

De rol van ouderschap in het welzijn van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg.

Een kwantitatief onderzoek naar de invloed van gezinssamenstelling op de psychische klachten bij ouders in de geestelijke gezondheidszorg, met sociaaleconomische status als modererende factor.

Anna Vervoorn S4376005

Masterthesis Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Dr. Klaas J. Wardenaar

Dr. Annemarie M.N. Huyghen

30 mei 2025

Aantal woorden:

Samenvatting

Doel. Ouderschap kan de ernst van psychische klachten in de geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden. Deze studie onderzocht de rol van ouderschap in het psychisch welzijn van GGZ-cliënten, met sociaaleconomische status (SES) als mogelijke moderator. Verwacht werd dat ouders in tweeoudergezinnen minder ernstige klachten vertonen dan alleenstaande ouders, en dat dit verschil groter is bij lage dan bij hoge SES. **Methode.** Deze cohortstudie maakt gebruik van secundaire data uit het MOPHAR-monitoringprogramma. De deelnemers zijn volwassenen die een polikliniek van GGZ Drenthe bezochten. Voor deze studie is gefocust op de subgroep met kinderen ($n = 1.441$). Er zijn beschrijvende statistieken en drie lineaire regressieanalyses uitgevoerd: eerst met gezinssamenstelling als voorspeller, daarna met controle voor leeftijd en geslacht, ten slotte een moderatieanalyse met dummyvariabelen voor SES en interactietermen. Zo werd onderzocht of gezinssamenstelling samenhangt met de ernst van psychische klachten, en of deze relatie wordt gemodereerd door sociaaleconomische status (gemeten als opleidingsniveau). **Resultaten.** De analyses laten geen significant verschil zien in de ernst van psychische klachten tussen éénouder- en tweeoudergezinnen. De interactie tussen SES en gezinsstructuur was niet significant, wat aangeeft dat SES deze relatie niet matigde. **Conclusie.** Gezinsstructuur werd niet geassocieerd met ernst van de psychische klachten en SES matigde deze relatie niet, wat suggereert dat andere factoren verschillen in de geestelijke gezondheid van ouders beter zouden kunnen verklaren. Verdere studies zouden meer dimensies van sociaaleconomische status en gezinscontext moeten meenemen om de mogelijke associatie beter in kaart te brengen.

Trefwoorden: geestelijke gezondheidszorg, ouderschap, ernst psychische klachten, gezinssamenstelling, sociaaleconomische status

Abstract

Aim. Parenting can affect the severity of mental health symptoms in mental health care. This study examined the role of parenthood in the well-being of mental health clients, with socioeconomic status as a moderating factor. It was expected that parents in two-parent families exhibit less severe symptoms than single parents, and that this difference is greater with low than with high SES. **Method.** This cohort study used secondary data from the MOPHAR monitoring program. Participants are adults who attended an outpatient clinic of GGZ Drenthe. For this study, we focused on the subgroup with children ($n = 1,441$). Descriptive statistics and three linear regression analyses were conducted: first with family composition as predictor, then controlling for age and gender, finally a moderation analysis with dummy variables for education level and interaction terms. This examined whether family composition is related to the severity of psychological symptoms, and whether this relationship is moderated by socioeconomic status (measured as education level). **Results.** The analyses showed no significant difference in the severity of psychological symptoms between one- and two-parent families. The interaction between SES and family structure was not significant, indicating that SES didn't moderate this relationship. **Conclusion.** Family structure wasn't associated with symptom severity and SES did not moderate this relationship, suggesting that other factors might better explain differences in parental mental health. Further studies should include more dimensions of socioeconomic status and family context to better identify the possible association.

Keywords: mental health, parenting, psychological symptom severity, family structure, socioeconomic status

Inhoudsopgave

Inleiding	5
<i>Doel en vraagstelling</i>	8
Methode	9
<i>Deelnemers en procedures</i>	9
<i>Dataverzameling</i>	10
<i>Variabelen</i>	10
<i>Gezinssamenstelling</i>	10
<i>Ernst van psychische klachten</i>	10
<i>Sociaaleconomische status (opleidingsniveau)</i>	11
<i>Geslacht en leeftijd (controlevariabele)</i>	12
<i>Analyseplan</i>	12
<i>Assumpties</i>	13
Resultaten	14
<i>Beschrijvende analyses</i>	14
<i>Samenhang tussen variabelen</i>	15
<i>Analyses</i>	15
Discussie	18
<i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en conclusie.</i>	21
Literatuurlijst	23
Bijlage	29

Inleiding

In Nederland kampen veel volwassenen met psychische aandoeningen, waaronder bijvoorbeeld angst -en stemmingsstoornissen. Naar schatting krijgt bijna de helft (48%) van de volwassenen ooit in het leven een of meerdere psychische aandoeningen (Trimbos, 2023). Ongeveer 3,3 miljoen mensen hebben in de afgelopen 12 maanden psychische klachten ervaren, en een groot deel ontvangt behandeling in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (Ten Have et al., 2023). Psychische aandoeningen, zoals depressie, kunnen vaak een ingrijpende impact hebben op de dagelijkse activiteiten van een individu (Kupferberg et al., 2016). Zo kunnen depressieve symptomen, zoals een tekort aan energie, het verliezen van interesse of een voortdurende somberheid, resulteren in sociaal isolement en problemen bij het aanhouden van relaties, waaronder ook de relatie tussen ouder en kind (Stolper et al., 2024). Veel volwassenen die in de GGZ zitten met psychische klachten zijn ook een ouder (Jeffery et al., 2013), en het kan voor hen lastiger zijn om goed voor hun kinderen te zorgen en een hechte relatie met hun kinderen te ontwikkelen (Göpfert et al., 2015).

De meeste ouders met psychische aandoeningen, zoals depressie, vinden het vaak een uitdaging om emotioneel beschikbaar en consistent te zijn in hun ouderrol, wat een nadelige impact kan hebben op hun vermogen om een stabiele en ondersteunende omgeving aan hun kind te bieden (Van der Ende., 2014). Ook benoemt Bournsnel (2012) dat depressie bij ouders vaak gepaard gaat met klachten zoals vermoeidheid, prikkelbaarheid, verminderd concentratievermogen en gevoelens van hopeloosheid. Deze symptomen kunnen leiden tot verhoogde stress, instabiliteit en verminderde besluitvaardigheid, dit maakt het lastiger om een emotioneel stabiele en ondersteunende rol als ouder te vervullen, wat kan resulteren in een onveilige zorgsituatie voor kinderen (Stolper et al., 2024). Ouders die lijden aan psychische aandoeningen kunnen het lastig vinden om in te spelen op de emotionele behoeften van hun kinderen, vooral in tijden waarin hun symptomen toenemen (Bournsnel, 2012). Ook beschrijven Maybery et al. (2005) dat psychische klachten en ouderschap op verschillende manieren in verband staan met elkaar. Zo kunnen ouders minder goed in staat zijn om voor hun kinderen te zorgen. Deze auteurs beschrijven ook dat de psychische klachten van de ouder de ontwikkeling van de kinderen kunnen beïnvloeden. Zo kunnen ouders minder goed emoties spiegelen naar hun kinderen, waardoor de emotionele ontwikkeling van het kind kan achterlopen (Maybery et al., 2005). Al deze bevindingen benadrukken de complexe relatie tussen psychische klachten bij ouders en hun vermogen om een ondersteunende en stabiele ouder te zijn. De impact van psychische klachten bij ouders kan dus veel verder gaan dan alleen hun eigen situatie, en kan dus ook associatie hebben met de kansen en ontwikkeling

van hun kinderen. (Boursnell, 2012; Van der Ende, 2014; Maybery et al., 2005; Stolper et al., 2024).

De relatie tussen ouderschap en psychische klachten kan sterk variëren tussen ouders (Helbig et al., 2006). Er zijn verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op deze relatie. Zo kan het welzijn van de cliënt in verband staan met het ouderschap van GGZ-cliënten (Leijdesdorff et al., 2017). De aanwezigheid van een partner in een gezin kan bijdragen aan een ondersteunend netwerk (Helbig et al., 2006). Daarom speelt de gezinssamenstelling, zoals éénouder- of tweeoudergezin, een cruciale rol bij de manier waarop ouders hun rol als ouder uitoefenen (Cost et al., 2023; Lut et al., 2021). In het onderzoek van Lut et al. (2021), waarin wordt gekeken naar de gezinssamenstelling en opvoeding, wordt benadrukt dat gezinssamenstelling een belangrijke invloed heeft op hoe ouders hun kind opvoeden. Alleenstaande ouders hebben vaak minder toegang tot emotionele ondersteuning en gedeelde verantwoordelijkheden, wat kan leiden tot verhoogde stress (Lut et al., 2021). De ouders staan er alleen voor bij het combineren van werk en andere verplichtingen met de opvoeding van hun kind en dit kan hun mentale welzijn negatief beïnvloeden. Aan de andere kant hebben ouders in tweeoudergezinnen meer mogelijkheden om huishoudelijke taken en de opvoeding te verdelen, dit kan zorgen voor minder stress en een betere balans tussen werk en gezin (Lut et al., 2021). Echter, in het onderzoek van Lut et al. (2021) is niet specifiek gekeken naar ouders in de GGZ. Bovendien ligt de focus in hun studie op het welzijn van kinderen, terwijl in dit onderzoek de vertaalslag wordt gemaakt naar het welzijn van de ouder, vanuit de veronderstelling dat deze aspecten nauw met elkaar samenhangen (Schröder et al., 2022). Ook benoemen Jain en Mahmoodi (2022) in een wereldwijd literatuurreview dat alleenstaande ouders vaak worden geconfronteerd met financiële druk, wat de praktische en emotionele aspecten van het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden. De uitdagingen waarmee alleenstaande ouders worden geconfronteerd, zoals stress van het alleen opvoeden of de impact van sociale isolatie, kunnen negatief verband hebben met hun psychisch welzijn (Jain en Mahmoodi, 2022). Ook in het onderzoek van Cairney et al. (2003) wordt er gekeken naar de specifieke uitdagingen van alleenstaande moeders in de context van geestelijke gezondheid. De uitdagingen waarmee alleenstaande ouders worden geconfronteerd, zoals bijvoorbeeld sociale isolatie of stress van het alleen opvoeden, kunnen negatief zijn voor hun psychisch welzijn. In het onderzoek van Cairney et al. (2003) werd aan de hand van een grote Canadese bevolkingssteekproef onderzocht in hoeverre stress en sociale steun de relatie tussen gezinsstructuur en depressie verklaren. In deze studie bleek dat alleenstaande moeders significant vaker een depressieve episode

rapporteerden dan moeders die getrouwd waren, en ervaren zij gemiddeld meer chronische stress en meer negatieve levensgebeurtenissen. Ook rapporteerden zij minder sociale steun en minder sociale betrokkenheid. Analyses in dit onderzoek lieten zien dat stress en sociale steun bijna 40% van het verband tussen alleenstaand ouderschap en depressie verklaarden (Cairney et al., 2003). Deze resultaten benadrukken het belang van sociale en contextuele factoren in het psychisch welzijn van alleenstaande ouders (Cairney et al., 2003).

Naast de gezinssamenstelling kan sociaaleconomische status (SES) ook een belangrijke rol spelen bij het uitvoeren van ouderschap (Gautam et al., 2024). SES verwijst naar de economische en sociale positie van een gezin en kan invloed hebben op het opvoedklimaat (Smith et al., 2022). SES wordt bepaald op basis van het opleidingsniveau, het inkomensniveau en het beroepsniveau van een persoon (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en wetenschap, z.d.). Ouders met een lagere SES ervaren meer stress en onzekerheden, zoals financiële druk, die hun opvoedgedrag negatief kan beïnvloeden (Gautam et al., 2024). Volgens dit longitudinale onderzoek onder Australische gezinnen blijkt dat ouders met een lagere SES significant vaker gebruikmaken van inconsistente of boze opvoedstijlen. Deze opvoedstijlen kunnen samenhangen met een verhoogd risico op psychische klachten (Gautam et al., 2024). De studie toont aan dat SES-gerelateerde verschillen in opvoedgedrag sterk bijdragen aan verschillen in psychisch welzijn, zoals stress, binnen gezinnen. Deze stress kan leiden tot gevoelens van ontoereikendheid in hun ouderlijke rol (Wagner, 2024). Ook als er gekeken wordt naar praktische zaken kan een laag SES voor een belemmering zorgen. Zo hebben ouders met een lager SES minder toegang tot ondersteuningssystemen zoals bijvoorbeeld de kinderopvang (Smith et al., 2022; Gautam et al., 2023). Dit kan ouders beperken in hun capaciteit om een stimulerende omgeving voor hun kinderen aan te bieden (Gautam et al., 2023). Zo kan de combinatie van zowel de psychische klachten als ouderlijke verantwoordelijkheden overweldigend voelen (Smith et al., 2022). Ook kunnen ouders een verhoogde druk hebben om te ‘presteren’ als ouder, omdat ze het gevoel kunnen hebben dat ze door financiële belemmeringen niet aan de behoeften van hun kinderen kunnen voldoen (Wagner, 2024). Dit kan leiden tot verdere uitputting en een vicieuze cirkel van stress en verminderde ouderlijke effectiviteit (Gautam et al., 2023; Smith et al., 2022; Wagner, 2024).

Eerder onderzoek heeft zich dus vooral gefocust op afzonderlijke verbanden tussen gezinsstructuur of SES en het mentaal welzijn van ouders. Mogelijk ontstaan er echter ook verschillen in psychische klachten tussen éénouder- en tweecoudergezinnen afhankelijk van de combinatie met SES. Deze verschillen kunnen zowel positief als negatief uitvallen. Ouders met een lage SES hebben vaak beperkte financiële middelen, wat op zichzelf al stress met

zich meebrengt (Gautam et al., 2023; Smith et al., 2022; Wagner, 2024). Als dit ook nog gepaard gaat met het ontbreken van gedeelde verantwoordelijkheden, kan de stress bij alleenstaande ouders blijven toenemen, wat het ouderschap nog zwaarder kan maken (Gautam et al., 2023; Smith et al., 2022; Wagner, 2024). Ook de problemen van de beperkte toegang tot ondersteunende diensten die vaak geassocieerd worden met een lagere SES worden in éénoudergezinnen versterkt, omdat de ouder minder tijd en middelen kan hebben om deze diensten te benutten (Cairney et al., 2003; Jain & Mahmoodi, 2022; Lut et al., 2021). Aan de andere kant kunnen positieve veerkracht factoren ook een rol spelen in het welzijn van ouders, zelfs in het geval van alleenstaand ouderschap. Een studie van Kong et al. (2017) met 12.024 alleenstaande en ouders met een partner in Zuid-Korea liet zien dat een lagere SES meer dan 50% van de slechtere geestelijke gezondheid van alleenstaande ouders veroorzaakte. Dit wijst erop dat een hogere SES mogelijk een gedeelte van de geestelijke gezondheidsproblemen van alleenstaande ouders kan compenseren door een verbeterde toegang tot hulpbronnen en ondersteuning (Kong et al., 2017). Deze resultaten kunnen erop wijzen dat de relatie tussen SES en de samenstelling van gezinnen zowel beschermende als risicofactoren kan bevatten voor het mentale welzijn van ouders (Cairney et al., 2003; Gautam et al., 2023; Jain & Mahmoodi, 2022; Kong et al., 2017; Lut et al., 2021; Smith et al., 2022; Wagner, 2024).

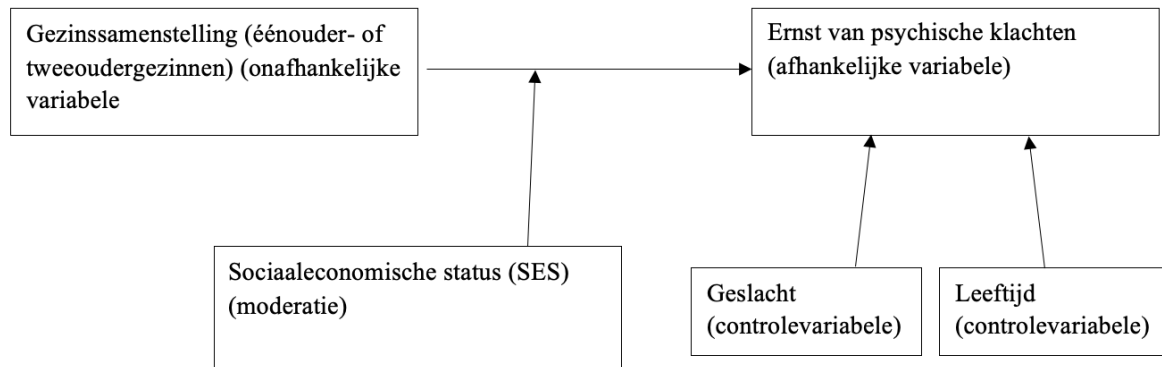
Doel en vraagstelling

Ouderschap kan een samenhang hebben op de ernst van psychische klachten (Jeffery et al., 2013). Zowel de gezinssamenstelling als de SES kunnen hier invloed op hebben. SES en de gezinssamenstelling kunnen elkaar mogelijk versterken in de mate waarin ze invloed hebben op de associatie tussen ouderschap en mentaal welzijn, zowel in negatieve als positieve zin. Dit onderzoek heeft als doel om bij te dragen aan een beter begrip van hoe verschillende sociaaleconomische en gezin specifieke factoren kunnen bijdragen aan psychische klachten bij ouders in de GGZ. Daarom luidt de onderzoeksvraag: ‘In hoeverre hangt gezinssamenstelling samen met klachtenernst bij ouders in de GGZ en in hoeverre wordt die samenhang gemodereerd door SES?’ (zie Figuur 1). De hypothesen van dit onderzoek zijn op basis van bovenstaande wetenschappelijke onderzoeken dat (1) ouders in tweeoudergezinnen een lagere klachtenernst zullen laten zien dan ouders met een éénoudergezin en dat (2) de sociaaleconomische status deze relatie modereert, waarbij het verschil in welzijn tussen een-en tweeoudergezinnen groter is bij ouders met een lage SES. Geslacht en leeftijd worden als controlevariabelen meegenomen, aangezien bekend is dat

klachtenernst kan verschillen tussen mannen en vrouwen (Deter et al., 2018) en tussen verschillende leeftijdsgroepen (Bradbury, 2020) (Zie Figuur 1).

Figuur 1

Conceptueel model inclusief moderatie effect en controle variabelen.



Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt er in deze studie gebruikgemaakt van secundaire data afkomstig van het MOPHAR-monitoringsprogramma, waarbij psychiatrische patiënten zijn gemonitord gedurende hun behandeling. Dit MOPHAR-monitoringsprogramma heeft als algemeen doel om op een gestructureerde manier bij te houden hoe mensen reageren op hun psychiatrische medicatie. Ook is het doel om beter te begrijpen welke effecten deze medicijnen hebben, dit helpt om de behandeling van patiënten beter af te stemmen op hun behoeften (Simons et al., 2019).

Deelnemers en procedures

Het onderzoek vond plaats in Drenthe, in een GGZ- instelling. De patiënten moesten voldoen aan twee inclusiecriteria: ze moesten ouder dan 18 jaar zijn en in een poliklinische afdeling van GGZ Drenthe hebben bezocht. Er is geen onderscheid gemaakt tussen nieuwe en bestaande patiënten. De dataset bestaat uit 2.571 patiënten. Voor dit onderzoek is alleen gekeken naar de subgroep patiënten die aan hadden gegeven dat ze kinderen hadden, dat zijn er 1.441 (56.0%). Voor het onderzoek is aan de patiënten toestemming gevraagd om de verzamelde klinische informatie in te zetten voor wetenschappelijk onderzoek, en ze zijn op de hoogte gesteld dat ze op elk moment hun deelname konden beëindigen. De onderzoek aspecten van MOPHAR zijn geëvalueerd en goedgekeurd door een onafhankelijke Medische Ethische Toetsings Commissie (METC). De MOPHAR-studie werd in november 2014 geregistreerd in het Nederlands Trial Register. Voor het huidige onderzoek is een gepseudonimiseerde dataset beschikbaar gesteld door de begeleider van het project. Deze

dataset is opgeslagen en geanalyseerd op een beveiligde Y-schijf van de Rijksuniversiteit Groningen.

Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen januari 2016 en augustus 2023 en de data zijn verzameld in verschillende stappen die nauwkeurig zijn beschreven in de publicatie van Simoons et al. (2019). Zodra iemand zich bij de GGZ Drenthe heeft ingeschreven, wordt er een algemene screening uitgevoerd om te onderzoeken of er somatische bijwerkingen zijn, of er medicatie wordt gebruikt en wat de mogelijke oorzaak van de psychische aandoening is. De patiënt heeft bovendien vragenlijsten ingevuld, waarin onder andere demografische informatie en mogelijke eerdere behandeling in de psychiatrie worden gevraagd. Daarnaast hebben de patiënten diverse zelfrapportagevragenlijsten ingevuld. In deze vragenlijsten wordt onder andere de ernst van de psychische klachten vastgesteld, evenals de beperkingen die patiënten ervaren. Alle vragenlijsten zijn via het internet ingevuld en opgeslagen in een beveiligd systeem van het Universitair Medisch Centrum Groningen (Simoons et al., 2019).

Variabelen

Gezinssamenstelling

De voorspeller *gezinssamenstelling*, waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen éénouder- of tweeoudergezinnen, wordt gemeten aan de hand van de vraag ‘Wat is uw leefsituatie?’. Deze vraag is gesteld door middel van een online vragenlijst. Er waren de volgende antwoordmogelijkheden: 1: alleenstaand, 2: met partner, zonder kinderen, 3: met partner, met kind(eren), 4: zonder partner, met kind(eren) (als ouder in een éénoudergezin) 5: als kind in een éénoudergezin, 6: als kind in een meeroudergezin, 7: wonend in een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), bijv. langdurig verblijf of beschermd wonen, 8: wonend in een andere instelling (niet-GGZ), bijv. een internaat, asielzoekerscentrum of gevangenis, 9: zonder vaste woon- en verblijfplaats, 10: anders, namelijk. Voor dit onderzoek zijn alleen de antwoordmogelijkheden: 3: met partner, met kind(eren) en 4: zonder partner, met kind(eren) (als ouder in een éénoudergezin) gebruikt, om een onderscheid te kunnen maken tussen éénouder- en tweeoudergezinnen. De resulterende variabele is gecodeerd als 0 = *éénoudergezin* en 1 = *tweeoudergezin*.

Ernst van psychische klachten

De uitkomstmaat *ernst van psychische klachten* is gemeten met de *Outcome Questionnaire-45* (Lambert et al., 2004). De OQ-45 is een vragenlijst, waarbij psychische problemen, maar ook de manier waarop mensen in hun dagelijks leven en in sociale

interacties functioneren werd gemeten. De vragenlijst is ontworpen om een duidelijk beeld te krijgen van de klachten die mensen ervaren, en om klachten herhaaldelijk te monitoren (Lambert et al., 2004). De items zijn beoordeeld met een vijfpunts Likertschaal: *nooit* (0), *zelden* (1), *soms* (2), *vaak* (3), *bijna altijd* (4). De scores van de vragen worden bij elkaar opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore van de OQ-45 loopt van 0 tot 180. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer psychische problemen en disfunctioneren in het dagelijks leven (Lambert et al., 2004). Als de score boven de 63 komt, wordt deze in de literatuur vaak gezien als indicatie voor klinische relevante problematiek (De Beurs et al., 2005). De validiteit van de OQ-45 is onderzocht in verschillende studies. Er is voldoende bewijs voor verschillende vormen van validiteit van de OQ-45. Doerfler et al. (2002) vonden hoge correlaties tussen de subschalen van de OQ-45 en die van de *Behavior and Symptom Identification Scale*, wat duidt op convergente validiteit. Bovendien zijn in meerdere studies significante verschillen gevonden tussen totaalscores van de algemene bevolking en die van psychiatrische patiënten, wat de discriminerende validiteit ondersteunt (De Beurs et al., 2005; De Jong et al., 2008). Voor het meten van de betrouwbaarheid is de samenhang tussen de items van het instrument gemeten met de Cronbach's α coëfficiënt. Deze coëfficiënt is 0,93. Dit betekent dat er een goede samenhang is tussen de items. Het instrument is dus voldoende intern consistent (De Jong et al., 2008). Uit eerdere onderzoeken bleken de psychometrische eigenschappen van de OQ-45 vragenlijst. Bij de test-hertest blijven de scores stabiel en is er een correlatie gevonden van $r = 0.70$ en $r = 0.83$, waaruit blijkt dat de test-hertestbetrouwbaarheid hoog is (De Jong et al., 2008).

Sociaaleconomische status (opleidingsniveau)

SES wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd op basis van het opleidingsniveau. Om opleidingsniveau te meten is gevraagd aan de patiënten: 'Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgerond?' De antwoordopties waren 1: geen opleiding, 2: basisonderwijs / lagere school, 3: lager vormend onderwijs (VMBO praktijk), 4: LBO / M(ULO) / MAVO / VMBO theorie, 5: Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO) - 2 jarig, 6: Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO) - 3-4 jarig, 7: HAVO / VWO / HBS / Gymnasium / Atheneum, 8: Hoger Beroepsonderwijs (HBO) bachelor, 9: Wetenschappelijk onderwijs (WO) bachelor, 10: HBO / WO Master of 11: anders. Het variabele opleidingsniveau is ingedeeld in laag, midden en hoog opleidingsniveau. Laag opleidingsniveau omvat antwoordopties 1 t/m 4, midden omvat antwoordopties 5 t/m 7 en hoog omvat 8 t/m 10. Deze verdeling is gemaakt

volgens richtlijnen van het CBS (CBS, 2021). Als een deelnemer kiest voor antwoordmogelijk 11, zal deze verwijderd worden.

Geslacht en leeftijd (controlevariabele)

Geslacht en *leeftijd* worden gebruikt als controlevariabele. De deelnemers konden de vraag over wat hun geslacht is antwoorden met 1: man, 2: vrouw en 3: anders. Leeftijd wordt meegenomen op basis van het ingevulde geboortjaar.

Analyseplan

De data zijn geanalyseerd met behulp van het programma SPSS, versie 28. Om een goed beeld te krijgen van de onderzoekspopulatie, is gebruikgemaakt van beschrijvende statistieken. Voor de variabelen *gezinssamenstelling*, *SES* en *geslacht* zijn de frequenties en percentages per categorie weergegeven. Voor de continue variabelen *OQ-45* en *leeftijd* zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie gerapporteerd. Deze beschrijvende statistieken zijn berekend voor 3 groepen: de totale groep ouders ($n = 1.441$), de subgroep met complete data die is meegenomen in de analyse ($n = 885$), en de groep met deels missende gegevens ($n = 73$). De resultaten hiervan worden weergegeven in Tabel 1.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zijn 3 analyses uitgevoerd. In Model 1 wordt als eerst gekeken naar hoe afhankelijke variabele *ernst van psychische klachten* samenhangt met de onafhankelijke variabele *gezinssamenstelling*. De p -waarde van Model 1 is gebruikt om te bepalen of de relatie tussen de *gezinssamenstelling* en *ernst van psychische klachten* statistisch significant is. De B -coëfficiënt met het 95% CI is berekend om inzicht in de richting en de sterkte van de associatie te krijgen. Daarnaast zijn in dit model ook de standaardfout, de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (β) en de t -waarde gerapporteerd, om inzicht te krijgen in de betrouwbaarheid, richting en relatieve sterkte van het effect. Ten slotte wordt de *Adjusted R²* berekend om te onderzoeken hoeveel van de variantie in *ernst van de psychische klachten* wordt verklaard door de *gezinssamenstelling*.

Vervolgens is in Model 2 getest of de associatie van *gezinssamenstelling* en *ernst van psychische klachten* verandert als de controlevariabelen *geslacht* en *leeftijd* worden toegevoegd. De *Adjusted R²* wordt vergeleken met de *Adjusted R²* van Model 1. Ook wordt de ongestandaardiseerde B -coëfficiënt van *gezinssamenstelling*, *geslacht* en *leeftijd* gerapporteerd, waarbij wordt gekeken naar de richting en grootte van het effect op de ernst van psychische klachten. Daarnaast worden ook bij dit model de standaardfout, t -waarde, p -waarde, het 95% CI en de gestandaardiseerde regressie coëfficiënt (β) meegenomen.

Vervolgens is in Model 3 onderzocht of de relatie tussen *gezinssamenstelling* en *ernst van psychische klachten* gemodereerd wordt door de *SES* van de ouder. Daarom is er een moderatieanalyse uitgevoerd, waarin naast het hoofdeffect van *gezinssamenstelling* ook interactietermen zijn opgenomen. De gemeten *SES* is als ordinale variabele via dummycodering opgenomen in het model. Er zijn twee dummyvariabelen aangemaakt: *lage SES* en *midden SES*. Hoge *SES* is de referentiegroep. Vervolgens zijn er twee interactietermen aangemaakt, *gezinssamenstelling* $\times$ *lage SES* en *gezinssamenstelling* $\times$ *midden SES*. In dit model worden ook de twee controlevariabelen *leeftijd* en *geslacht* meegenomen. Als uit de moderatieanalyses blijkt dat er sprake is van een significante interactie ($p < .05$) tussen *gezinssamenstelling* en één of meer *SES*-categorieën, duidt dat op een significant moderatie-effect en wordt een gestratificeerde analyse uitgevoerd om te onderzoeken hoe de relatie tussen *gezinssamenstelling* en *ernst van psychische klachten* zich binnen elk afzonderlijk *SES*-niveau voordoet. Hierbij wordt de relatie tussen *gezinssamenstelling* en *ernst van psychische klachten* apart onderzocht binnen elke *SES*-groep. Net als bij de eerdere modellen zijn in dit model de ongestandaardiseerde *B*-coëfficiënten, standaardfouten, *t*-waarden, *p*-waarden, gestandaardiseerde coëfficiënten (β) en 95% *CI*s gerapporteerd.

Assumpties

De bovenstaande statistische modellen zijn voor het interpreteren van de resultaten gecontroleerd op de assumpties van lineariteit, onafhankelijkheid, normaliteit en homoscedasticiteit. Om de lineariteit te testen is een scatterplot opgesteld waarin de onafhankelijke variabele *gezinssamenstelling* is afgezet tegen de afhankelijke variabele *ernst van psychische klachten*. Als er een rechte lijn door de punten kan worden getrokken, wordt aan de voorwaarde van lineariteit voldaan. Onafhankelijkheid wordt bij alle drie de modellen geborgd doordat de afhankelijke variabele en onafhankelijke variabele apart van elkaar gemeten zijn. Bovendien is de normaliteit onderzocht met behulp van een histogram. De residuen moeten in het histogram een klokvormige verdeling laten zien, dit duidt op een normale verdeling. Ten slotte is de assumptie homoscedasticiteit onderzocht met behulp van een residuenplot, om te bepalen of de variantie van de residuen gelijk is over een range van de voorspelde waarden. Dit is te herkennen aan een willekeurige verspreiding van de residuen rondom het nulpunt, zonder duidelijk patroon.

Als er niet aan een of meer assumpties wordt voldaan, worden de volgende stappen ondernomen: bij een niet-lineair verband wordt overwogen om een ander type model te gebruiken dat beter past bij de data. Wanneer de residuen niet normaal verdeeld zijn, kan de

afhankelijke variabele worden getransformeerd, bijvoorbeeld door middel van logtransformatie, waarna de analyses opnieuw moeten worden uitgevoerd. Bij gebrek aan homoscedasticiteit wordt gewerkt met robuuste standaardfouten.

Resultaten

Beschrijvende analyses

De totale MOPHAR-studie bestond uit 2.571 participanten. Hiervan hebben 1.441 (56.0%) mensen kinderen. In deze studie is verdergegaan met de subgroep met complete data ($n = 885$). Tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken weergegeven van de variabelen ernst van psychische klachten (*OQ-45*), gezinssamenstelling, SES, leeftijd en geslacht. De gemiddelde score op de *OQ-45* was 78.0 ($SD = 26.2$), dus over het algemeen hebben de meeste mensen in deze steekproef matige tot ernstige psychische ernst. De meeste ouders bevonden zich in een tweeloudergezin (84.2%). Ongeveer de helft van de steekproef beschikt over een midden SES (51.1%), gevolgd door laag (21.6%) en hoog (22.4%). De gemiddelde leeftijd was 42.3 jaar ($SD = 9.2$) en 63.5% van de respondenten was vrouw. Daarnaast zijn de complete data vergeleken met de missende en totale data. De verschillen in verdeling van achtergrondkenmerken en klachterniveau waren klein, wat aantoont dat de analyses op de complete data representatief zijn voor de bredere subgroep van ouders binnen de MOPHAR-studie.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken van de gehele steekproef, complete data en cases met missende data

Variabele	Totaal ($n = 1.441$)	Complete data ($n = 885$)	Missende data ($n = 73$)
OQ-45 M (SD)	77.6 (26.3)	78.0 (26.2)	82.5 (16.4)
Gezinssamenstelling n	923	885	73
Eenoudergezin	149 (16.1%)	140 (15.8)	12 (16.4%)
n (%)			
Tweeloudergezin	774 (83.9%)	745 (84.2%)	61 (83.6%)
n (%)			
SES n	1370*	850**	35

Laag <i>n</i> (%)	389 (28.4%)	191 (21.6%)	7 (9.6%)
Midden <i>n</i> (%)	701 (51.2%)	461 (52.1%)	22 (30.1%)
Hoog <i>n</i> (%)	280 (20.4%)	198 (22.4%)	6 (8.2%)
Leeftijd <i>M</i> (<i>SD</i>)	46.8 (12.0)	42.3 (9.2)	44.7 (11.5)
Geslacht <i>n</i>	1441	885	73
Man <i>n</i> (%)	555 (38.5%)	323 (36.5%)	24 (32.9%)
Vrouw <i>n</i> (%)	886 (61.5%)	562 (63.5%)	49 (67.1%)

**71 participanten vallen buiten de categorieën lage, midden, hoge SES.*

***35 participanten hadden missende waarden of vallen buiten SES-categorie*

Samenhang tussen variabelen

Er zijn analyses uitgevoerd in SPSS om de samenhang tussen de variabelen *ernst van de psychische klachten*, *gezinssamenstelling*, *SES*, *leeftijd* en *geslacht* te bekijken. Er is een zwakke maar significante negatieve correlatie tussen OQ-45-score en leeftijd ($r = .011$, $p < .001$). Dit houdt in dat de OQ-45 met elk jaar dat mensen ouder worden, licht afneemt. Ook is er een onafhankelijke t-toets gedaan tussen geslacht en OQ-45-score. Waarbij mannen een gemiddelde van 75.4 ($SD = 27.2$) en vrouwen een score van 78.9 ($SD = 25.7$) hadden. Vrouwen hebben gemiddeld significant hogere psychische klachten dan mannen, maar dit verschil is klein (*Cohen's d* = -0.14).

Analyses

Model 1. Voor het beantwoorden van de vraag of de ernst van psychische klachten verschilt tussen mensen uit een éénouder- en tweeoudergezin, is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd (zie Tabel 2). Het effect van gezinssamenstelling (onafhankelijke variabele) op de ernst van psychische klachten (afhankelijke variabele) wordt in dit Model 1 getoetst. De vier assumpties zijn gecheckt door middel van een histogram en een scatterplots van de gestandaardiseerde residuen (zie Bijlage). Het histogram van de residuen toont een normale verdeling, wat suggereert dat de assumptie van normaliteit niet wordt geschonden (zie Figuur 2a). Daarnaast toont de scatterplot een patroon waarbij de spreiding van de constant blijft, dit duidt op homoscedasticiteit (Zie Figuur 2b). Ook is er geen kromming zichtbaar in de scatterplot, dit geeft aan dat de relatie tussen de voorspellers en de afhankelijke variabele

linear is (Zie Figuur 2b). De regressiecoëfficiënt van gezinssamenstelling is 0.31 ($p = .897$), wat betekent dat de *OQ-45*-score gemiddeld met 0.31 punten omhooggaat bij mensen uit een éénoudergezin ten opzichte van een tweeoudergezin, dit effect was echter niet statistisch significant. De verklaarde variantie was verwaarloosbaar ($R^2 = .000$). Het 95%-betrouwbaarheidsinterval $[-4.42, 5.05]$ bevatte de nul, wat ook wijst op het ontbreken van een significant verschil in klachtenernst tussen de groepen (zie Tabel 2).

Tabel 2

Resultaten van regressieanalyse 1: gezinssamenstelling als voorspeller van ernst van psychische klachten (OQ-45), $n = 885$

Predictor	B	SE	β	t	p	95% CI
(Constant)	77.77	2.21	-	35.16	<0.001	[73.43 - 82.11]
Gezinssamenstelling 0.31		2.41	.004	0.13	.897	[-4.42 - 5.05]
Adjusted R^2 0.000						

B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; SE = standaardfout; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; 95% CI = betrouwbaarheidsinterval; t = t -waarde; p = p -waarde.

Model 2. In Model 2 is onderzocht of het effect van gezinssamenstelling verandert als de controlevariabelen geslacht en leeftijd worden toegevoegd. Net zoals bij Model 1 is aan de regressieassumpties voldaan. De residuen vertoonden een normale verdeling en het scatterplot toont geen aanwijzingen voor heteroscedasticiteit of non-lineariteit (zie Figuur 3 in de Bijlage). In Tabel 3 zijn de belangrijkste bevindingen van dit model weergegeven. De verklaarde variantie bedroeg *Adjusted $R^2 = .005$* , dit betekent dat 0.5% van de variantie in de *OQ-45*-score wordt verklaard door gezinssamenstelling, geslacht en leeftijd. Deze is dus iets gestegen ten opzichte van Model 1, het model zonder de controle variabelen geslacht en leeftijd. Het effect van gezinssamenstelling was klein ($B = 1.09$), dus dit houdt in dat tweeoudergezinnen gemiddeld 1.09 punten hoger scoorden op de *OQ-45* score dan éénouder gezinnen, bij gelijk blijven van leeftijd en geslacht, maar dit verschil is niet significant ($p = 0.658$). Ook het 95%-betrouwbaarheidsinterval $[-3.74 - 5.92]$ bevatte de nul, dus dit bevestigt dat er geen significant verschil is in klachtenernst tussen éénouder- en tweeoudergezinnen.

Geslacht had eveneens geen significant effect op klachtenernst ($B = 1.79, p = .350$), net zoals leeftijd ($B = -0.16, p = .109$). Deze bevindingen laten zien dat zowel geslacht als leeftijd weinig invloed hebben op het verband tussen gezinssamenstelling en psychische klachten.

Tabel 3

Resultaten regressieanalyse 2: gezinssamenstelling, geslacht en leeftijd als voorspellers van psychische klachten (OQ-45), $n = 885$

Predictor	B	SE	β	t	p	95% CI
(Constant)	80.85	6.28	-	12.87	<0.001	[68.52 - 93.18]
Gezinssamenstelling*	1.09	2.46	.015	0.44	0.658	[-3.74 - 5.92]
Geslacht**	1.79	1.91	.033	0.94	0.350	[-1.96 - 5.53]
Leeftijd	-0.16	0.10	-.055	-1.60	0.109	[-0.35 - 0.04]
Adjusted R² 0.005						

* *Gezinssamenstelling is gecodeerd als 0 = éénoudergezin, 1 = tweeoudergezin.*

** *Geslacht is gecodeerd als 0 = man, 1 = vrouw.*

B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; SE = standaardfout; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; 95% CI = betrouwbaarheidsinterval; t = t -waarde; p = p -waarde.

Model 3. In Model 3 is gekeken of het effect van gezinssamenstelling op psychische klachten wordt gemodereerd door SES. Net als bij Model 1 en 2 is aan de regressie assumpties voldaan. De residuen vertoonden een normale verdeling en het scatterplot toont geen aanwijzingen voor heteroscedasticiteit of non-lineariteit (zie Figuur 4 in de Bijlage). In dit model zijn ook de interactietermen tussen gezinssamenstelling en SES toegevoegd. De verklaarde variantie bedroeg Adjusted $R^2 = .018$, dit houdt in dat 1.8% van de variantie in de OQ-45 score wordt verklaard door gezinssamenstelling, geslacht, leeftijd, SES en de interactietermen (Zie Tabel 4). Het hoofdeffect van gezinssamenstelling bleef klein en niet significant ($B = 4.26, p = .478, 95\% \text{ CI } [-7.52 - 16.04]$). Ook beide interactietermen tussen gezinssamenstelling en SES zijn niet significant. Namelijk, voor de interactieterm tussen gezinssamenstelling en laag SES gold: $B = -10.83, p = .186, 95\% \text{ CI } [-25.58, 4.97]$. Voor de

interactie tussen gezinssamenstelling en midden SES gold: $B = -0.11$, $p = .911$, 95% CI [-14.09, 12.57].

Tabel 4

Resultaten van regressieanalyse 3: gezinssamenstelling, SES, interactietermen en controlevariabelen als voorspellers van psychische klachtenernst, $n = 885$

Predictor	B	SE	β	t	p	95% CI
(Constant)	76.70	8.54	-	8.99	<.001	[59.94 - 93.45]
Gezinssamenstelling*	4.26	6.00	.059	0.71	.478	[-7.52 - 16.04]
Laag SES	14.65	7.22	.231	2.03	.043	[0.49 - 28.81]
Midden SES	0.83	6.32	.016	0.13	.896	[-11.64 - 13.30]
Interactie						
Gezinssamenstelling x	-10.83	7.78	-.151	-1.32	.186	[-25.58- 4.97]
Laag SES						
Interactie						
Gezinssamenstelling x	-0.11	7.01	-.002	-0.11	.911	[-14.09 - 12.57]
Midden SES						
Geslacht*	2.41	1.97	.046	1.23	.221	[-1.45 - 6.27]
Leeftijd	-0.06	0.04	-.064	-1.82	.069	[-0.39- 0.01]
Adjusted R² 0.018						

* *Gezinssamenstelling is gecodeerd als 0 = éénoudergezin, 1 = tweeoudergezin.*

** *Geslacht is gecodeerd als 0 = man, 1 = vrouw.*

B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; SE = standaardfout; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; 95% CI = betrouwbaarheidsinterval; t = t -waarde; p = p -waarde.

Discussie

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre gezinssamenstelling gerelateerd is met de ernst van psychische klachten bij ouders in de GGZ, en in hoeverre deze relatie wordt gemodereerd door sociaaleconomische status (SES). Daarbij is onderscheid gemaakt tussen gezinnen met één of twee ouders en is SES gemeten aan de hand van het opleidingsniveau van de ouders. De resultaten van de analyses laten geen verschil zien in de ernst van psychische klachten tussen patiënten met éénouder- of tweeoudergezinnen. SES blijkt wel

samen te hangen met klachtenernst, ouders met een lager SES scoorden namelijk gemiddeld significant hoger op de OQ-45 score dan ouders met een hoog SES. De interactie tussen SES en gezinssamenstelling was echter niet significant, dus dit betekent dat SES de relatie tussen gezinsstructuur en psychische klachten niet modereerde.

De eerste hypothese, dat ouders in tweeloudergezinnen naar verwachting een lagere klachtenernst zullen laten zien dan ouders in een tweeloudergezin, wordt op basis van de resultaten niet bevestigd. Deze resultaten komen dus niet in overeenstemming met de meeste wetenschappelijke literatuur, zoals het artikel van Jain en Mahmoodi (2022), waarin wordt beschreven dat alleenstaande ouders wereldwijd vaker psychische stress ervaren dan ouders in een tweeloudergezin. Mogelijke verklaringen voor het uitblijven van significant verschil is dat deze studie zich richt op een klinische populatie, waarin psychische klachten bij alle ouders relatief hoger zijn dan normaal. In deze context lijkt het hebben van een partner minder bepalend dan de aanwezigheid van emotionele steun en goede communicatie, aangezien deze niet per se van een partner hoeven te komen (Cheng et al., 2017). Het verschil wordt in deze context mogelijk overschaduwd door de vraag of er überhaupt sprake is van goede communicatie en steun, aangezien dit zwaarder weegt voor het psychisch functioneren dan het hebben van een partner (Cheng et al., 2017). Ook is het mogelijk dat culturele en maatschappelijke contexten, zoals in Nederland (Drenthe) met de sociale voorzieningen, de impact van alleenstaand ouderschap op psychisch welzijn deels verlichten, in tegenstelling tot de internationale bevindingen van Jain en Mahmoodi (2022). In die studie wordt namelijk meer wereldwijd gekeken, zoals naar VS, Zuid-Afrika en verschillende Europese landen. Ook zou het kunnen dat in dit onderzoek de alleenstaande ouders compenserende hulpbronnen hebben, zoals familie of vrienden, die deels het ontbreken van de partner kunnen opvangen (Hosokawa & Katsura, 2024). Een onderzoek van Zhou & Taylor (2022) toont aan dat sociale steun van familie of vrienden een belangrijke rol speelt in het verminderen van interne symptomen bij alleenstaande moeders. Dit kan suggereren dat alleenstaande ouders die toegang hebben tot sterke sociale netwerken, mogelijk beter in staat zijn om de uitdagingen van het alleenstaand ouderschap te hanteren (Zhou & Taylor, 2022). Hoewel de studie van Zhou & Taylor (2022) zich niet expliciet richt op GGZ-populaties, laten de bevindingen zien dat zulke steunnetwerken ook binnen de GGZ mogelijk een beschermende rol kunnen spelen. Ten slotte bestaat er wellicht het maatschappelijke beeld dat het logischer zou zijn dat individuen in een tweeloudergezin 'gelukkiger' zouden zijn dan alleenstaande ouders (Stavrova & Fetchenhauer, 2014). Literatuur laat echter zien dat dit beeld genuanceerder ligt. Uit onderzoek van (Gardner & Oswald, 2006) blijkt dat het verlaten van een ontevreden

huwelijk juist kan leiden tot verbeteringen in het psychisch welzijn van ouders. Voor sommige ouders betekent de overgang van een twee- naar een éénoudergezin mogelijk het einde van chronische stress en conflicten, wat hun psychisch welzijn ten goede komt (Amato & Hohmann-Marriott, 2007). Hoewel deze bevindingen uit de algemene bevolking komen, zou het kunnen dat ook binnen de GGZ het beëindigen van een conflictueus huwelijk kan bijdragen aan minder stress en beter mentaal welzijn.

De tweede hypothese, dat SES de relatie tussen gezinssamenstelling en ernst van de klachten modereert, wordt niet bevestigd. De afwezigheid van een significant modererend effect van opleidingsniveau suggereert niet per se dat SES geen rol speelt, maar mogelijk dat de manier waarop SES in dit onderzoek is gemeten, uitsluitend via opleidingsniveau, te beperkt is om bredere sociaaleconomische invloeden op psychische klachten te vangen. Deze niet-significante uitkomst is in tegenstelling tot de bevindingen in het artikel van Smith et al. (2022) en Gautam et al. (2023). In deze artikelen werd benadrukt dat lager SES samengaat met bijvoorbeeld meer stress en minder toegang tot hulpbronnen, wat een negatieve invloed kan hebben op het psychisch welzijn van ouders. Echter, richten deze studies zich vooral op het directe effect van SES op psychische klachten, terwijl dit onderzoek SES beschouwt als moderator. Dit is een andere insteek, waarbij het gaat om mogelijke wisselwerking in plaats van een rechtstreeks verband. Mogelijke andere verklaringen voor verschillen tussen het huidige en deze eerdere onderzoeken is dat deze laatste studies gebaseerd zijn op de algemene bevolking, terwijl betreffend onderzoek is uitgevoerd in een GGZ-populatie. Daarnaast had dit onderzoek SES enkel gemeten aan de hand van opleidingsniveau, dit is een beperkte operationalisatie. Een bredere benadering, bijvoorbeeld door inkomen, werkzekerheid of schuldenlast mee te nemen, had mogelijk meer inzicht kunnen geven in hoe SES de relatie tussen gezinssamenstelling en psychische klachtenernst modereerde. Mogelijk spelen andere, niet in dit onderzoek meegenomen factoren, een grotere rol in de verklaring van verschillen in klachtenernst. Bijvoorbeeld het belang van toegankelijke steunsystemen, waaronder hulpprogramma's van de overheid en familienetwerken (Rees et al., 2023).

Sterke kanten van dit onderzoek zijn dat er vooraf gekeken is naar een gerichte onderzoeksvraag en duidelijke hypothesen, gebaseerd op bestaande literatuur, zodat er duidelijk antwoord kon worden gegeven. Er is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten en een relatief grote steekproef, wat de betrouwbaarheid van de resultaten versterkt. Ook zijn er meerdere regressiemodellen toepast (controlevariabelen, interactietermen) waardoor er een diepgaande analyse heeft plaatsgevonden.

Zwakke punten van dit onderzoek zijn ten eerste de beperkte operationalisatie van SES op basis van enkel opleidingsniveau. Dit beperkt mogelijk de interpretatie van het moderatie effect en heeft dus ook invloed op een deel van de interne validiteit van het onderzoek (Braveman et al., 2005). Ten tweede was er heel veel missende data. Zo hadden 150 respondenten geen OQ-45 score, en vielen 71 respondenten buiten de SES-categorisering (laag, midden, hoog). De missende data zorgt niet alleen voor een kleinere analysegroep (N = 885), maar kan ook de representativiteit van de steekproef aantasten. Het is mogelijk dat vooral respondenten met ernstige psychische klachten of bijvoorbeeld lagere sociaaleconomische positie bepaalde vragen niet hebben ingevuld, dit kan zorgen voor een selectiebias. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar de bredere populatie van ouders in de GGZ. Ten derde is het onderzoek cross-sectioneel van aard. Dus het is niet mogelijk om uitspraken te doen over causaliteit, alleen over de samenhang tussen de variabelen. Daarnaast zijn niet alle mogelijke confounders meegenomen in de analyses. Voor leeftijd en geslacht is gecontroleerd, maar andere relevante factoren, zoals de mate van sociale steun (Zhou & Taylor, 2022) zijn buiten beschouwing gelaten. Voor vervolgonderzoek zou er voor meer mogelijk relevante confounders, zoals sociale isolatie, moeten worden gecorrigeerd om vertekening te minimaliseren. Tot slot zou de indeling in éénouder- en tweeoudergezinnen te grof kunnen zijn. Binnen deze categorieën bestaan belangrijke onderlinge verschillen, zoals co-ouderschap versus volledig alleenstaand. Dit is niet in dit onderzoek meegenomen, maar heeft mogelijk wél invloed op het psychische welzijn van de ouder (Mandarino et al., 2016).

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en conclusie.

In mogelijk vervolgonderzoek zou een bredere operationalisatie van SES moeten worden gebruikt, omdat het combineren van meerdere factoren (zoals inkomen, beroep en woonomstandigheden) zou kunnen bijdragen aan een rijker en nauwkeuriger beeld van SES en de invloed ervan op de psychische klachten. Ten tweede zouden er voor vervolgonderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van longitudinaal onderzoeksdesign, waarbij zowel gezinssamenstelling, SES als psychische klachten op meerdere momenten worden gemeten. Hierdoor kan beter worden vastgesteld of veranderingen in gezinssamenstelling of SES voorafgaan aan veranderingen in psychische klachten. Dit biedt de mogelijkheid om causale verbanden tussen deze variabelen en psychische klachten beter te onderzoeken. Ten slotte zou er in vervolgonderzoek een bredere betekenis aan gezinssamenstelling gegeven kunnen worden, bijvoorbeeld door onderscheid te maken in stiefgezinnen en co-ouderschap.

Op basis van dit onderzoek kan dus geconcludeerd worden dat gezinssamenstelling geen duidelijke samenhang vertoont met psychische klachten bij ouders in de GGZ, en dat SES geen modererend effect laat zien. Al moet deze conclusie met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de statistische aard van de bevindingen. Verdere studies zouden meer dimensies van sociaaleconomische status en gezinscontext moeten meenemen om de mogelijke associatie beter in kaart te brengen.

Literatuurlijst

- Adolescent Mental Health and Family Economic Hardships: The Roles of Adverse Childhood Experiences and Family Conflict. *Journal Of Youth And Adolescence*, 51(12), 2294–2311. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01671-9>
- Amato, P. R., & Hohmann-Marriott, B. (2007). A Comparison of High- and Low-Distress Marriages That End in Divorce. *Journal Of Marriage And Family*, 69(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00396.x>
- Behere, A. P., Basnet, P., & Campbell, P. (2017). Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 39(4), 457–463. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.211767>
- Boursnell, M. (2012). Assessing the capacity of parents with mental illness: Parents with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), 92–108. <https://doi.org/10.1177/0020872812445197>
- Bradbury, A. (2020). Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 933–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00559-x>
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research. *JAMA*, 294(22), 2879. <https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879>
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R., & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 38(8), 442–449. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0661-0>
- Castagna, G. (2022b, december 1). *Cijfers psychische gezondheid*. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021, 16 november). Bevolking; onderwijsniveau en

migratieachtergrond 2003-2021. Geraadpleegd op 4 februari 2025.

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLnl&PA=82275NED&LA=>

nl

Cheng, Y., Zhang, L., Wang, F., Zhang, P., Ye, B., & Liang, Y. (2017). The effects of family structure and function on mental health during China's transition: a cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0630-4>

Cost, K. T., Mudiyansele, P., Unternährer, E., Korczak, D. J., Crosbie, J., Anagnostou, E., Monga, S., Kelley, E., Schachar, R., Maguire, J., Arnold, P., Burton, C. L., Georgiades, S., Nicolson, R., Birken, C. S., & Charach, A. (2023). The role of parenting practices in parent and child mental health over time. *BJPsych Open*, 9(5). <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.529>

De Beurs, E., Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, R., & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393–400. <http://dare.uva.nl/personal/record/264277>

De Jong, K., Nugter, A., Pollak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de outcome questionnaire: een cross-culturele validatie. *Psychologie en gezondheid*, 36, 35-45. <https://doi.org/10.1007/BF03077465>

Deter, H., Weber, C., Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Juenger, J., Ladwig, K., Soellner, W., De Zwaan, M., Hellmich, M., Grün, A., Ronel, J., & Orth-Gomér, K. (2018). Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *Journal Of Psychosomatic Research*, 113, 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.08.005>

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>

Embloom. (2023, 7 augustus). *OQ-45: Outcome Questionnaire* |

Symptoominventarisatie. <https://www.embloom.nl/content/oq-45/>

Gardner, J., & Oswald, A. J. (2006). Do Divorcing Couples Become Happier by Breaking up? *Journal Of The Royal Statistical Society Series A (Statistics in Society)*, 169(2), 319–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-985x.2006.00403.x>

Gautam, N., Dessie, G., Rahman, M. M., & Khanam, R. (2023). Socioeconomic status and health behavior in children and adolescents: a systematic literature review. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228632>

Göpfert, M., Webster, J., & Seeman, M. V. (2015). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781107707559>

Have, M. T., 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>

Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., & Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 889–896. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0113-8>

Hosokawa, R., & Katsura, T. (2024). Association between parents' perceived social support and children's psychological adjustment: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05235-7>

Jain, N. M., & Mahmoodi, N. V. (2022). Being One in a World of Twos: Experiences and Consequences of Single Parenting". *Graduate Student Journal Of Psychology*, 18. <https://doi.org/10.52214/gsjp.v18i.10930>

Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard L.M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service

- users in the UK: a framework analysis. *BMC Psychiatry*, 13(120).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-120>
- Jong, K., & Spinhoven, P. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie & Gezondheid*, 36(1), 35–45. <https://doi.org/10.1007/bf03077465>
- Kevino. (2024, 28 augustus). De groep mensen met langdurige psychische problemen die benodigde hulp niet ontvangt, is kleiner geworden. *Trimbos-instituut*. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/de-groep-mensen-met-langdurige-psychische-problemen-die-benodigde-hulp-niet-ontvangt-is-kleiner-geworden/>
- Kong, K. A., Choi, H. Y., & Kim, S. I. (2017). Mental health among single and partnered parents in South Korea. *PLoS ONE*, 12(8), e0182943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182943>
- Kupferberg, A, Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral*, 69(1), 313-332. H
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (3rd ed., pp. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3–4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Leijdesdorff, S., Van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & Van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up-to-date narrative review. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Lut, I., Woodman, J., Armitage, A., Ingram, E., Harron, K., & Hardelid, P. (2021). Health outcomes, healthcare use and development in children born into or growing up in

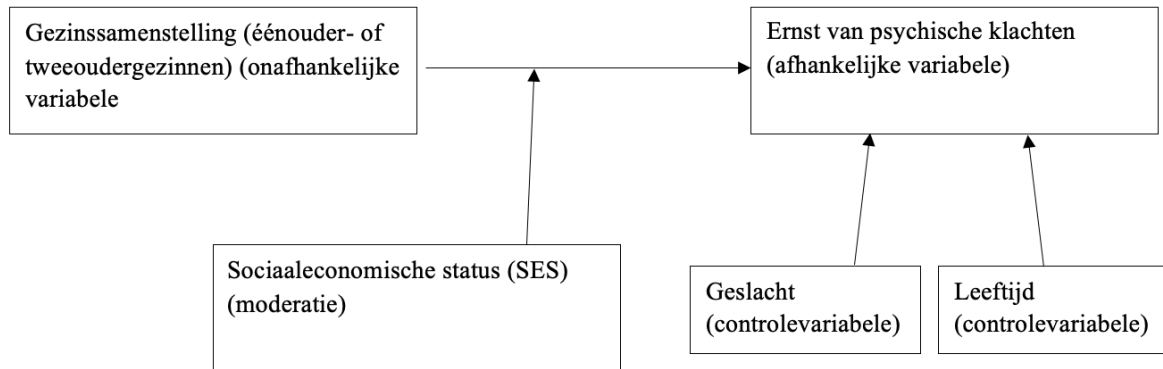
- single-parent households: a systematic review study protocol. *BMJ Open*, 11(2), e043361. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043361>
- Mandarino, K., Pruett, M. K., & Fieldstone, L. (2016). Co-parenting in a Highly Conflicted Separation/Divorce: Learning about Parents and their Experiences of Parenting Coordination, Legal, and Mental Health Interventions. *Family Court Review*, 54(4), 564–577. <https://doi.org/10.1111/fcre.12243>
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian e-Journal For The Advancement Of Mental Health*, 4(2), 78–88. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.78>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (z.d.). *Aantallen onderwijsdeelnemers naar sociaaleconomisch milieu*. Geraadpleegd op 22 mei 2025, van <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/onderwijs-algemeen/leerlingen-en-studenten/aantallen-onderwijsdeelnemers-naar-sociaaleconomisch-milieu>
- Rees, E., Beeber, S. N., Sampson, R., & Lietz, J. P. (2023). Empowering Single Parents: Navigating Socio-Economic Challenges and Fostering Resilience in Family Well-being. *Law And Economics*, 17(2), 131–150. <https://doi.org/10.35335/laweco.v17i2.5>
- Schröder, M., Seker, S., D’Huart, D., Izat, Y., Bolten, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2022). The Relationship of Temperament and Character, Parental Stress, and Mental Health Problems with Attachment Disorders among Children. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(23), 15458. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315458>
- 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 ‘monitoring outcomes of psychiatric pharmacotherapy’ (MOPHAR) monitoring program – a study protocol. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3951-2>
- Smith, T. A., Kievit, R. A., & Astle, D. E. (2022). Maternal mental health mediates links between socioeconomic status and child development. *Current Psychology*, 42(25), 21967–21978. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03181-0>

- Stavrova, O., & Fetchenhauer, D. (2014). Single Parents, Unhappy Parents? Parenthood, Partnership, and the Cultural Normative Context. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 46(1), 134–149. <https://doi.org/10.1177/0022022114551160>
- Stolper, H., Imandt, L., Van Doesum, K., & Steketee, M. (2024). Improvements in the quality of the parent-child relationship following treatment with an integrated family approach. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1377100>
- Trimbos, (2023). Psychische aandoeningen in de algemene bevolking. Cijfers psychische gezondheid. Geraadpleegd op 5 november 2024, van [https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/#:~:text=Bijna%20de%20helft%20\(48%25\),kwart%20van%20de%20volwassene n%20voor](https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/#:~:text=Bijna%20de%20helft%20(48%25),kwart%20van%20de%20volwassene n%20voor).
- Van Der Ende, P. C., Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Van Weeghel, J. (2014). Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 201–208. <https://doi.org/10.1037/prj0000067>
- Wagner, L. (2024). *Parenting Under Pressure: How Socioeconomic Status and Stress affect Parenting*. BYU ScholarsArchive. Geraadpleegd op 4 februari 2025, van <https://scholarsarchive.byu.edu/familyperspectives/vol6/iss2/1>
- Zhou, X., & Taylor, Z. E. (2022). Differentiating the impact of family and friend social support for single mothers on parenting and internalizing symptoms. *Journal Of Affective Disorders Reports*, 8, 100319. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100319>

Bijlage

Figuur 1

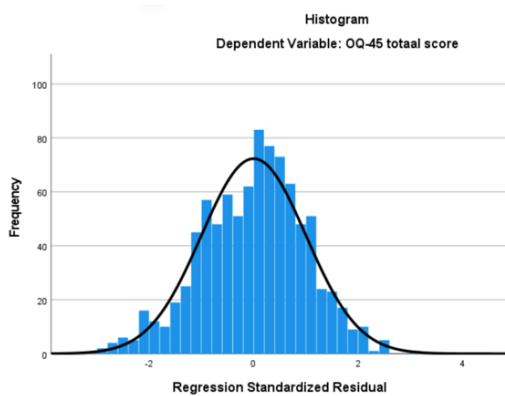
Conceptueel model met moderatoreffect en controlevariabelen.



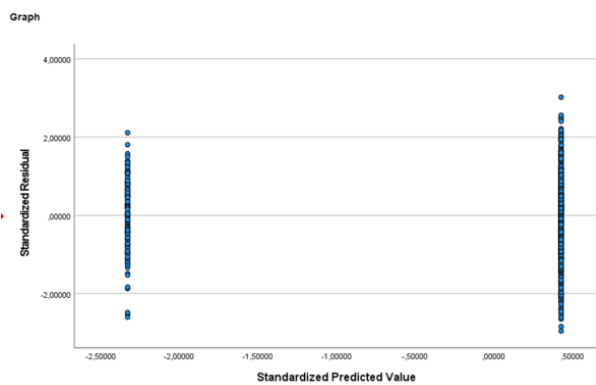
Figuur 2

Assumptiecontrole voor Model 1: (a) histogram van gestandaardiseerde residuen (normaliteit), en (b) scatterplot van voorspelde waarden en residuen (lineair verband en homoscedasticiteit).

a.



b.



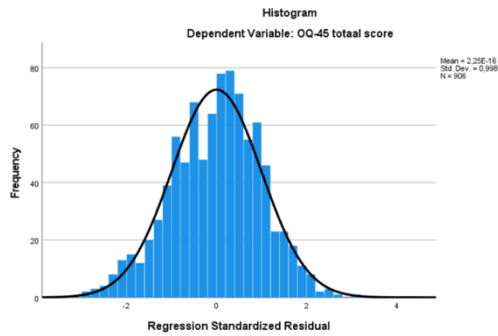
a. Histogram van gestandaardiseerde residuen

b. Scatterplot van voorspelde waarden en residuen

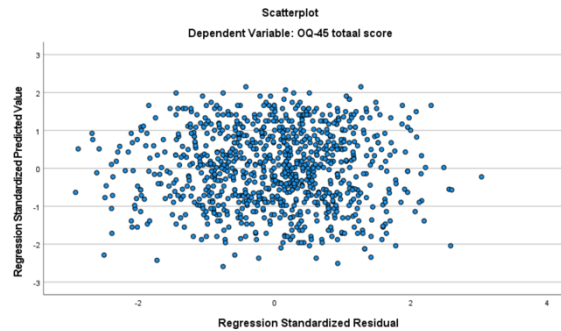
Figuur 3

Assumptiecontrole voor Model 2: (a) histogram van gestandaardiseerde residuen (normaliteit), en (b) scatterplot van voorspelde waarden en residuen (lineair verband en homoscedasticiteit).

a.



b.

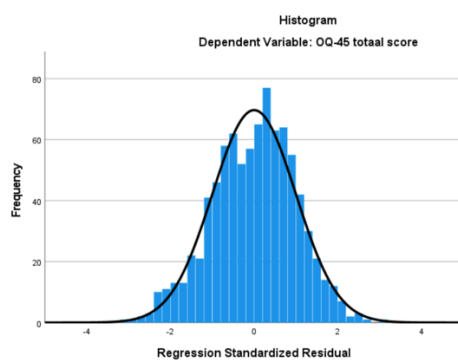


- a. Histogram van gestandaardiseerde residuen
- b. Scatterplot van voorspelde waarden en residuen

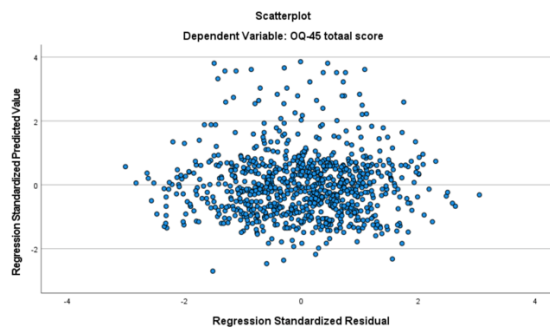
Figuur 4

Assumptiecontrole voor Model 3: (a) histogram van gestandaardiseerde residuen (normaliteit), en (b) scatterplot van voorspelde waarden en residuen (lineair verband en homoscedasticiteit).

a.



b.



- a. Histogram van gestandaardiseerde residuen
- b. Scatterplot van voorspelde waarden en residuen