

Deze studie had als doel om te onderzoeken of de ernst van de psychische klachten van ouders in de GGZ associeert met de verschillende leeftijdsfasen van kinderen. Daarnaast werd nagegaan in hoeverre het geslacht en de classificatie van ouders in deze associatie een modererende rol hebben. Uit de analyses blijkt dat er geen significante associatie is gevonden tussen de ernst van de psychische klachten en de leeftijdsfase van kinderen. Dat betekent dat de eerste hypothese verworpen wordt. Ook is er geen significante uitkomst gevonden voor de moderatie-effecten van het geslacht en de classificatie van de ouder. De tweede en derde hypothese worden daarmee verworpen. De verklaarde variantie van alle vier de modellen is laag.

Deze bevindingen hebben verschillende implicaties. De afwezigheid van een significante associatie tussen de leeftijdsgroep van het kind en de symptoom-ernst van ouders in de GGZ is opvallend. De veronderstelling was dat de leeftijdsfase van het kind een associatie heeft met de symptoom-ernst van ouders in de GGZ, aangezien eerder onderzoek naar ouders zonder psychische problemen weergeeft dat de leeftijd van kinderen wel samenhangt met de belasting van ouders (Scaramella & Leve, 2004). Hiervoor zouden verschillende verklaringen kunnen zijn. Ten eerste is in het huidige onderzoek niet de gehele gezinsstructuur meegenomen, terwijl er in andere studies naar de leeftijd van het kind in een bredere gezinsstructuur is gekeken (Van Gameren, 2005). Het onderzoek van Nomaguch (2012) heeft ook onderzoek gedaan naar de rol van de leeftijd van kinderen bij het psychisch welzijn van ouders. Hieruit bleek dat leeftijd wel kan samenhangen met de ernst van de klachten van ouders, maar dat het advies was om breder te kijken naar de ouder-kindrelatie en het aantal kinderen mee te nemen (Nomaguch, 2012). Zo wordt er in een andere studie ook gekeken naar de steun van de partner en hoe deze een rol kan spelen bij de ernst van de psychische klachten van ouders (Muscari & Fleming, 2019). Maar ook de relatie tussen ouder en kind wordt in een ander onderzoek meegenomen (Sherman & Hooker, 2018). Daarnaast geeft dit onderzoek geen significante uitkomsten weer voor de associatie tussen de leeftijd van het kind en de ernst van de psychische klachten van ouders, gemodereerd door het geslacht van ouders. De hypothese dat de associatie sterker is voor vrouwen dan voor mannen, is verworpen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn is dat vaders en moeder wel de wens hebben om beide gelijke taken te hebben in de opvoeding van de kinderen (Askari et al., 2010). Vroeger waren de rollen van ouders anders verdeeld, moeders zorgen voor de kinderen en vaders waren aan het werk (Askari et al., 2010). Tegenwoordig hebben beide ouders een meer

gelijke rol hebben in de opvoeding (Trowell & Etchegoyen, 2003; Craig, 2006). Mogelijk speelt de gelijke verdeling van ouders een verklaring voor het niet vinden van een significante uitkomst voor het modererende effect van het geslacht van ouders. Als laatste geeft dit onderzoek geen significante uitkomsten weer voor de associatie tussen de leeftijd van het kind en de ernst van de psychische klachten van ouders, gemodereerd door de classificatie van ouders. De verwachting was dat de associatie sterker zou zijn voor ouders met een angststoornis. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat de symptomen van de gekozen classificaties, depressie-, bipolaire- en angststoornis overeenkomsten hebben (Eysenck & Fajkowska, 2017; Peyrot et al., 2022). Zo is er symptoom overlap aanwezig tussen depressiestoornissen en bipolaire stoornissen, zoals verhoogde prikkelgevoeligheid, neerslachtigheid, vermoeidheid en slaapproblemen (Corponi et al., 2020). Tussen angststoornissen en depressiestoornissen zit er symptoom overlap in de symptomen, negatieve emoties, vermoeidheid en verhoogd stressniveau (Eysenck & Fajkowska, 2017). Daarnaast is in dit onderzoek geen informatie beschikbaar over de duur, comorbiditeit en eventuele behandeling van de psychische stoornis, terwijl deze factoren mogelijk een rol spelen in de samenhang tussen de leeftijd van het kind en de ernst van de symptomen van ouders. Zo toonde Ten Have et al. (2021) aan dat een langere duur van de psychische stoornis geassocieerd is met een hogere ernst van de symptomen. Mogelijk speelt de duur dus ook een rol in de samenhang tussen de leeftijd van het kind en de ernst van de symptomen. Verder kan er sprake zijn van comorbiditeit, waarbij iemand tegelijk twee of meer psychische stoornissen ervaart. Een veelvoorkomende combinatie is bijvoorbeeld een depressiestoornis in samenhang met een angststoornis (Kessler et al., 2005). Uit het onderzoek van Kessler et al. (2005) blijkt dat mensen met meerdere psychische stoornissen doorgaans een hogere ernst van de symptomen ervaren dan mensen met één psychische stoornis. Ten slotte is in het huidige onderzoek geen rekening gehouden met eventuele behandelingen van de psychische stoornis. Uit het onderzoek van Scott Johnson et al. (2017) blijkt dat het hebben van een behandeling samenhangt met een vermindering van symptomen. Ook dit aspect kan dus mogelijk samenhangen met de leeftijd van het kind en de ernst van de symptomen van ouders.

### **Sterke en zwakke punten**

De studie heeft verschillende sterke punten. Voor dit onderzoek wordt er gebruikgemaakt van de MOPHAR-studie. Deze studie heeft een relatief grote omvang. Maar weinig studies met deze omvang kijken naar het ouderschap in de GGZ. Daarnaast wordt er gebruikgemaakt van een

gestandaardiseerd en betrouwbaar meetinstrument, de OQ-45, om de ernst van de symptomen in kaart te brengen. Hierdoor worden de betrouwbaarheid en validiteit van de metingen verhoogd.

Echter, er zijn ook minder sterke punten waar rekening mee gehouden moet worden. Na selectie van de respondenten is de genomen steekproef voor dit onderzoek relatief klein. Er wordt gekeken naar ouders in de GGZ met kinderen tot 18 jaar, waardoor veel respondenten afvallen voor dit onderzoek. Daarnaast heeft de studie te maken met veel missende waarden, vooral bij het moderatie-effect van de classificatie van ouder. Dit waren vooral vrouwen en ouders met een kind van 0-6 jaar. Hierdoor kan eerder onderschatting van het probleem voorkomen en kunnen toeval of uitschieters de uitkomsten eerder beïnvloeden. Hierdoor heeft het onderzoek minder statistische power. Daarnaast richt dit onderzoek zich uitsluitend op ouders met de meest voorkomende classificaties: angst-, depressieve- en bipolaire stoornissen. Dit betekent dat een grote groep ouders met andere stoornissen in dit onderzoek ( $n = 171$ ), zoals psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen, niet meegenomen zijn in de analyse. Dat betekent dat dit onderzoek alleen generaliseerbaar is voor ouders met een depressie-, bipolaire- of angststoornis. Voor vervolgonderzoek zou het goed zijn om de variabele classificatie breder te nemen dan alleen de drie meest voorkomende classificaties. Bijvoorbeeld door uit te breiden naar middelgebruik, dat volgens het onderzoek van Ten Have et al. (2023) bij één op de zes Nederlanders voorkomt. Verder is in dit onderzoek gekozen om de leeftijdsgroepen in te delen aan de hand van Piaget: 0-6 jaar, 6-11 jaar en 11-18 jaar. Echter, met deze verdeling is er onvoldoende rekening gehouden met contextuele factoren zoals het wel of niet naar school gaan van kinderen. Kinderen tot 4 jaar gaan niet naar school, dit zorgt voor een andere belasting voor ouders dan kinderen die wel naar school gaan (Nomaguchi, 2012). In vervolgonderzoek kunnen de leeftijdsgroepen anders ingedeeld worden, zodat er meer rekening gehouden kan worden met de factor of het kind wel of niet naar school gaat. Tot slot is in dit onderzoek een beperking dat ouderschap beperkt wordt uitgevraagd. Ouderschap wordt uitgevraagd door wel/geen kinderen. Er is geen ruimte voor andere varianten van ouderschap, zoals stiefkinderen en pleegkinderen. Daarnaast worden er geen ervaringen met het ouderschap uitgevraagd voor dit onderzoek, wat wel mee kan spelen in de symptoom-ernst van ouders in de GGZ. Eerder onderzoek wijst op het belang van de betrokkenheid van de partner in de opvoeding (Muscari & Fleming, 2019). Daarnaast laat ander onderzoek zien dat de ouderschapsbelasting samenhangt met de mentale staat van ouders, waardoor het in vervolgonderzoek goed is om mee

te nemen. (Nomaguchi, 2012). Ten slotte is in onderzoek de relatie tussen ouder en kind beschreven als een belangrijke rol voor de mentale staat van ouders (Sherman & Hooker, 2018). Hierdoor is het goed om dit mee te nemen in vervolgonderzoek.

In het huidige onderzoek is geen significante associatie gevonden. Voor vervolgonderzoek is het wenselijk om meer gedetailleerde informatie te verzamelen over de rol van het ouderschap bij ouders in de GGZ. De wijze waarop ouders het ouderschap ervaren, kan immers verschillende manieren samenhangen met hun mentale gezondheid van ouders. Het is aan te bevelen om in vervolgonderzoek vragen aan de vragenlijst toe te voegen over de ouderschapsbelasting, de relatie met de kinderen en de rol van de partner in de opvoeding. Zo ontstaat een breder beeld van hoe aspecten van het ouderschap samenhangen met de psychische klachten van ouders. Daarnaast is het aan te raden om de vraag voor het wel of niet hebben van kinderen uit te breiden naar biologische en niet biologische kinderen. Zo worden ook ouders met stief en pleegkinderen meegenomen in toekomstig onderzoek. Ten slotte wordt aanbevolen de duur, comorbiditeit en eventuele behandeling van de psychische stoornis mee te nemen in vervolgonderzoek, om een beter beeld te krijgen van de psychische stoornis.

## **Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat er geen associatie is gevonden tussen de leeftijd van het jongste kind en de ernst van de psychische klachten van ouders in de GGZ. Daarnaast werd geen bewijs gevonden voor een moderatie van deze associatie door het geslacht en de classificatie van ouders. Hoewel er geen significante uitkomst is gevonden en de beperkingen van het onderzoek in acht genomen moeten worden, geeft dit onderzoek wel weer dat het belangrijk is om in onderzoek naar ouders in de GGZ de gezinssituatie mee te nemen. Het benadrukt de noodzaak om deze specifieke doelgroep beter te leren begrijpen, zodat toekomstige interventies en ondersteuning beter afgestemd kunnen worden op de unieke behoefte van de ouder en het gezin.

## Literatuur

- 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>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Askari, S. F., Liss, M., Erchull, M. J., Staebell, S. E., & Axelson, S. J. (2010). Men Want Equality, but Women Don't Expect It: Young Adults' Expectations for Participation in Household and Child Care Chores. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 243–252.
- Asscher, J., Hermanns, J., Deković, M. (2008). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen. *Pedagogiek*. 28(2), 114–116.  
[https://opvoedingsondersteuning.wdfiles.com/local--files/onderzoek-steunbehoefte/1BaO\\_H%C3%A0yke\\_Logier\\_Artikel.pdf](https://opvoedingsondersteuning.wdfiles.com/local--files/onderzoek-steunbehoefte/1BaO_H%C3%A0yke_Logier_Artikel.pdf)
- Boer, F., Huisman, J., & Dekovi, M. (2013). De ontwikkeling van het kind, de opvoeding en het gezin. *Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten*. 29-64. Utrecht: Tijdstroom.
- Braet, C., Wante, L., & Timbremont, B. (2014). Stemningsproblemen en depressie. *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, 325-348.
- Calam, R., Jones, S., Sanders, M. R., Dempsey, R., & Sadhnani, V. (2012). Parenting and the emotional and behavioural adjustment of young children in families with a parent with bipolar disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(4), 425-437.  
doi:10.1017/S1352465812000094
- Caes, L., Fisher, E., Clinch, J., Tobias, J. H., & Eccleston, C. (2016). The development of worry throughout childhood: Avon Longitudinal Study of Parents and Children data. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 389–406. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12174>
- Corponi, F., Anmella, G., Verdolini, N., Pacchiarotti, I., Samalin, L., Popovic, D., Azorin, J.-M., Angst, J., Bowden, C. L., Mosolov, S., Young, A. H., Perugi, G., Vieta, E., & Murru, A. (2020). Symptom networks in acute depression across bipolar and major depressive disorders: A network analysis on a large, international, observational study. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.03.017>

- Craig, L. (2006). Does Father Care Mean Fathers Share?: A Comparison of How Mothers and Fathers in Intact Families Spend Time with Children. *Gender & Society*, 20(2), 259–281. <https://doi.org/10.1177/0891243205285212>
- Creech, S. K., & Misca, G. (2017). Parenting with PTSD: A Review of Research on the Influence of PTSD on Parent-Child Functioning in Military and Veteran Families. *Frontiers in Psychology*, 8, 1101. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01101>
- De Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45 Psychodiagnostisch gereedschap [The Outcome Questionnaire (OQ-45): Measuring psychiatric symptoms and interpersonal functioning]. *Psycholoog*, 40(7-8), 393–400.
- De Jong, K., Nugter, A., Polak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een cross culturele validatie. *Psychologie & Gezondheid*, 36(1), 35–45. <https://doi.org/10.1007/bf03077465>
- Dekovic, M. & Rispen, J. (1998). Vaders. Vaders en de opvoeding en ontwikkeling van kinderen: Een inleiding. *Kind en adolescent*, 19, 39-40. DOI 10.1007/BF03060680
- Delgado-Herrera, M., Aceves-Gómez, A. C., & Reyes-Aguilar, A. (2024). Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. *PLoS ONE*, 19(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298750>
- Doerfler, L. A., Addis, M. E., & Moran, P. (2002). Evaluating mental health outcomes in an inpatient setting: convergent and divergent validity of the OQ-45 and BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 394–403. <https://doi.org/10.1007/bf02287346>
- Dorsselaer, S. van, Ramaker, V., ten Have, M., de Gee, A. (2022). *KOPP/KOV: Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep*. Trimbos-instituut, Utrecht. Geraadpleegd op 5-11-2024
- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1391–1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Hallers-Haalboom, E. T., Groeneveld, M. G., van Berkel, S. R., Endendijk, J. J., van der Pol, L. D., Linting, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mesman, J. (2017). Mothers' and fathers' sensitivity with their two children: A longitudinal study from infancy to early

- childhood. *Developmental Psychology*, 53(5), 860–872.  
<https://doi.org/10.1037/dev0000293>
- Harries, C., Smith, D., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 303–342. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00427-6>
- Have, M. ten (2023). Nederlands-Vlaams toponderzoek: Prevalentie van veelvoorkomende psychische aandoeningen en trends. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65, 392.  
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/65-2023-6-have.pdf>
- Ince, D., & Kalthoff, H. (2020). Opgroeien en opvoeden. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Opgroeien-en-opvoeden.pdf>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire45. 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.
- Luciano, A., Nicholson, J., & Meara, E. (2014). The economic status of parents with serious mental illness in the United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(3), 242-250 [dx.doi.org/10.1037/prj000008](https://doi.org/10.1037/prj000008)
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 784-791.  
<https://onlinelibrary-wiley-com.proxy-ub.rug.nl/doi/epdf/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Muscari E.C., & Fleming C.J.E. (2019). Help-seeking for mental health concerns: The role of partner influence. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(4), 181–196.  
<https://doi.org/10.1037/cfp0000125>
- Minh, T. N., Quang, A. M. T., & Ha, T. A. (2022). The influence of children’s behaviour problems on parents’ psychological well-being: A serial mediation model of parental

- psychological control and parental burnout. *Children and Youth Services Review*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106366>
- National Research Council (U.S.). (2009). Depression in parents, parenting, and children: opportunities to improve identification, treatment, and prevention. *National Academies Press*. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3378531>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035444>
- 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>
- Paquette, D. (2004). Theorizing the Father-Child Relationship: Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development*, 47(4), 193–219. <https://www-jstor-org.proxy-ub.rug.nl/stable/26763803>
- Peyrot, W., Nivard, M., & de Leeuw, C. (2022). Wat kan genetisch onderzoek ons leren over de overeenkomsten en verschillen tussen psychiatrische aandoeningen?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(5), 273-277. [https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/170339544/64\\_2022\\_5\\_Peyrot\\_Wat\\_kan\\_genetisch\\_onderzoek\\_ons\\_leren\\_over\\_de\\_overeenkomsten\\_en\\_verschillen\\_tussen\\_psychiatrische\\_aandoeningen.pdf](https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/170339544/64_2022_5_Peyrot_Wat_kan_genetisch_onderzoek_ons_leren_over_de_overeenkomsten_en_verschillen_tussen_psychiatrische_aandoeningen.pdf)
- Radley, J., Johns, L. C., Sivarajah, N., Moltrecht, B., Klampe, M.L., Hudson, F., Delahav, R., Barlow, J., & Johns, C. (2022). A scoping review of interventions designed to support parents with mental illness that would be appropriate for parents with psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 787166. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.787166>
- Romijn, G., de Graaf, I. & de Jonge, M. (2010). Kwetsbare kinderen: Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of Verslavingsproblemen. *Trimbos-instituut*. <https://www.trimbos.nl/docs/af1060-kwetsbare-kinderen.pdf>
- Scaramella, L. V., & Leve, L. D. (2004). Clarifying Parent-Child Reciprocities during Early Childhood: The Early Childhood Coercion Model. *Clinical Child and Family Psychology*

- Review*, 7(2), 89–107.  
<https://link-springer-com.proxy-ub.rug.nl/article/10.1023/B:CCFP.0000030287.13160.a3>
- Scott Johnson, R., Christopher Fowler, J., Jani, S. N., Eichelberger, H. L., Oldham, J. M., Poa, E., & Graham, D. P. (2017). A Systematic Analysis of Treatment Effects on Depressive Symptom Severity by Level of Coercion. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 39–46.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-016-9433-3>
- Sell, M., Radicke, A., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., Busmann, M., Winter, S. M., Lambert, M., Wegscheider, K., Plass-Christl, A., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Parents With Mental Illness: Parental Coping Behavior and Its Association With Children's Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 12.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.737861>
- Sherman, M. D., & Hooker, S. A. (2018). Supporting families managing parental mental illness: Challenges and resources. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(5-6), 361–370. <https://doi.org/10.1177/0091217418791444>
- Simoons, M., Ruhé H. G., Van Roon E. N., Schoevers R. A., Bruggeman, R., Cath, D. C., Muis, D., Arends, J., Doornbos, B., & Mulder, H. (2019). Design and methods of the 31 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>
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child & Family Social Work*, 9(1), 3–11.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x>
- 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),  
<https://doi.org/10.3390/ijerph192013164>
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Penninx, B. W. J. H., Batelaan, N. M., & de Graaf, R. (2021). Duration of anxiety disorder and its associated risk indicators: Results of a longitudinal study of the general population. *Depression and Anxiety*, 38(3), 328–336. <https://doi.org/10.1002/da.23103>

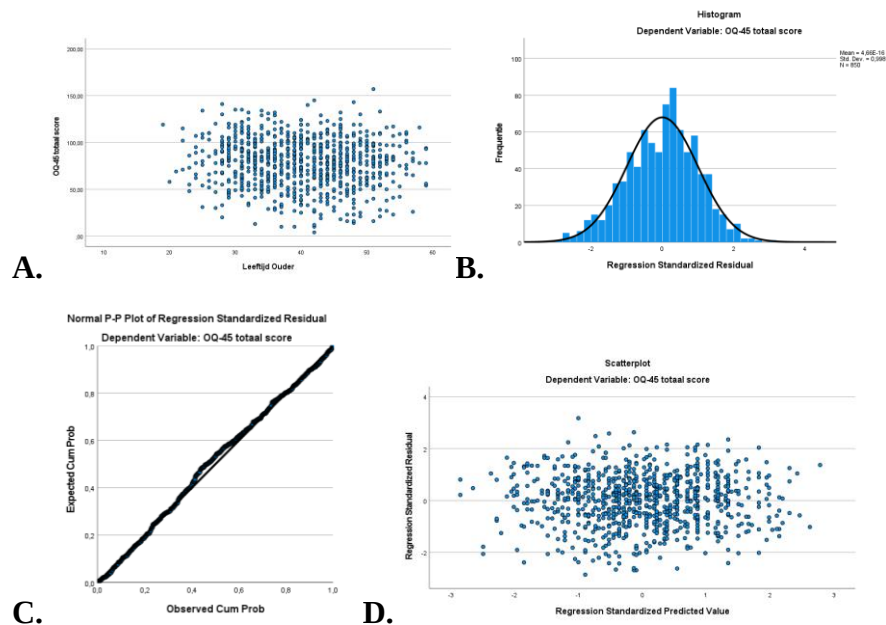
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & De Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275-285.  
<https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Theunissen, J. R., Duurkoop, P., Kikkert, M., Peen, J., & Dekker, J. (2013). Na de extramuralisering. II. Een crosssectionele studie naar psychisch en sociaal functioneren en kwaliteit van leven van een steekproef van chronische psychiatrische patiënten in de Amsterdamse ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 153-163.
- Trowell, J., Etchegoyen, A., & Pruett, K. D. (2004). The Importance of Fathers: A Psychoanalytic Reevaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 502–503. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00019>
- Van Amelsvoort, T. A. M. J., & Zinkstok, J. R. (2022). Komt een mens bij de psychiater; op weg naar sekse-en gendersensitieve ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8 497-499.
- Van der Ende, P. C. (2016). *Vulnerable parenting: A study on parents with mental health problems: Strategies and support*. Hanze University of Applied Sciences Groningen.
- Van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., De Lange, A., Hulsbosch, L., Boumans, J., Kroon, H., & Van Weeghel, J. (2022). Stigmatisering binnen de ggz; onderzoek onder cliënten en hulpverleners. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 64, 568-573  
[https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/2022-08\\_erp\\_oa.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/2022-08_erp_oa.pdf)
- 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](https://doi.org/10.1007/978-90-313-6545-6_17)
- Van Wesemael, Y. (2023). Ouders onder hoogspanning. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65.  
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/65-2023-6-boekbespreking.pdf>
- Wenselaar, L. (2015). Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen. Bohn Stafleu van Loghum eBooks, 97–132.  
DOI 10.1007/978-90-368-0935-1
- Wilson, L., & Crowe, M. (2009). Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 877–884. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04954.x>

## Bijlage A.

### Assumpties check

#### Figuur A1

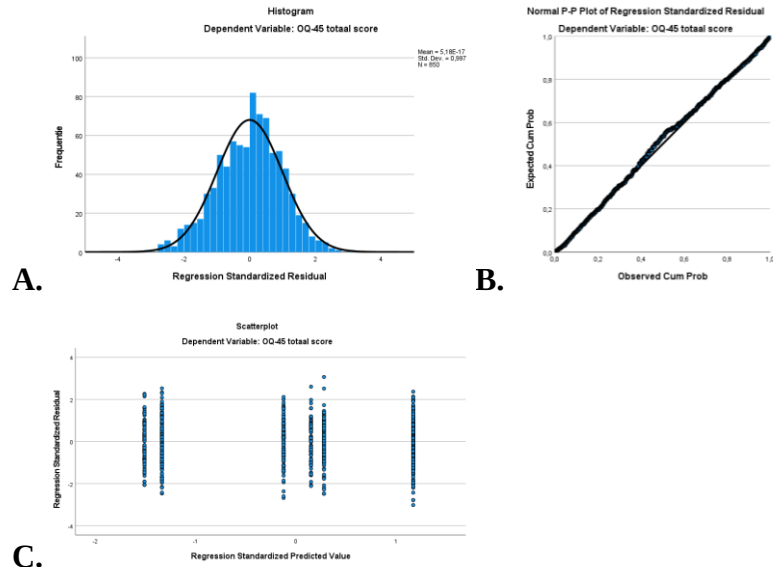
Plots om de assumpties te controleren van de enkelvoudige regressieanalyse met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap en leeftijd ouder als onafhankelijke variabele



- Scatterplot van de relatie tussen de variabelen leeftijd ouder en de OQ-45 totaalscores.
- Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 totaalscores
- P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 totaalscores
- Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores totaalscore

## Figuur A2

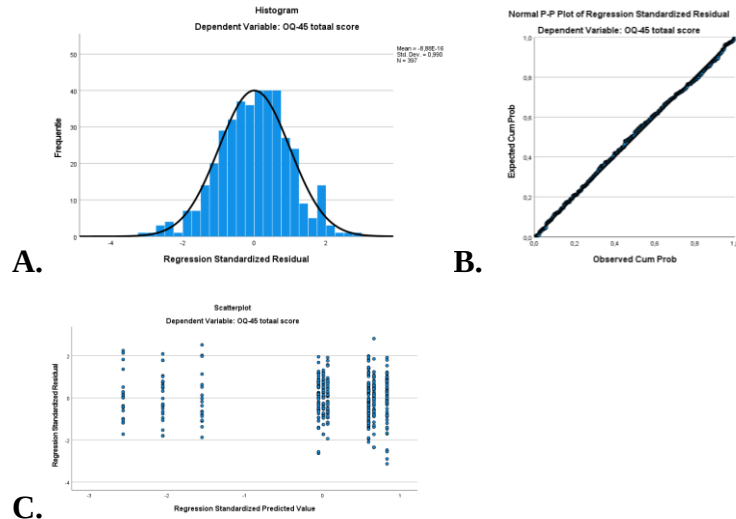
*Plots om de assumpties te controleren van de meervoudige regressieanalyse met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele met geslacht ouder als moderator*



- Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 totaalscores
- P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 totaalscores
- Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores totaalscore

### Figuur A3

*Plots om de assumpties te controleren van de meervoudige regressieanalyse met de OQ-45 als afhankelijke variabele en ouderschap als onafhankelijke variabele met classificatie ouder als moderator*



- Histogram van de gestandaardiseerde residuen voor OQ-45 totaalscores
- P-P Plot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 totaalscores
- Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen voor de OQ-45 scores totaalscore