

De impact van mantelzorg

*Een onderzoek naar de invloed van mantelzorg op de mentale gezondheid van
volwassenen*



Student: Reinier Ensing

Studentnummer: 260263

Faculteit: Erasmus School of Social and Behavioural Sciences

Master: Arbeid Organisatie en Management (Sociologie)

Scriptiebegeleider: Joost Oude Groeniger

Datum: 01-08-2023

Aantal woorden: 8219

Inhoud

1.	Inleiding	4
1.1	Aanleiding	4
1.2	Probleemstelling	4
1.3	Wetenschappelijke relevantie	5
1.4	Maatschappelijke relevantie	6
2.	Theoretisch kader	7
2.1	Mentale gezondheid	7
2.2	Sociaaleconomische status	8
2.3	Gender	9
2.4	Leeftijd	10
3.	Methodologie	12
3.1	Data	12
3.2	meting van de variabelen.....	13
3.3	Analyse.....	16
3.4	Resultaten	18
4.	Discussie	21
5.	Conclusie	24
	Bibliografie.....	25
	Bijlage 1: Conceptueel model	29
	Bijlage 2: Resultaten regressieanalyses	30
	Bijlage 3: Syntax.....	34
	Bijlage 4: Overzicht kernstudies, waves en datums	41
	Bijlage 5: Checklist ethiek en privacy	42

Abstract

Dit rapport onderzoekt wat de invloed van mantelzorg is op de mentale gezondheid van een volwassene en kijkt of dit effect wordt beïnvloed door de sociaaleconomische status (SES), gender en leeftijd van een persoon. De aanleiding voor dit onderzoek is de toenemende vergrijzing in Nederland en de daarmee gepaard gaande druk op het zorgstelsel (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). Een belangrijke pijler waar de Nederlandse regering al enige tijd op inzet is mantelzorg (Rijksoverheid, 2017). De probleemstelling van dit onderzoek is gebaseerd op eerdere studies die tegenstrijdige bevindingen laten zien over de impact van mantelzorg op de mentale gezondheid. De methode die wordt gebruikt is kwantitatief onderzoek met behulp van data afkomstig van het LISS-panel. Het onderzoek bestaat uit vier hypothesen. Om een uitspraak te kunnen doen over de vier hypothesen zijn zes lineaire regressie uitgevoerd met het programma SPSS. De resultaten van het onderzoek tonen aan dat geen van de regressies statistisch significant zijn. Het onderzoek geeft mogelijke verklaringen voor deze bevindingen, zoals recente beleidswijzigingen ter ondersteuning van mantelzorgers en welzijnsorganisaties die zich inzetten voor mantelzorgers. Het rapport sluit af met een aanbeveling om verder onderzoek uit te voeren in lijn met de huidige methodologie, maar gebruikmakend van gegevens uit eerdere jaren.

Trefwoorden:

Gender; leeftijd; mantelzorg; mentale gezondheid; sociaaleconomisch status

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Een belangrijke ontwikkeling in de Nederlandse samenleving is de voortgaande toename van de vergrijzing. In 1950 was minder dan 8 procent van de bevolking 65 jaar of ouder, dit aandeel is in de loop der jaren toegenomen. Zo was in 1990, 12,8 procent van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder en begin 2022 is dit aandeel gestegen naar 20 procent (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). De oorzaken van de vergrijzing in Nederland zijn veelzijdig; mensen leven langer door de vooruitgang in de medische technologie, verbeterde gezondheidszorg en veranderingen in levensstijl. Hierdoor is het aandeel oudere volwassenen in de bevolking toegenomen. Tegelijkertijd is het geboortecijfer in Nederland gedaald, waardoor er minder jonge mensen zijn om het groeiende aantal oudere volwassenen te ondersteunen (Garssen, 2016).

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking zet het zorgstelsel onder druk. Campen (2011) stelt dat naarmate mensen ouder worden, ze vaker ondersteuning nodig hebben bij de dagelijkse activiteiten zoals aankleden, koken en douchen. Bovendien doen ouderen ook een groter beroep op de medische zorg, doordat ze sneller en/of vaker chronisch ziek worden (Campen, 2011). Door de stijgende druk op de formele zorg, kan er steeds minder aan de stijgende vraag worden voldaan. Zo bleek uit de cijfers van ActiZ, de branchevereniging van verpleeghuizen, dat ruim 21.000 mensen in Nederland op 24-uur zorg wachten (Gopal et al., 2022). Deze cijfers zijn schrijnend en de verwachting is dat dit alleen nog maar toe zal nemen. Zo stelde het Centraal Bureau voor de Statistiek (2022) dat het aandeel 65-plussers in 2040 zal stijgen naar 25,1 procent.

De regering is al jaren bezig om de druk op het formele zorgstelsel te verminderen en een passend antwoord te vinden op de vergrijzing. Een belangrijke pijler waar de Nederlandse regering al enige tijd op inzet is mantelzorg. Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg die iemand geeft aan zieke familieleden of vrienden (Rijksoverheid, 2017). Afgelopen jaar ben ik zelf in aanraking gekomen met mantelzorg. Mijn opa ging in relatief korte tijd hard achteruit en mijn oma kon niet meer alleen voor hem zorgen. Als gezin hebben wij hen toen ondersteund door te helpen met aankleden, boodschappen doen, etc. Met name mijn moeder (dochter) heeft veel taken op zich genomen, wat in de loop van de maanden steeds verder toenam. Dit zorgde soms voor stress en slapeloze nachten. Daarom ben ik benieuwd wat voor impact het verlenen van mantelzorg heeft op de mentale gezondheid van een volwassene.

1.2 Probleemstelling

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de invloed van mantelzorg op de mentale gezondheid van volwassenen. De verschillende studies hebben over de jaren heen allemaal eenzelfde conclusie; mantelzorg verlenen heeft vooral negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid van een volwassene. Zo beschreef Nies in zijn beleidsonderzoek naar de ouderenzorg (1992) dat mantelzorg verlenen leidt tot psychosociale problematiek en mentale achteruitgang. De artikelen van Beaudreau et al. (2008) en

McCurry et al. (2007) sluiten hierop aan en constateren dat het verlenen van mantelzorg kan leiden tot emotioneel leed, waaronder angst; depressie; slaapinefficiëntie en stress. Tot slot kunnen zorgverleners een sociaal isolement ervaren en een vermindering van hun eigen vrije tijd en hobby's, wat kan leiden tot een gebrek aan sociale steun en minder mogelijkheden voor zelfzorg (Bauer & Sousa-Poza, 2015 en Papadopoulos et al. 2018).

Daarentegen worden in andere studies ook de positieve effecten van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid toegelicht. Volgens de Klerk et al. (2015) krijgt namelijk 80% van de mantelzorgers een goed gevoel bij het verlenen van mantelzorg. In het artikel van Boer et al. (2009) wordt gesteld dat het verlenen van mantelzorg een doel in het leven kan geven en raken mantelzorgers meer verbonden met hun dierbaren. Tot slot stelt het artikel dat het verlenen van mantelzorg iemands gevoel van eigenwaarde kan vergroten (Boer et al., 2009). In het artikel van Pendergrass et al. (2018) wordt geconcludeerd dat mantelzorg verlenen vooral een positief effect heeft op de mentale gezondheid, echter moet hier wel worden vermeld dat het artikel ook concludeert dat mantelzorgers tegelijkertijd ook negatieve gevolgen ervaren, het één sluit het ander dus niet uit.

Op basis van bovenstaande studies kan gesteld worden dat er geen eenduidig antwoord is op wat voor impact mantelzorg verlenen heeft op de mentale gezondheid van een volwassene. Dit onderzoek probeert met actuele data een toevoeging te zijn op eerder onderzoek en het vast te stellen op populatieniveau, door gebruik te maken van representatieve data over de Nederlandse bevolking. Bij dit onderzoek worden drie moderatoren toegevoegd, namelijk sociaaleconomische status, gender en leeftijd. In het artikel van de klerk et al. (2015) wordt gesteld dat mensen met verschillende gender en leeftijd verschillend reageren op het verlenen van mantelzorg. Daarnaast wordt ook gesteld dat het effect van mantelzorg op de mentale gezondheid van volwassenen verschilt, afhankelijk van hun sociaaleconomische status. Het onderzoek van Brand et al (2022) stelt dat mantelzorgers met een lage sociaaleconomische status vaak meer stress en negatieve gevolgen ervaren dan volwassenen met een hoge sociaaleconomische status. Om die reden worden gender, leeftijd en sociaaleconomische status meegenomen in dit onderzoek als moderatoren.

Deze doelstellingen hebben geresulteerd in de volgende probleemstelling:

“Wat is de invloed van mantelzorg op de mentale gezondheid van volwassenen en wordt dit effect beïnvloed door de sociaaleconomische status, gender en leeftijd van deze persoon?”

Het conceptuele model gebaseerd op de onderzoeksvraag is te vinden in bijlage 1.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant aangezien het bijdraagt aan de bestaande literatuur. Het onderzoek geeft antwoord op de vraag wat voor impact mantelzorg heeft op de mentale gezondheid van een volwassene met actuele data. Deze studie maakt namelijk gebruik van data afkomstig uit 2021 en 2022. Dit kan nieuwe inzichten bieden doordat er de afgelopen jaren beleidsmatig een aantal wijzigingen

zijn doorgevoerd ter ondersteuning van mantelzorgers. Als voorbeeld de Wet langdurige Zorg, deze wet geeft ondersteuning aan mensen die langdurige zorg hebben, inclusief mantelzorgers. Het biedt toegang tot diensten zoals thuiszorg, verpleeghuiszorg en respijtzorg. Een ander voorbeeld is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die gericht is op het bevorderen van de sociale participatie en het welzijn van mensen, waaronder mantelzorgers. Het biedt ondersteuning door middel van diensten zoals respijtzorg, counseling en hulp bij praktische zaken (Rijksoverheid, 2015). Ten slotte droeg COVID-19 ook bij aan beleidswijzigingen ter ondersteuning van mantelzorgers, omdat de pandemie beleidsmakers bewust maakte van de noodzaak om mantelzorgers beter te ondersteunen (Hoogendijk, 2021).

Het onderzoek van Brand et al. (2022) is daarentegen wel vrij recent uitgebracht, echter richt die studie zich op Europa en dit onderzoek op Nederland. Daarnaast kijkt dit onderzoek naar drie moderatie-effecten waar de studie van Brandt et al. (2022) alleen kijkt naar de sociaaleconomische status als moderator. De studies eerder besproken in de probleemstelling die wel de focus hebben op Nederland maken geen gebruik van data afkomstig uit het LISS-panel. Concluderend vult dit onderzoek een gat in de literatuur door actuele en nieuwe inzichten te bieden in de invloed van mantelzorg op de mentale gezondheid van volwassenen met behulp van data afkomstig uit het LISS-panel.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant aangezien het inzichtelijk maakt voor welke demografische groepen meer ondersteuning binnen het Nederlandse mantelzorgbeleid nodig is. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen mensen met een verschillend gender, leeftijd en sociaaleconomische status. Zo stellen Peter en Alderliesten (2019) dat sommige mantelzorgers met het huidige beleid geen aansluiting vinden op de individuele ondersteuning bij het verlenen van mantelzorg. Door inzichtelijk te maken welke groeperingen meer ondersteuning nodig hebben, probeert dit onderzoek beter aan te sluiten op de individuele behoeften van de mantelzorger.

2. Theoretisch kader

2.1 Mentale gezondheid

Allereerst is het van belang om een heldere definitie te krijgen van het begrip mentale gezondheid. Mentale gezondheid verwijst naar het algemene psychologische welzijn van een persoon, inclusief het vermogen om met stress om te gaan, positieve relaties te onderhouden en effectief te functioneren in het dagelijkse leven. Mentale gezondheid omvat een reeks factoren, waaronder emotioneel, psychologisch en sociaal welzijn, en kan worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals genetica, omgeving, levenservaringen en persoonlijke omstandigheden (RIVM, 2019).

Binnen de artikelen van Beaudreau et al. (2008), McCurry et al. (2007) en Ukpong (2012) worden een aantal redenen besproken waarom mantelzorg negatieve gevolgen heeft voor de mentale gezondheid van de mantelzorgers. Allereerst stelt Beaudreau et al. (2008) dat verzorgen een veeleisende en stressvolle rol kan zijn, omdat er vaak meer bij komt kijken dan men van tevoren denkt. Het artikel geeft aan dat dit kan leiden tot een overweldigend en benauwend gevoel of schuldgevoel over hun zorgtaken. De stress van het verzorgen kan leiden tot lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, zoals hoge bloeddruk, angst, depressie en soms zelfs slaapproblemen.

Ten tweede kunnen mantelzorgers minder tijd en energie besteden om hun sociale netwerken te onderhouden en deel te nemen aan sociale activiteiten, wat kan leiden tot sociaal isolement en eenzaamheid. Dit kan vooral een uitdaging zijn voor verzorgers die zorgen voor een geliefde met dementie of andere aandoeningen wat de sociale interactie beperkt (Ukpong, 2012). De derde reden is geld. Door het verlenen van zorg moeten mantelzorgers vaker vrij nemen van hun werk of extra kosten maken, zoals voor medische apparatuur of aanpassingen aan het huis. Het verloon wordt deels gefinancierd door de verzekering maar vaak onvoldoende. Dit kan ervoor zorgen dat zorgverleners in financiële problemen komen, wat zorgt voor stress, slapeloosheid en depressies (Beaudreau et al., 2008).

Ten vierde kunnen mantelzorgers zich onzeker voelen over de toekomst en geen controle hebben over de gezondheid en het welzijn van de zorgontvanger, wat leidt tot gevoelens van hulpeloosheid en angst. Dit kan bijzonder moeilijk zijn voor verzorgers die zorgen voor een geliefde met een chronische of terminale ziekte (Ukpong, 2012). Tot slot kan mantelzorg een rol zijn die botst met andere rollen, zoals werk, ouderschap en persoonlijke tijd. Dit kan leiden tot overbelasting en stress, omdat zorgverleners moeite kunnen hebben hun zorgtaken in evenwicht te brengen met andere belangrijke aspecten van hun leven (McCurry et al., 2008).

Daarentegen worden er ook nog in andere artikelen positieve gevolgen beschreven. Volgens de Klerk et al. (2015) krijgt 80% van de mantelzorgers een goed gevoel bij het verlenen van mantelzorg, daar wordt wel aan toegevoegd dat dit gevoel minder wordt naarmate er intensievere zorg verleend moet worden. De Boer et al. (2009) beschrijft dat mantelzorg verlenen een gevoel van doelgerichtheid en voldoening kan geven. Dit gevoel van doelgerichtheid en voldoening kan het gevoel van eigenwaarde van de verzorger vergroten, wat leidt tot een betere geestelijke gezondheid. Wat het artikel ook

beschrijft, is dat zorg verlenen een gelegenheid kan zijn voor sociale steun en verbinding. Zorgverleners kunnen makkelijker steun zoeken met anderen die ook voor hun dierbaren zorgen, wat kan leiden tot een gevoel van verbondenheid. Bovendien kan zorg verlenen bestaande relaties versterken, omdat zorgverleners en zorgontvangers vaak nauwere banden ontwikkelen tijdens het zorgproces (Boer et al., 2009).

Zoals bovenstaand is uiteengezet zijn de uitkomsten verdeeld over wat de gevolgen zijn van mantelzorg op de mentale gezondheid van volwassenen. Volgens sommige artikelen zijn de gevolgen positief, andere artikelen stellen dat het een negatieve impact heeft op de mentale gezondheid van de volwassene. Er kan echter gesteld worden dat empirisch bewijs gebaseerd op bovenstaande artikelen het sterkst is voor een negatief effect op de mentale gezondheid. Om die reden is de volgende hypothese opgesteld.

Hypothese 1

“Mantelzorg heeft een negatieve invloed op de mentale gezondheid van volwassenen.”

2.2 Sociaaleconomische status

Sociaaleconomische status (SES) is een multidimensionaal concept dat de positie van een individu of gezin in de samenleving weerspiegelt op basis van een reeks factoren. Deze reeks factoren zijn onder andere inkomen, opleidingsniveau, beroep en sociale klasse. SES is een maatstaf voor de sociale en economische status van een individu of gezin. Dit begrip wordt gebruikt om de verschillende groepen binnen een samenleving te beschrijven. SES geeft inzicht in de toegang van een individu tot middelen, kansen en sociale netwerken. Zo hebben mensen met een hogere SES vaak een toegang tot een betere gezondheidszorg, een hoger opleidingsniveau en meer werkgelegenheid, terwijl mensen met een lagere SES vaak meer armoede, slechtere gezondheidsresultaten en minder toegang tot middelen ervaren (Miech & Hauser, 2001).

Er zijn verschillende methoden waarop SES gemeten kan worden. De eerste benadering deelt personen binnen SES-categorieën in op basis van hun beroep (Schüz et al., 2017). De tweede benadering deelt personen in op basis van hun inkomen, waarbij vaak de armoedegrens of het mediane huishoudinkomen in een bepaalde regio als referentiepunt wordt gebruikt (Franks et al., 2010). De derde benadering deelt personen in op basis van hun opleidingsniveau (Gupta et al., 2014). De laatste benadering is de samengestelde methoden: Deze methode combineert bovenstaande indicatoren, dus: inkomen, opleiding en beroep, om een uitgebreider beeld te geven van de SES van een individu (Letourneau et al., 2011).

Het artikel Zhou et al. (2014) concludeert dat een lage SES geassocieerd is met hoge niveaus van angst en depressie bij mantelzorgers, hieraan werd wel toegevoegd dat het gezin dit effect kan verminderen. In het artikel van Ajiboye & Pius (2014) wordt ook geconcludeerd dat mantelzorg verlenen

een grotere negatieve impact heeft op de mentale gezondheid van mensen met een lage SES. Dit komt doordat de rol van mantelzorg de mogelijkheden om te werken verder beperken, waardoor de financiële problemen verergeren. Dit kan leiden tot angst, stress, slaapgebrek en eventueel depressies, wat effect heeft op de mentale gezondheid. Daarnaast hebben mensen met een lage SES beperkte toegang tot de gezondheidszorg, waardoor het voor hen moeilijker kan zijn om hun eigen geestelijke gezondheidsbehoeften aan te pakken (Ajiboye & Pius, 2014). Het artikel van Brandt et al. (2022) sluit hierbij aan en voegt eraan toe dat door de lage SES status sommige mensen niet minder kunnen werken waardoor ze sneller overbelast raken. Dit zorgt ervoor dat zij de zorg combineren met hetzelfde aantal uren werken wat leidt tot stress en mogelijk een burn-out. Gebaseerd op bovenstaande informatie is de volgende hypothese opgesteld.

Hypothese 1a

“De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker voor volwassenen met een lage sociaaleconomische status ten opzichte van volwassenen met een midden en hoge sociaaleconomische status.”

2.3 Gender

Gender verwijst naar de sociale en culturele constructies van rollen, gedragingen en eigenschappen die als passend worden beschouwd voor mannen en vrouwen in een samenleving. Het gaat verder dan biologische verschillen en beïnvloedt hoe individuen worden waargenomen en behandeld, inclusief hun kansen, verwachtingen en ervaringen. Gendernormen en stereotypen spelen een rol bij de socialisatie en zelfperceptie van individuen. (Pryzgodá & Chrisler, 2000)

Over de hele wereld zijn het vooral vrouwen die informele zorg verlenen (Sharma et al. 2016). Almada (2001) stelt dat dit komt doordat vrouwen minder vaak buitenshuis werken, dit vergroot de kans dat vrouwen veel meer tijd besteden aan het verlenen van zorg. Bovendien is het waarschijnlijker dat vrouwen in samenlevingen en culturen waar de traditionele waarde van vrouwen als natuurlijke verzorgers wordt benadrukt, zorgtaken op zich nemen die veel tijd en inzet eisen (Almada 2001).

De studie van Bom et al. (2018) stelt dat vrouwen meer stress ervaren dan mannelijke mantelzorgers, doordat vrouwen vaak dubbel belast worden. Zij zijn naast de rol als mantelzorgster ook nog moeder, echtgenote en/of werknemer. De rolconflicten kunnen leiden tot lichamelijke klachten, verhoogde stress, een burn-out of een depressie.

Het artikel van Hooyman et al. (1985) stelt dat vrouwen eerder geneigd zijn emotionele arbeid te verrichten, vrouwen maken zich namelijk meer zorgen over het emotionele welzijn van de mensen die ze verzorgen. Daarentegen wordt in de studie van Russel (2001) over mannelijke zorgverleners geconcludeerd dat mannen een vergelijkbaar gevoel van genegenheid en betrokkenheid ervaren.

Het merendeel van de artikelen waaronder Papastavrou et al. (2009) en Bauer & Poza-Sousa (2015) stellen dat vrouwen meer impact ervaren van het mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid

in verhouding met mannen. Daarentegen stellen Tang et al. (2013) in hun studie dat er geen bewijs is gevonden voor een hogere belasting van mantelzorg op de mentale gezondheid bij vrouwen. Ondanks de verschillende uitkomsten in de gevonden studies is empirisch bewijs sterker voor een grotere impact op de mentale gezondheid voor vrouwen dan voor mannen. Hieruit volgt onderstaande hypothese.

Hypothese 1b

“De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker bij vrouwen ten opzichte van mannen.”

2.4 Leeftijd

Leeftijd verwijst naar de tijdsduur dat een individu op aarde is, gemeten vanaf het moment van geboorte. Het is een maatstaf die wordt gebruikt om de chronologische volgorde van gebeurtenissen in het leven van een persoon aan te duiden en om onderscheid te maken tussen verschillende levensfasen, zoals kindertijd, volwassenheid en ouderdom. Leeftijd wordt met name uitgedrukt in jaren, maar kan ook in maanden, weken of dagen. Binnen deze studie wordt er gefocust op de groep volwassenen. Een volwassene is een persoon die fysiek volgroeid is en ook geestelijk ver ontwikkeld is. Deze persoon heeft de leeftijd van meerderjarigheid bereikt en wordt wettelijk als volwaardig en zelfstandig beschouwd (Noch & Fledman, 2010).

De groep volwassenen wordt binnen dit onderzoek opgedeeld in drie categorieën namelijk; jongvolwassenen, volwassenen van middelbare leeftijd en volwassenen op late leeftijd. Jongvolwassenen zijn individuen die zich bevinden in de overgangperiode tussen de adolescentie en volwassenheid. Deze groep wordt over het algemeen gekenmerkt door een leeftijd van ongeveer 18 tot 30 jaar. Volwassenen van middelbare leeftijd verwijzen naar individuen die zich bevinden in het midden van hun volwassen leven, vaak tussen de leeftijd van ongeveer 40 en 65 jaar. Volwassenen op late leeftijd, ook wel bekend als ouderen of senioren, zijn individuen die zich in de latere fasen van hun volwassen leven bevinden, meestal vanaf de leeftijd van ongeveer 65 jaar en ouder (Sawyer et al. 2018).

In het onderzoek van Ampalam et al. (2012) laten de resultaten zien dat de belasting van de mantelzorger op het objectieve en subjectieve welzijn toeneemt met de leeftijd van de verzorger. Het vermogen van de mantelzorg om, om te gaan met fysieke en mentale stress, neemt af wanneer de leeftijd toeneemt.

Het artikel van Heuvel et al. (2002) gaat daartegen in en stelt dat mantelzorg een groter effect kan hebben op de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen in vergelijking met volwassenen van middelbare en late leeftijd. Allereerst omdat jongvolwassenen minder copingmechanismen¹ en minder levenservaring hebben om de stress en emotionele last van het mantelzorg schap aan te kunnen. Ten tweede kunnen jongvolwassenen ook meerdere rollen en verantwoordelijkheden combineren, zoals naar school gaan of aan een nieuwe baan beginnen, wat hun stressniveau kan verhogen (Heuvel et al., 2002).

De Klerk et al. (2015) geeft naast deze twee redenen ook aan dat jongvolwassenen een sterker

gevoel van verlies of verdriet over de situatie kunnen hebben, omdat ze voor een ouder of grootouder zorgen die vroeger een bron van steun en kracht in hun leven was. Dit kan leiden tot gevoelens van isolatie en eenzaamheid, maar ook tot schuldgevoelens omdat ze niet genoeg zorg kunnen bieden wegens gebrek aan financiële middelen (De Klerk et al., 2015).

Tot slot stelt Cadman et al. (2012) ook dat mantelzorg verlenen een grotere impact heeft op jongvolwassenen, in dit artikel wordt voornamelijk de vergelijking gemaakt tussen volwassenen die wel en niet werken. Hierbij wordt gesteld dat gepensioneerde volwassenen minder mentale problemen ervaren tijdens het verlenen van mantelzorg doordat ze voldoende vrije tijd hebben, soms kan het zelfs een positief effect hebben op de mentale gezondheid van een gepensioneerde. Gebaseerd op deze bevindingen is de volgende hypothese opgesteld.

Hypothese 1c

“De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker voor jongvolwassenen ten opzichte van volwassenen van middelbare en late leeftijd.”

¹Copingmechanismen zijn de strategieën en gedragingen die mensen gebruiken om met stress, emoties en moeilijke situaties om te gaan. Copingmechanismen kunnen van persoon tot persoon verschillen en worden beïnvloed door factoren als persoonlijkheid, cultuur en vroegere ervaringen.

3. Methodologie

3.1 Data

De data die gebruikt wordt voor dit onderzoek is afkomstig uit het LISS-panel (Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences), beheerd door Centerdata (Universiteit van Tilburg, Nederland). Het LISS-panel bestaat uit ongeveer 5000 huishoudens verspreid over heel Nederland, die jaarlijks meerdere vragenlijsten invullen. Binnen dit panel worden de respondenten door Centerdata en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uitgekozen, om zo de representativiteit van het panel te waarborgen (Centerdata research institute, 2019). Gebruikers van de data, afkomstig uit het LISS-panel, moeten eerst een verklaring ondertekenen waarin zij bevestigen dat informatie over individuele personen, huishoudens etc. niet aan anderen zal worden vrijgegeven. De gegevens worden pas beschikbaar gesteld nadat een ondertekende verklaring is ontvangen (lissdata, 2021). De datasets zijn beschikbaar via onder andere het statistische computerprogramma SPSS.

Binnen het LISS-panel zijn verschillende longitudinale kernstudies beschikbaar. Elke kernstudie bevat jaarlijkse data vanaf 2008 tot en met het heden. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie kernstudies, namelijk; 'Personality', 'Health' en 'Social Integration and Leisure'. Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van cross-sectionele data, binnen het LISS panel onder de naam 'Background Variables' voor algemene vragen over de respondent waaronder geslacht, leeftijd, etc. De vragenlijst voor de 'Background Variables' wordt maandelijks ingevuld door respondenten. Binnen dit onderzoek is gekozen voor de dataset december 2022, omdat van de drie eerdergenoemde kernstudies, de enquête van 'Social Integration and Leisure' als laatst ingevuld, dit was eind december 2022. Bijlage vier geeft een overzicht met alle vragen die gebruikt zijn binnen de analyse met de bijbehorende kernstudies, waves en datum van de waves.

Na het overzetten van verschillende SPSS-datasets in één allesomvattende dataset met alleen de vragen die betrekking hebben op dit onderzoek, bestaat de dataset in totaal uit 6003 respondenten. Niet elke respondent heeft antwoord gegeven op elke vraag die voor dit onderzoek relevant is. Respondenten die niet bij elke relevante variabele een antwoord hebben ingevuld zijn uit de steekproef gefilterd, zodat de steekproef geen vertekend beeld geeft van een of meer variabelen. De uiteindelijke steekproef bevat 4706 respondenten.

Binnen dit onderzoek wordt zoals eerder is benoemd gebruik gemaakt van data afkomstig uit het LISS-panel. Vanuit LISS-panel zelf wordt volgens richtlijnen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) gewerkt (Centerdata research institute, 2019). De respondenten binnen de beschikbaar gestelde datasets zijn reeds geanonimiseerd door het LISS-panel zelf. De data die tijdens het onderzoek wordt gebruikt, zal worden opgeslagen op EUR OneDrive. Dit platform biedt een veilige en versleutelde omgeving voor het opslaan en delen van gegevens.

3.2 meting van de variabelen

Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele mentale gezondheid is in de enquête gemeten aan de hand van zeven stellingen binnen wave 14 (02-05-2022 t/m 28-06-2022) van de 'personality' kernstudie. De items zijn geselecteerd aan de hand de definitie van mentale gezondheid, behandeld in het theoretisch kader. De stellingen zijn als volgt 1. *'Ik raak makkelijk gestrest'*, 2. *'Ik ben meestal ontspannen'*, 3. *'Ik voel mij zelden neerslachtig'*, 4. *'Ik ben snel verontrust'*, 5. *'Ik raak makkelijk van streek'*, 6. *'Ik heb regelmatig stemmingswisselingen'*, 7. *'Ik maak mij zorgen over dingen'*. Antwoorden op de stellingen worden gegeven op een 5-punt Likert schaal: *'helemaal onjuist'* (1) tot *'helemaal juist'* (5). Als de zeven stellingen worden bestudeerd valt op dat een hoge score bij stelling één niet dezelfde waarde representeert in vergelijking met een hoge score bij stelling twee. Daarom zijn stellingen 1, 4, 5, 6 en 7 gehercodeerd. De interne consistentie is vastgesteld op basis van de Cronbachs Alfa analyse (.861). De mate van samenhang is goed ($0.9 > \text{Alfa} > 0.8$). Vervolgens is er een gemiddelde schaal aangemaakt. Er is nog gekeken of er een verschil zit tussen een gemiddelde schaal waarbij er op elk van de zeven items een antwoord is vereist of op een van de zeven items. Dit scheelde in totaal maar zes respondenten, om die reden is gekozen om alleen de respondenten mee te nemen die alle vragen hebben beantwoord. De variabele is zo gecodeerd dat de gemiddelde score varieert van nul als laagste score (met een lage mentale gezondheid) tot vijf als hoogste score (met een goede mentale gezondheid).

Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen mantelzorg verlenen wordt in de enquête gemeten met de vraag; *'Hebt u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg verricht?'*. Antwoorden worden gegeven met *'ja'* (1) en *'nee'* (2). Deze vraag is afkomstig van de kernstudie 'Social Integration and Leisure' wave 15 (03-10-2022 t/m 29-11-2022). Van deze vraag is een dummy variabele gemaakt waar *'nee'* is gehercodeerd naar een waarde van 0. Voor het meten van de modererende variabele in hypothese 1a (de sociaaleconomische status) zijn twee variabele gebruikt. De eerste variabele is afkomstig uit de kernstudie opleidingsniveau, er is binnen deze vraag onderscheid gemaakt tussen zes categorieën gebaseerd op het centraal planbureau van de statistiek. 1. *'Basisschool'*, 2. *'Vmbo'*, 3. *'Havo/vwo'*, 4. *'Mbo'*, 5. *'Hbo'*, 6. *'Wo'*. Deze categorieën zijn onderverdeeld in laag (1 en 2), midden (3 en 4) en hoog (5 en 6). Vervolgens is voor de categorieën midden- en hoog opleidingsniveau een dummy variabele aangemaakt met laag opleidingsniveau als referentiecategorie.

De tweede variabele die gebruikt wordt voor het meten van de sociaaleconomische status is het gemiddeld inkomen per huishouden. De data hiervoor is afkomstig uit de dataset 'Background Variables' december 2022. Hiervoor worden twee variabelen gebruikt, namelijk het inkomen per huishouden en het aantal personen binnen het huishouden van de respondent. Het huishoudensinkomen wordt gedeeld door het aantal personen binnen het huishouden. Indien er alleen

gekeken wordt naar het inkomen van de respondent zelf geeft dit mogelijk een vertekend. Dit komt doordat meer dan de helft van de respondenten vrouwen zijn en niet elke vrouw is economisch zelfstandig (Quashie et al., 2022; Goderis et al., 2018).

De verdeling laag, midden en hoog gemiddeld inkomen per huishouden is gebaseerd op de publicatie: *'Materiële Welvaart in Nederland'* (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). De categorie laag heeft een maandelijks inkomen variërend van geen inkomen tot en met 1499 euro per maand, tot de categorie midden behoren respondenten met een inkomen tussen de 1500 en 2499 per maand en tot de categorie hoog behoren mensen met een maandinkomen van 2500 of meer. Ook hier zijn twee dummy variabelen aangemaakt met laag netto-inkomen als referentiecategorie.

De modererende variabele gender voor hypothese 1b is in de 'Background Variables' enquête gemeten door de respondenten te vragen naar zijn/haar geslacht. Met als antwoordopties 1. 'man', 2. 'vrouw', 3. 'anders'. Aangezien de hypothese de vergelijking wil maken tussen man en vrouw is optie 'anders' eruit gehaald, hier behoren vijf respondenten tot, dit heeft dus geen grote impact op het aantal respondenten. Vervolgens is er een dichotome variabele van gemaakt waar 'vrouw' een waarde krijgt van 1 en 'man' een waarde krijgt van 0.

Tot slot voor de laatste modererende variabele leeftijd is de vraag binnen de 'Background Variables' studie gebruikt waar al onderscheid is gemaakt in leeftijdscategorieën gebaseerd op het centraal bureau van de statistiek. In totaal zijn er zeven categorieën beginnend bij 1. '14 jaar en jonger' t/m 7. '65 jaar en ouder'. Aangezien dit onderzoek focust op volwassenen is categorie 1 niet meegenomen in de herverdeling. De herverdeling is gedaan met behulp van de theorie uit het theoretisch kader, namelijk: 1. 'Jongvolwassenen' dit zijn volwassenen met een leeftijd tussen de 15 en 34 jaar (categorieën 2 en 3), 2. 'Volwassenen van middelbare leeftijd', dit zijn volwassenen met een leeftijd tussen de 35 en 64 jaar (categorieën 4, 5 en 6) en 3. 'Volwassenen van late leeftijd', dit zijn volwassenen met een leeftijd van 65 jaar of ouder (categorie 7). Vervolgens zijn er dummyvariabelen aangemaakt.

Controle variabelen

Er zijn een aantal controlevariabelen opgenomen in de analyse. Ten eerste is er gecontroleerd voor de variabele langdurige beperking, afkomstig van de kernstudie 'Health' wave 14 (1-11-2021 t/m 28-12-2021). Er is gekozen voor wave 14 aangezien wave 15 (7-11-2022 t/m 31-12-2022) van 'Health' alleen overlappend is met de onafhankelijke variabele. Om de geldigheid van de analyse te garanderen dient een controlevariabele gebruikt te worden, die voorafgaat aan zowel de onafhankelijke als de afhankelijke variabele, om causaliteit te kunnen vaststellen. Door de controlevariabele te meten vóór de afhankelijke en onafhankelijke variabelen, kan de mogelijke invloed ervan op de relatie tussen het ervaren van stress en het verlenen van mantelzorg worden beoordeeld. De controlevariabele langdurige beperking is een verzamelnaam voor de vraag 'Hebt u last van een langdurige ziekte, aandoening, handicap of lijdt u aan de gevolgen van een ongeluk?'. Deze variabele wordt meegenomen als controle

variabel aangezien de variabele het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid van een volwassenen kan verstoren. Want het hebben van een langdurige beperking leidt mogelijk tot een afname van het verlenen van mantelzorg, het is namelijk met een beperking een grotere uitdaging. Bovendien leidt een beperking waarschijnlijk ook tot een slechtere mentale gezondheid. De variabele is een dichotome variabele met 'ja' en 'nee'.

De tweede controlevariabele waarvoor wordt gecontroleerd is de gezondheidsstatus, ook afkomstig uit de kernstudie 'Health' wave 14. Er is gekozen om deze variabele mee te nemen als controle variabele aangezien inzicht in deze variabele, de respondent zijn algemene gezondheidstoestand weergeeft. De vraag die aan de respondent is gesteld is; '*Hoe zou u uw gezondheid in het algemeen noemen?*' Dit is een ordinale variabele met de volgende antwoordcategorieën; 1. '*Slecht*', 2. '*Matig*', 3. '*Goed*', 4. '*erg goed*', 5. '*uitstekend*'. Een slechte of goede gezondheidstoestand verstoort het effect van mantelzorg op de mentale gezondheid. Iemand die zijn gezondheidstoestand als slecht beoordeelt, verleent waarschijnlijk minder snel mantelzorg. Daarnaast leidt dit waarschijnlijk ook tot een slechtere mentale gezondheid. Van deze ordinale variabele is voor elke categorie een dummyvariabele aangemaakt met '*slecht*' als referentiecategorie.

De derde variabele waarvoor wordt gecontroleerd is afkomst. De variabele afkomst is een ordinale variabele met zes antwoordmogelijkheden. 0. '*Nederlandse achtergrond*', 101. '*Eerste generatie allochtoon, westerse achtergrond*', 102. '*Eerste generatie allochtoon, niet-westerse achtergrond*', 201. '*Tweede generatie allochtoon, westerse achtergrond*', 202. '*Tweede generatie allochtoon, niet-westerse achtergrond*', 999. '*Oorsprong onbekend of deel van de informatie onbekend*'. De variabelen afkomst verkregen via de 'Background Variables' dient als controlevariabele om variaties van afkomst weer te geven, die de relatie tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabele kan verstoren. M. van den Berg (2014) stelt namelijk dat er binnen verschillende culturen anders wordt gekeken naar het verlenen van mantelzorg, deze visie leidt ook tot verschillende effecten op de mentale gezondheid van een volwassenen. De categorie 999 is niet meegenomen in de analyse door het gebrek aan informatie. Van de overgebleven antwoordcategorieën zijn dummyvariabelen aangemaakt met '*Nederlandse achtergrond*' als referentiecategorie.

Ten vierde is er gecontroleerd voor de burgerlijke staat van de respondent. Aangezien de burgerlijke staat het effect van de mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid kan verstoren. De variabele burgerlijke staat is ook een ordinale variabele afkomstig van de 'Background Variables' met vijf categorieën; 1. '*alleenstaand*', 2. '*(on)gehuwd samenwonend, met kinderen*', 3. '*(on)gehuwd samenwonend, zonder kinderen*', 4. '*alleenstaand met kinderen*', 5. '*anders*'. Van deze ordinale variabele is voor elke categorie een dummyvariabele aangemaakt met alleenstaand als referentiecategorie.

Tot slot is er gecontroleerd voor de werksituatie van de respondent. Deze vijfde en laatste controlevariabele is een nominale variabele die betrekking heeft op het beroep van de respondent. Er zijn 14 antwoordmogelijkheden. De 14 categorieën zijn onderverdeeld in 1. '*Werkend*', 2. '*Werkloos*',

3. 'Gepensioneerd', 4. 'Student'. De werksituatie is als controlevariabele meegenomen aangezien dit effect van mantelzorg verlenen op mentale gezondheid kan verstoren. Van de categorieën zijn drie dummy variabele gemaakt met 'werkend' als referentiecategorie.

3.3 Analyse

Bij het uitvoeren van de analyse is gebruikgemaakt van het programma IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26. Er zijn zes lineaire regressieanalyse uitgevoerd, voor elke regressie is een model opgesteld die terug te vinden is in tabel 4.

In model 1 wordt het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid van volwassenen geanalyseerd. De afhankelijke variabele is mentale gezondheid en de onafhankelijke variabele is mantelzorg verlenen. In het tweede model is eenzelfde soort analyse uitgevoerd, echter zijn binnen deze analyse de moderatie en controlevariabelen toegevoegd om te onderzoeken of een mogelijk gevonden effect van mantelzorg verlenen in model 1 nog standhoudt na het toevoegen van de moderatie en controlevariabele. Aan de hand van model 2 kan er een uitspraak worden gedaan over hypothese 1.

In model 3 wordt er gekeken of het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid van een volwassenen verschilt voor mensen met een lage opleiding in verhouding tot mensen met een midden- en hoge opleiding. Dit wordt gedaan met behulp van eenzelfde soort regressieanalyse als in model 2, onafhankelijke, afhankelijke, moderatoren en controle variabelen. Echter, worden aan deze regressie twee interactietermen toegevoegd, namelijk de interactieterm mantelzorg verlenen x dummy opleidingsniveau midden en mantelzorg verlenen x dummy variabele opleidingsniveau hoog toegevoegd. Binnen deze moderatieanalyse fungeert de categorie laag binnen opleidingsniveau als referentiecategorie. In model 4 wordt hetzelfde gedaan als in model 3 echter worden dan de interactietermen van opleidingsniveau verwijderd en hiervoor in de plaats komen de interactietermen van mantelzorg verlenen x netto maandinkomen. Binnen de moderatie netto maandinkomen is de categorie laag netto maandinkomen de referentiecategorie. Op basis van model 3 en 4 kan antwoord worden gegeven op hypothese 1a.

In model 5 is eenzelfde soort analyse uitgevoerd, maar dan wordt er gekeken of het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid verschilt tussen mannen en vrouwen. Dit wordt gedaan door een regressieanalyse uit te voeren met een interactieterm. Het variabele gender wordt gebruikt als moderator. Dit wordt gedaan door de dummy vrouw met man als referentie en de interactieterm vrouw x mantelzorg verlenen toe te voegen. Ook hier geldt dat de afhankelijk, onafhankelijk en controlevariabelen hetzelfde zijn. Aan de hand van deze regressieanalyse kan er een uitspraak worden gedaan over hypothese 1b.

Tot slot model 6, in model 6 wordt dezelfde regressie uitgevoerd, echter wordt hier gekeken of er een verschil zit in leeftijd. Dit wordt gedaan door volwassenen op te splitsen in 3 groepen, namelijk jongvolwassenen, volwassenen van middelbare leeftijd en volwassenen van late leeftijd. Er wordt hier ook een regressieanalyse uitgevoerd met een interactieterm. De variabelen leeftijd fungeert hier als

moderator. De dummy variabelen van middelbare en late leeftijd worden toegevoegd en de interactietermen van deze twee variabelen x mantelzorg verlenen. Hierbij is de categorie jongvolwassenen de referentiecategorie. Met behulp van deze regressie kan er over de laatste hypothese 1c een uitspraak worden gedaan. Bij de analyses wordt een p-waarde van minder dan .05 als statistisch significant beschouwd.

Tabel 1. Beschrijvende statistiek continue variabele mentale gezondheid

<i>VARIABEL</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Gem.</i>	<i>Std. afwijking</i>
<i>Mentale gezondheid</i>	4706	1.00	6.00	3.44	.73

Tabel 2. Beschrijvende statistiek categorische variabelen

<i>Variabel</i>	<i>Categorie</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Mantelzorg verlenen</i>	Ja	1081	23.0
	Nee	3625	77.0
<i>Opleidingsniveau</i>	Laag	1133	24.1
	Midden	1590	33.8
	Hoog	1983	42.1
<i>Gemiddeld inkomen</i>	Laag	2035	43.2
	Midden	1867	39.6
	Hoog	813	17.3
<i>Geslacht</i>	Man	2244	47.7
	Vrouw	2458	52.3
<i>Leeftijd</i>	Jongvolwassenen	642	13.6
	Volwassenen van middelbare leeftijd	2232	47.7
	Volwassenen van late leeftijd	1832	38.9

Tabel 3. Correlatiematrix

	Mentale gezondheid	Mantelzorg verlenen	Opleidingsniveau	Netto maand inkomen	Gender	Leeftijd
Mentale gezondheid	-	.009	.066**	.129**	-.195**	.178**

Mantelzorg verlenen	.009	-	.022	-.005	.080***	.134***
Opleiding- niveau	.066**	.022	-	.319**	-.051**	-.166**
Gem. inkomen	.129**	-.005	.319**	-	-.042**	-.039**
Gender (vrouw:1, man:0)	-.195**	.080**	-.051**	-.042**	-	-.063**
Leeftijd	.178**	.134**	-.166**	-.039**	-.063**	-

N=4706 *<.05, **<.001

3.4 Resultaten

Allereerst is met behulp van beschrijvende statistiek inzicht verkregen in de steekproef van het onderzoek. In tabel 1 en 2 kan worden afgelezen dat 23 procent van de respondenten binnen de steekproef mantelzorg heeft verleend de afgelopen 12 maanden. Binnen deze steekproef heeft ongeveer de helft een hoog opleidingsniveau afgerond (hbo/wo) en 29,3 procent binnen de steekproef een hoog inkomen. Tot slot behoort binnen deze steekproef 47,7 procent van de respondenten tot de leeftijdscategorie volwassenen van middelbare leeftijd (35 t/m 64 jaar).

Nadat er voldoende inzicht is verkregen in de steekproef van het onderzoek is gemeten hoe de afhankelijke en onafhankelijke variabelen met elkaar correleren door middel van de Spearman correlatie. Er is gekozen voor een Spearman correlatie aangezien merendeel van de variabelen op een ordinaal schaal gemeten worden. In tabel 3 is de correlatiematrix met correlatiecoëfficiënten te zien. Deze correlatiecoëfficiënten geven de directe verbanden weer tussen de variabelen afzonderlijk, waarbij de richting en sterkte van het verband wordt aangegeven. De sterretjes (*) geven aan of een verband statistisch significant is of niet.

Er is geen significante relatie tussen mentale gezondheid en het verlenen van mantelzorg. Er is een positief significant verband tussen mentale gezondheid en opleidingsniveau ($r=.07$; $p<.01$). Dit betekent dat wanneer het opleidingsniveau toeneemt, de score op de mentale gezondheidsschaal ook toeneemt. Ditzelfde geldt voor de correlatie tussen mentale gezondheid en netto maandinkomen ($r=.13$; $p<.01$). De correlatie tussen mentale gezondheid en gender is statistisch significant negatief ($r=-.20$; $p<.01$), dit wil zeggen dat vrouwen lager scoren op de mentale gezondheidsschaal ten opzichte van mannen. Tot slot het laatste verband tussen mentale gezondheid en leeftijd correleert positief significant ($r=.18$; $p<.01$).

Er zijn in totaal zes analyses gedaan, waarvan de resultaten terug te vinden zijn in de modellen binnen bijlage 2, de resultaten zonder controlevariabelen zijn hieronder toegevoegd bij tabel 4. De

analyse in model 1 is een regressieanalyse voor de relatie tussen de onafhankelijke variabele mantelzorg verlenen en de afhankelijke variabele mentale gezondheid. Uit deze analyse blijkt dat mantelzorg verlenen een zwak, niet statistisch significant negatief effect heeft op de mentale gezondheid van een volwassenen ($B=-.008$, $p=.750$). In model 2 is wederom een regressieanalyse uitgevoerd, maar ditmaal zijn alle moderator en controlevariabelen toegevoegd. Na het toevoegen van deze variabelen, wordt het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid van een volwassenen zwak positief en nog steeds statistisch niet significant ($B = .017$, $p=.543$). Doordat het verband statistisch niet significant is kunnen we de nulhypothese niet verwerpen en is er geen steun voor hypothese 1.

In de derde regressieanalyse, model 3, worden de interactietermen van opleidingsniveau toegevoegd met categorie laag opleidingsniveau als referentie. Na het toevoegen van deze twee variabelen is het effect van mantelzorg verlenen op de mentale gezondheid van volwassenen nog steeds statistisch niet significant en zwak negatief zoals in model 1 ($B=-.002$, $p=.970$). De interactie termen opleidingsniveau_midden_mantelzorg ($B=.008$, $p=.915$) en opleidingsniveau_hoog_mantelzorg ($B=.028$, $p=.702$) zijn beide zwak positief en ook statistisch niet significant. Voordat er een uitspraak wordt gedaan over hypothese 1a dient er ook nog gekeken te worden naar model 4.

In model 4 is ook een regressieanalyse uitgevoerd, hier zijn de interactietermen van opleidingsniveau verwijderd en de interactietermen van netto maandinkomen toegevoegd. Het verlenen van mantelzorg blijft statistisch niet significant. Bovendien zijn de interactietermen van midden netto maandinkomen ($B=-.017$, $p=.775$) en hoog netto maandinkomen ($B=-.057$, $p=.473$) beide zwak negatief en niet statistisch significant. Zowel de interactietermen van de variabele opleidingsniveau als het netto maandinkomen zijn statistisch niet significant, er is geen steun voor hypothese 1a.

Binnen model 5 is aan de regressieanalyse van model 2 de interactieterm vrouw x mantelzorg toegevoegd. De interactieterm is zwak negatief en statistisch niet significant ($B=-.029$, $p=.558$). Dit betekent dat hypothese 1b verworpen kan worden. Tot slot in model 6 wordt de interactieterm vrouw verwijderd en de interactietermen van leeftijd toegevoegd hierin fungeert de leeftijdscategorie jongvolwassenen als referentiecategorie. De interactietermen van volwassenen van middelbare leeftijd x mantelzorg ($B=-.068$, $p=.544$) en volwassenen op late leeftijd x mantelzorg ($B=-.057$, $p=.590$) zijn beide zwak negatief en statistisch niet significant. Dit betekent dat er ook voor hypothese 1c geen steun is.

Tabel 4. Resultaten regressieanalyse zonder controle variabelen

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6	
	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error
Constante	3.447**	.013	2.523**	.126	2.527**	.120	2.522**	.132	2.640**	.122	2.601**	.098

Reinier Ensing (620263)

Mantelzorg verlenen	-.008	.027	.017	.028	.002	.059	.023	.030	.019	.023	.118	.119
Opleidingsniveau (Laag = ref.)												
Midden			.017	.031	.002	.032	.030	.029	.008	.029	.02	.031
Hoog			.027	.032	.006	.052	.005	.029	.008	.029	.008	.032
Gem.. inkomen (Laag = ref.)												
Midden			.068**	.027	.121**	.046	.126**	.029	.123**	.026	.132**	.016
Hoog			.116**	.038	.021	.072	.094	.064	.022	.058	.106	.043
Vrouw			-.257**	.024	-.212**	.024	-.333**	.022	-.213**	.022	-.175**	.022
Leeftijd (jongvolwassenen als ref.)												
Volwassenen van middelbare leeftijd			.226**	.040	.224**	.042	.444**	.038	.266**	.054	.254**	.041
Volwassenen van late leeftijd			.460**	.044	.430**	.051	.402**	.045	.484**	.045	.473**	.032
Mantelzorg x opleidingsniveau midden					.008	.085	.023	.082	.028	.068	.032	.089
Mantelzorg x opleidingsniveau hoog					.028	.064	.015	.062	.011	.065	.041	.078
Mantelzorg x midden Net. huishoudinkomen							-.016	.060	-.031	.055	-.023	.066
Mantelzorg x hoog Net. huishoudinkomen							-.052	.073	-.219	.147	-.198	.140
Mantelzorg x vrouw									-.029	.050	-.029	.050
Mantelzorg x middelbare leeftijd											-.068	.113
Mantelzorg x late leeftijd											-.057	.106

N=4706 *<.05, **<.001

4. Discussie

Dit rapport onderzoekt wat de invloed van mantelzorg is op de mentale gezondheid van een volwassene en kijkt of dit effect wordt beïnvloed door de sociaaleconomische status (SES), gender en leeftijd van de volwassene. De SES, gender en leeftijd fungeren binnen dit onderzoek als moderatoren. Het onderzoek bestaat uit vier hypothesen waarvan hypothese één het hoofdverband is, bij de andere drie hypothesen wordt telkens een moderator aan het model toegevoegd. De vier hypothesen zijn dus als volgt opgesteld:

1. *Mantelzorg verlenen heeft een negatieve invloed op de mentale gezondheid van volwassenen.*
 - a. *De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker voor volwassenen met een lage sociaaleconomische status (SES) ten opzichte van volwassenen met een midden en hoge sociaaleconomische status.*
 - b. *De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker voor vrouwen ten opzichte van mannen.*
 - c. *De negatieve relatie tussen mantelzorg verlenen en de mentale gezondheid is sterker voor jongvolwassenen ten opzichte van volwassenen van middelbare en late leeftijd.*

Om antwoord te geven op bovenstaande vier hypothesen is er kwantitatief onderzoek verricht met data afkomstig uit 2022 van de databank het LISS-panel. Bij het uitvoeren van de analyse is gebruikgemaakt van het programma IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26. Er zijn zes lineaire regressieanalyses uitgevoerd, de resultaten zijn weergegeven in tabel 4. Er zijn vijf controle variabelen toegevoegd namelijk: langdurige beperking, gezondheidsstatus, afkomst, burgerlijke staat en werksituatie. Tabel 4 geeft weer dat het effect van mantelzorg verlenen op mentale gezondheid en het effect van de verschillende interactietermen van elke moderator allemaal statistisch niet significant zijn.

In tegenstelling tot de verwachtingen gebaseerd op het theoretisch kader kunnen alle vier de hypothesen verworpen worden. Een mogelijke verklaring hiervoor kunnen de beleidswijzigingen zijn binnen Nederland. In de wetenschappelijke relevantie is al benoemd dat sinds 2015 er door beleidswijzigingen meer ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers zijn. Ter verduidelijking volgt er een korte opsomming van een aantal wetten ingevoerd sinds 2015;

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
 - o Deze wet biedt mantelzorgers de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen bij huishoudelijke hulp, woningaanpassingen en vervoer. De ondersteuning vindt plaats vanuit de gemeente (Rijksoverheid, 2015).
- Wet langdurige zorg (Wlz)
 - o Deze wet biedt mantelzorgers de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen in de vorm van respijtzorg (Rijksoverheid, 2015).
- Wet arbeidsmarkt in balans (WAB)

- Deze wet is ingevoerd in 2020 en introduceert verschillende wijzigingen in de arbeidswetgeving. Het omvatte het recht voor werknemers om flexibele werktijden aan te vragen om tegemoet te komen aan hun zorgtaken (Rijksoverheid, 2021).

Tot slot zorgde COVID-19 ook voor extra ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers vanuit de overheid. Er is geen wet ingevoerd maar vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld die zijn bedoeld om de positie van de mantelzorger te versterken. Daarnaast zijn de extra financiële middelen ook beschikbaar gesteld om ondersteuning te bieden aan individuele mantelzorgers die dreigen overbelast te raken of vastlopen in de huidige en voor velen ingewikkeld gevonden wet- en regelgeving (Hoogendijk, 2021). Bovenstaande beleidswijzigingen kunnen mogelijk ervoor hebben gezorgd dat met de actuele data van 2021 en 2022 het effect van mantelzorg op de mentale gezondheid statistisch niet significant is.

Een tweede mogelijke verklaring is dat er buiten de beleidswijzigingen ook veel meer ondersteuning en aandacht is voor mantelzorgers vanuit andere organisaties. Zo is in 2020 mantelzorgNL in het leven geroepen door middel van een fusie. MantelzorgNL werkt samen met diverse instanties, beleidsmakers en professionals om de belangen van mantelzorgers te behartigen en de positie van mantelzorgers te versterken. Deze organisatie heeft ook een hulplijn opgericht, bekend als de mantelzorglijn. Bij de mantelzorglijn kunnen mantelzorgers terecht voor onder andere emotionele ondersteuning, advies, informatie en/of praktische ondersteuning (MantelzorgNL, 2020). Buiten mantelzorgNL zijn er ook een hoop andere welzijnsorganisaties die ernaar streven om mantelzorgers geen tijdelijke, maar een structurele plaats in de maatschappij te geven (scherpenzeel, 2019). Tot slot is in samenwerking met gemeenten, werkgevers, mantelzorgNL, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS in 2021 een plan ter ondersteuning van mantelzorgers gepresenteerd genaamd '*samen sterk voor mantelzorg*' (Rijksoverheid, 2021). Deze ontwikkelingen zijn, samen met een toename van aandacht en ondersteuning voor mantelzorgers, een mogelijke verklaring voor het feit dat resultaten statistisch niet significant zijn.

Sterke en zwakke punten

Het eerste sterke punt van dit onderzoek, is de data die is gebruikt voor het testen van de hypothesen. De data is namelijk afkomstig uit het LISS panel. Het LISS panel geeft een goede vertegenwoordiging weer van de Nederlandse bevolking. Het panel is namelijk probability-based, dit houdt in dat het is gebaseerd op een reële kans steekproef van huishoudens uit het bevolkingsregister van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Zelfaanmelding is niet mogelijk. Hiermee wordt de samenstelling en representativiteit van het panel gewaarborgd (Cuelenaere, 2018). Het tweede sterke punt binnen dit onderzoek is de meetwijze van de afhankelijke variabele. Zoals al eerder is vermeld bestaat deze variabele uit zeven items, deze items zijn stellingen die respondenten jaarlijks in moeten vullen binnen de enquête gezondheid. In een andere enquête, sociale integratie en vrije tijd, dienen respondenten in te vullen of hij/zij de afgelopen 12 maanden mantelzorg heeft verleend. Dit voorkomt de sociaal

wenselijkheid-bias, wat ontstaat wanneer respondenten geneigd zijn om sociaal aanvaardbare antwoorden te geven in plaats van hun ware mening. Tot slot het derde en laatste sterke punt van dit onderzoek is de betrouwbaarheidsscore van de interne consistentie van de mentale gezondheidsschaal. De interne consistentie beoordeelt in hoeverre de items van de mentale gezondheidsschaal hetzelfde onderliggende concept meten. De items hadden een cronbach's alpha van .86, wat duidt op een hoge mate van interne consistentie tussen de items. Dit draagt bij aan de validiteit van de uitgevoerde metingen, wat aangeeft dat de schaal betrouwbaar is en het vertrouwen in de nauwkeurigheid en precisie van de meting versterkt

Een zwakte van dit onderzoek is dat drie belangrijke controlevariabelen (volgens de theorie) niet mee zijn genomen in de regressieanalyse. Hierbij gaat het om de variabelen '*Voor wie bent u de afgelopen 12 maanden mantelzorg geweest?*', '*Hoeveel uur mantelzorg geeft u gemiddeld per week*' en '*Wat voor soort ziekte, beperking, handicap of aandoening(en) heeft deze persoon??*'. Deze controlevariabelen konden niet mee worden genomen doordat er te weinig respondenten waren die deze vragen hadden ingevuld. Volgens de studies van onder andere de Boer et al. (2019) en Siddiqui & Khalid (2019) hebben deze variabele impact op het verband tussen mantelzorg en de mentale gezondheid van een volwassenen. Zo stellen Siddiqui & Khalid (2019) dat intensief mantelzorg verlenen meer impact heeft op de mentale gezondheid. Daarnaast stellen De Boer et al. (2019) dat mantelzorgers van mensen met dementie of geheugenproblemen zich relatief zwaarder belast voelen. Tot slot concluderen de Boer et al. (2019) dat mantelzorgers die hun partner verzorgen, fysiek en mentaal meer impact heeft ten opzichte van mantelzorgers die een andere relatie hebben met de hulpbehoevenden.

Een tweede zwakte van dit onderzoek is dat de regressieanalyses niet uit zijn gevoerd met data van meerdere jaren. Indien dit wel was gedaan kon er inzicht worden gegeven in de ontwikkeling van mantelzorg op de mentale gezondheid over de jaren heen. Door de ontwikkeling over de jaren heen inzichtelijk te maken kunnen er betere conclusies worden getrokken wat voor impact de beleidswijzigingen hebben op de mantelzorgers. Hierdoor kan deze studie een grotere waarde hebben voor potentiële beleidswijzigingen.

Aanbeveling

Gebaseerd op de bevindingen en beperkingen van dit onderzoek, wordt aanbevolen om verder onderzoek uit te voeren in lijn met de huidige methodologie, maar gebruikmakend van gegevens uit eerdere jaren. Deze aanpak biedt mogelijk waardevolle inzichten met betrekking tot de impact van beleidswijzigingen op mantelzorgers. Hierbij wordt geadviseerd om data mee te nemen van voor en na 2015 aangezien er sinds 2015 een aantal wetten zijn ingevoerd ter ondersteuning van mantelzorgers.

5. Conclusie

Er kan geconcludeerd worden op basis van het onderzoek dat er geen statistisch significant effect is gevonden van mantelzorg op de geestelijke gezondheid van volwassenen. Daarnaast gaf de analyse geen significante invloed aan van de moderatoren sociaaleconomische status, geslacht of leeftijd op deze relatie. Verder onderzoek met grotere en meer diverse steekproeven, verfijnde meetinstrumenten en rekening houden met aanvullende controlevariabelen zou kunnen leiden tot een beter begrip van de complexe relatie tussen mantelzorg en geestelijke gezondheid van volwassenen. Toekomstige studies kunnen ook andere potentiële moderatoren of mediators onderzoeken die deze relatie zouden kunnen beïnvloeden, zoals sociale steun, belasting van de mantelzorger of de duur van de mantelzorg. Binnen dit onderzoek kon dit niet mee worden genomen wegens onvoldoende respondenten.

Hoewel de bevindingen geen significante effecten aantonen, blijft het van cruciaal belang om het welzijn van mantelzorgers te erkennen en te ondersteunen, omdat mantelzorgtaken nog steeds belangrijke gevolgen kunnen hebben voor hun geestelijke gezondheid. Adequate ondersteuningssystemen, toegang tot hulpbronnen en beleid dat zich richt op de specifieke behoeften van informele zorgverleners zijn essentieel om hun algehele welzijn te bevorderen en ervoor te zorgen dat zorgontvangers kwalitatief goede zorg krijgen. Bovendien dient dit onderzoek ook als opstap voor verder onderzoek en benadrukt het, het belang van verder onderzoek en ondersteuning voor zowel mantelzorgers als zorgontvangers.

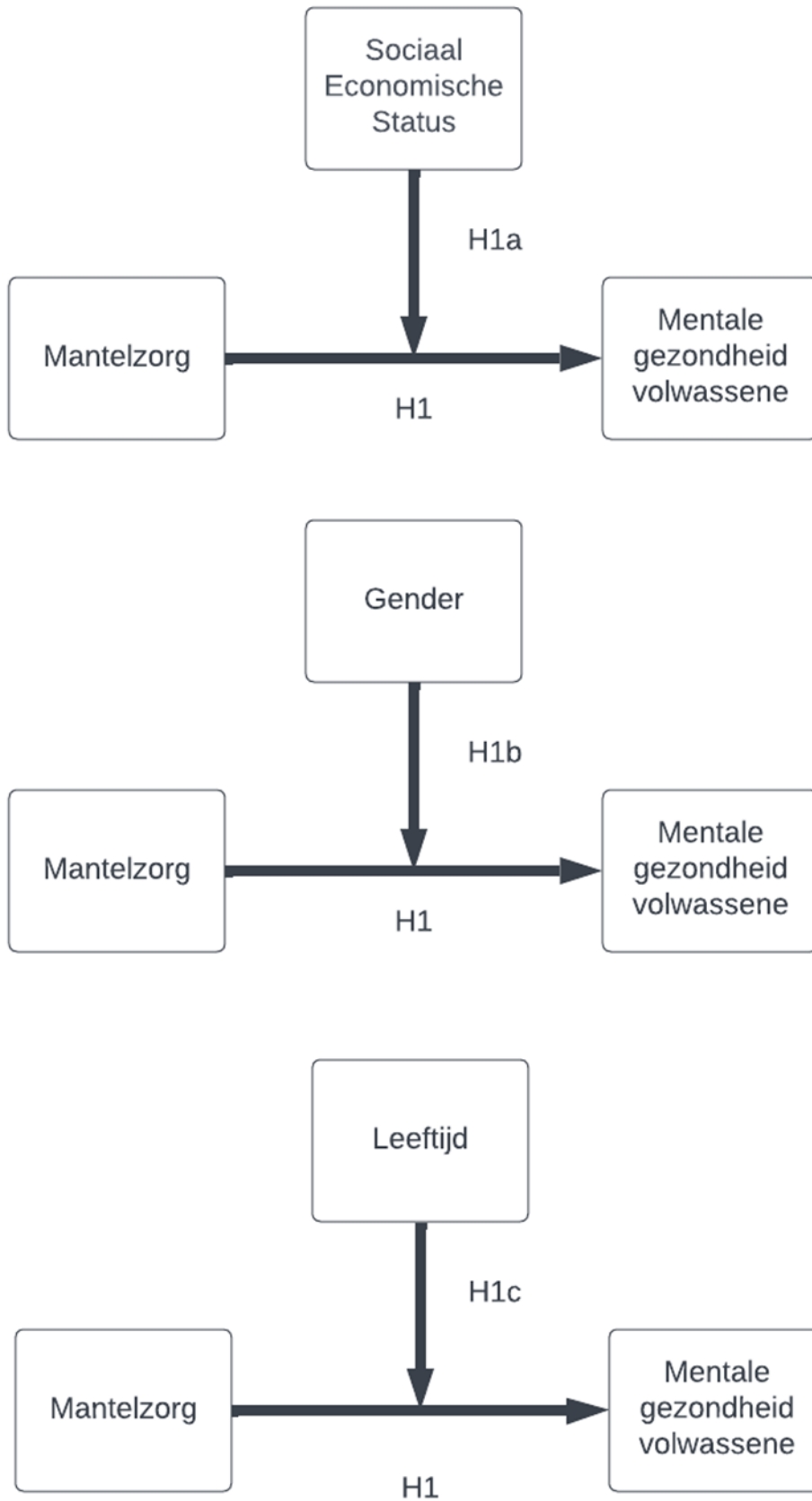
Bibliografie

- Ajiboye, O., & Pius, T. (2014). Income and Occupation as Correlates of well-being of caregivers of children with disabilities in south-western nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(2). doi:10.5901/mjss.2014.v5n2p111
- Almada, A. (2001). *Gender and caregiving: a study among Hispanic and non-Hispanic white frail elders*. Virginia: Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012, September). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Psychiatry*, 3(54), pp. 239-243. doi:10.4103/0019-5545.102423
- Bauer, J. M., & Poza-Sousa, A. (2015, February 3). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Population Ageing*, pp. 113-145. doi:10.1007/s12062-015-9116-0
- Beaudreau, S., Spira, A., & Gray, H. (2008). The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. (*J. Geriatr., Red.*) *Psychiatry Neriol*(21), pp. 159-165.
- Berg, M. v. (2014). *Mantelzorg en etniciteit*. Twente: Gildeprint. doi:10.3990/1.9789036536226
- Boer, A. d., & Roos, S. d. (2022, Mei 1). Kerncijfers jonge mantelzorgers. *Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Boer, A. d., & Roos, S. d. (2022). *Kerncijfers jonge mantelzorgers in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. d., Groenou, M. v., & Timmermans, J. (2009, Februari). Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. *Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Boer, A. d., Plaisier, I., & Klerk, M. d. (2019). *Mantelzorgers in het vizier*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A., & Klerk, M. (2013). *Informele zorg in Nederland*. SCP Publications.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Doorslaer, E. v. (2019, October). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The gerontologist*, 5(59), pp. 629-642. Opgehaald van <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>
- Brandt, M., Kaschowitz, J., & quashie, N. (2022). Socioeconomic inequalities in the wellbeing of informal caregivers across Europe. *Aging & Mental Health*, 26(8), pp. 1589-1596. doi:10.1080/13607863.2021.1926425
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., . . . Glaser, k. (2012, September). Caregiver Burden as People With Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Transition into Adolescence and Adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 9(51), pp. 879-888. doi:10.1016/j.jaac.2012.06.017
- Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Centerdata research institute. (2019). *LISS Panel*. Opgehaald van Centerdata: <https://www.centerdata.nl/liss-panel>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Materiële Welvaart in Nederland*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, Januari 1). *Ouderen*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen#:~:text=Op%201%20januari%202022%20telt,van%20de%20inwoners%2065%2Dplus.&text=Er%20zijn%20%20672%20346,en%20853%20107%2080%2Dplussers>.

- Centraal Bureau voor de statistiek. (2022). *Regionale bevolking- en huishoudensprognose 2022-2050*. Rotterdam: Centraal Bureau voor de statistiek.
- Cuelenaere, B. (2018, Mei 4). *Het LISS panel*. Opgehaald van Centerdata: <https://www.centerdata.nl/liss-panel>
- Dhondt, S., & Oeij, P. (2012). *Sociale innovatie doe je zelf*. Hoofddorp: TNO innovation for life.
- Franks, P., Tancredi, D. J., Winters, P., & Fiscella, K. (2010). Including Socioeconomic Status in Coronary Heart Disease Risk Estimation. *Center for Healthcare policy and Research*, 8(5), pp. 447-453. doi:<https://doi.org/10.1370/afm.1167>
- Garssen, J. (2016). *Demografie van de vergrijzing*. (N. van Nimwegen, & C. van Praag, Red.) Amsterdam University Press.
- Goderis, B., Hulst, B. v., Schut, J., & Ras, M. (2018). *De scp-methode voor het meten van armoede*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gopal, K., Kort, J. d., Linckens, D., Marchal, B., & Veen, A. (2022). *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050*. AZW.
- Gupta, S., Wilejto, M., Pole, J., Guttman, A., & Sung, L. (2014, February 26). Low Socioeconomic Status Is Associated with Worse Survival in Children with Cancer: A Systematic Review. *Journal plos*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089482>
- Hanse, D., Breedveld, P., Elshot, C., & Schampers, J. (2022). *Met te weinig genoeg nemen*. Den Haag: Nationale ombudsman.
- Heijst, v. L. (2022). *Regressieanalyse uitvoeren, interpreteren en rapporteren*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/statistiek/regressieanalyse/>
- Heuvel, E. v., Witte, L. d., Schure, L., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2001). Risk factors for Burn-Out in Caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Based on Clinical Rehabilitation*(15), pp. 669-677.
- Hoogendijk, L. (2021). *Mantelzorg: gewoon én bijzonder*. MantelzorgNL.
- Hooyman, N., Gonyea, J., & Montgomery, R. (1985). The impact of in home services termination on family caregivers. *Gerontologist*, 125(5).
- Kim, G., Allen, R., Wang, S., Park, S., Perkins, E., & Parmelee, P. (2019, June). The Relation Between Multiple Informal Caregiving Roles and Subjective Physical and Mental Health Status Among Older Adults: Do Racial/Ethnic Differences Exist? *The Gerontologist*, 3(59), pp. 499-508. Opgehaald van <https://doi.org/10.1093/geront/gnx196>
- Klerk, M. d., Boer, A. d., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Letourneau, N. L., Duffett-Leger, L., Levac, L., Watson, B., & Young-Morris, C. (2011). Socioeconomic Status and Child. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, pp. 211-224. doi: 10.1177/1063426611421007
- lissdata. (2021). *Access Data*. Opgehaald van The LISS Data Archive: <https://www.lissdata.nl/access-data>
- MantelzorgNL. (2020). *MantelzorgNL*. Opgehaald van Mantelzorgnl: <https://www.mantelzorg.nl/>
- McCurry, S., Logsdon, R., Teri, L., & Vitiello, M. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep med.*, pp. 143-153.
- Medicinfo. (2018). *Levensfasen - jongvolwassenen*. Opgehaald van encyclopedie: <https://encyclopedie.medicinfo.nl/levensfasen-jongevolwassenheid/#:~:text=De%20volwassenheid%20is%20de%20levensfase,over%20mensen%20van%20middelbare%20leeftijd.>
- Miech, R., & Hauser, R. (2001). Socioeconomic status and health at midlife. A comparison of educational attainment with occupation based indicators. *socioeconomic*.

- Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact. *Gerontologist*(32), pp. 498-507.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2019). *Langer Thuis*. Rijksoverheid.
- Nies, H. (1992). *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Noch, T., & Fledman, D. (2010). The relationships of age with job attitudes. *Personnel psychology*(63), pp. 677-718.
- Papadopoulos, C., Lodder, A., Constantinou, G., & Randhawa, G. (2018, December 19). Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma. *Journal of Autism and Developmental Disorders*(49), pp. 1665-1685. doi:10.1007/s10803-018-3835-z
- Papastavrouw, E., Tsangari, H., Kalokerinou, A., Papacostas, S., & Sourtzi, P. (2009). Gender issues in caring for demented relatives. *Health Science journal*, 3(1), pp. 41-53.
- Pendergrass, A., Mittelman, M., Graessel, E., Özbe, D., & Karg, N. (2018, July 11). Predictors of the personal benefits and positive aspects of informal caregiving. *Aging & mental health*, 23(11), pp. 1533-1538. Opgehaald van <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1501662>
- Peters, A., & Alderliesten, H. (2020). *Intensieve mantelzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregivers stressors and uplifts with subjective well-being and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 8(5), pp. 438-449. doi:doi.org/10.1080/13607860410001725036
- Pryzgodna, J., & Chrisler, J. C. (2000). Definitions of gender and sex: the subtleties of meaning. *Connecticut College*, 7(8), pp. 43-56.
- Quashie, N., Wagner, M., Verbakel, E., & Deindl, C. (2022, December 14). Socioeconomic differences in informal caregiving in Europe. *European Journal of Ageing*, pp. 621-632.
- Quashie, T., Wagner, M., Verbakel, E., & Deindl, C. (2021, December 14). Socioeconomic differences in informal caregiving in Europe. *European Journal of Ageing*, pp. 621-632.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021, November 10). *Groeiende vraag naar mantelzorg komt steeds vaker neer op mantelzorger met werk*. Opgehaald van RIVM: <https://www.rivm.nl/nieuws/groeiende-vraag-naar-mantelzorg-komt-steeds-vaker-neer-op-mantelzorger-met-werk>
- Rijksoverheid. (2015). *Wet Langdurige zorg*. Opgehaald van Verpleeghuizen en zorginstellingen: [https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20\(Wlz,de%20zorg%20en%20het%20coronavirus](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20(Wlz,de%20zorg%20en%20het%20coronavirus).
- Rijksoverheid. (2017). *Mantelzorg*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: [https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg#:~:text=Mantelzorg%20is%20onbetaalde%20en%20vaak,vrijwilliger%20of%20beroepskracht%20\(respijtzorg\)](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg#:~:text=Mantelzorg%20is%20onbetaalde%20en%20vaak,vrijwilliger%20of%20beroepskracht%20(respijtzorg)).
- Rijksoverheid. (2021). *Maatregelen om mantelzorgers te ondersteunen*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/maatregelen-om-mantelzorgers-te-ondersteunen>
- Rijksoverheid. (2021). *Samen sterk voor mantelzorg*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Rijksoverheid. (2021). *Wet arbeidsmarkt in balans (WAB): wat is er veranderd sinds 1 januari 2020*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/arbeidsovereenkomst-en-cao/plannen-kabinet-voor-meer-balans-tussen-vast-werk-en-flexwerk>
- RIVM. (2019). *Mentale gezondheid*. Opgehaald van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: <https://www.rivm.nl/mentale->

Bijlage 1: conceptueel model



Bijlage 2: resultaten regressieanalyses

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6	
	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error	B	Std. Error
Constante	3.421**	.012	2.523**	.126	2.527**	.120	2.522**	.132	2.640**	.122	2.601**	.098
Mantelzorg verlenen	-.008	.026	.017	.028	.002	.059	.023	.030	.019	.023	.118	.119
Opleidingsniveau (Laag = ref.)												
Midden			.017	.031	.002	.032	.030	.029	.008	.029	.02	.031
Hoog			.027	.032	.006	.052	.005	.029	.008	.029	.008	.032
Net. Maandinkomen (Laag = ref.)												
Midden			.068**	.027	.121**	.046	.126**	.029	.123**	.026	.132**	.029
Hoog			.116**	.038	.021	.072	.094	.064	.022	.058	.106	.063
Vrouw			-.257**	.024	-.212**	.024	-.333**	.022	-.213**	.022	-.175**	.024
Leeftijd (jongvolwassenen als ref.)												
Volwassenen van middelbare leeftijd			.226**	.040	.224**	.042	.444**	.038	.266**	.054	.254**	.041
Volwassenen van late leeftijd			.460**	.044	.430**	.051	.402**	.045	.484**	.045	.473**	.032

Mantelzorg x opleidingsniveau midden					.008	.085	.023	.082	.028	.068	.032	.089
Mantelzorg x opleidingsniveau hoog					.028	.064	.015	.062	.011	.065	.041	.078
Mantelzorg x midden Netto maandinkomen							-.016	.060	-.031	.055	-.023	.066
Mantelzorg x hoog Netto maandinkomen							-.052	.073	-.219	.147	-.198	.140
Mantelzorg x vrouw									-.029	.050	-.029	.050
Mantelzorg x middelbare leeftijd											-.068	.113
Mantelzorg x late leeftijd											-.057	.106
Langdurige beperking			.021	.025	.021	.025	.021	.025	.021	.025	.021	.025
Gezondheidsstatus (laag =ref.)												
Matig			.188	.112	.189	.112	.189	.112	.189	.112	.187	.112
Goed			.518**	.111	.518**	.111	.518**	.111	.518**	.111	.518**	.111
Heel goed			.804**	.113	.805**	.114	.805**	.114	.805**	.114	.805**	.114
Uitstekend			1.027**	.122	1.027**	.122	1.027**	.122	1.027**	.122	1.027**	.122

Afkomst (Nederlandse achtergrond als ref.)												
Eerste generatie allochtoon, westerse achtergrond			-.056	.054	-.056	.054	-.056	.054	-.056	.054	-.056	.054
Eerste generatie allochtoon, westerse achtergrond			<.001	.051	<.001	.051	<.001	.051	<.001	.051	<.001	.051
Tweede generatie allochtoon, westerse achtergrond			-.006	.046	-.006	.046	-.006	.046	-.006	.046	-.006	.046
Tweede generatie allochtoon, niet-westerse achtergrond			-.016	.062	-.016	.062	-.016	.062	-.016	.062	-.016	.062
Burgerlijke staat (alleenstaand als ref.)												
(on)gehuwd samenwonend, met kinderen			.016	.027	.016	.027	.016	.027	.016	.027	.016	.027

(on)gehuwd samenwonend, zonder kinderen			.016	.032	.016	.032	.016	.032	.016	.032	.016	.032
Alleenstaand met kinderen			.012	.057	.012	.057	.012	.057	.012	.057	.012	.057
Anders			-.030	.061	-.030	.061	-.030	.061	-.030	.061	-.030	.061
Werk situatie (werkend als ref.)												
Werkloos			-.09*	.039	-.09*	.039	-.09*	.039	-.09*	.039	-.09*	.039
Gepensioneerd			.063*	.030	.063*	.030	.063*	.030	.063*	.030	.063*	.030
Student			-.125	.065	-.125	.065	-.125	.065	-.125	.065	-.125	.065

N=4706 *<.05, **<.001

Bijlage 3: syntax

*1. Hercoderen van items.

*Hercoderen van items zodat alle items dezelfde richting op gaan.

```
RECODE cp22n023 (1=5) (2=4) (4=2) (3=3) (5=1) INTO rec_strssd.  
VARIABLE LABELS rec_strssd 'recode I get stressed out easily'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE cp22n033 (1=5) (2=4) (4=2) (3=3) (5=1) INTO rec_worry.  
VARIABLE LABELS rec_worry 'recode I worry about things'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE cp22n043 (1=5) (2=4) (4=2) (3=3) (5=1) INTO rec_dstrbd.  
VARIABLE LABELS rec_dstrbd 'recode i am easily disturbed'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE cp22n048 (1=5) (2=4) (4=2) (3=3) (5=1) INTO rec_upset.  
VARIABLE LABELS rec_upset 'recode i get upset easily'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE cp22n058 (1=5) (2=4) (4=2) (3=3) (5=1) INTO rec_frqnt_mdswngs.  
VARIABLE LABELS rec_frqnt_mdswngs 'recode I have frequent moodswings'.  
EXECUTE.
```

*2. Factoranalyse uitvoeren.

*Het uitvoeren van de factoranalyse met de items.

FACTOR

```
/VARIABLES rec_strssd cp22n028 rec_worry cp22n038 rec_dstrbd rec_upset rec_frqnt_mdswngs  
/MISSING LISTWISE  
/ANALYSIS rec_strssd cp22n028 rec_worry cp22n038 rec_dstrbd rec_upset rec_frqnt_mdswngs  
/PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION  
/PLOT EIGEN  
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)  
/EXTRACTION PC  
/CRITERIA ITERATE(25)  
/ROTATION VARIMAX  
/METHOD=CORRELATION.
```

*3. Betrouwbaarheidsanalyse.

*Bepalen van de betrouwbaarheid van de afzonderlijke dimensies m.b.v. Cronbach's alfa.

RELIABILITY

```
/VARIABLES=rec_strssd cp22n028 rec_worry cp22n038 rec_dstrbd rec_upset rec_frqnt_mdswngs  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/SUMMARY=TOTAL.
```

*4. Gemiddeldenschaal aanmaken.

*gemiddelden schaal maken waar minimaal 0 items beantwoordt dienen te worden en 7 vragen beantwoordt moeten worden.

```
COMPUTE mntl_hlth=MEAN(rec_strssd,cp22n028,rec_worry,cp22n038,rec_dstrbd,rec_upset,
```

```
rec_frqnt_mdswngs).  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE mntl_hlth_7=MEAN.7(rec_strssd,cp22n028,rec_worry,cp22n038,rec_dstrbd,rec_upset,  
rec_frqnt_mdswngs).  
EXECUTE.
```

*5. Kijken of er een verschil is tussen minimaal alle items beantwoorden of geen.

```
FREQUENCIES VARIABLES=mntl_hlth_7 mntl_hlth  
/ORDER=ANALYSIS.
```

*6. Dummyvariabelen maken mantelzorg.

*Dummyvariabelen maken van de vraag m.b.t. mantelzorg verlenen.

```
RECODE infrmlcr (1=1) (2=0) INTO dummy_infrmlcr.  
VARIABLE LABELS dummy_infrmlcr 'dummy informalcare'.  
EXECUTE.
```

*7. Controle variabelen aanpassen

*Controle variabele 1, langdurige beperking.

*Dummy variabele aanmaken voor langdurige beperking hierin is 1:ja en 0:nee.

```
RECODE ch21n018 (1=1) (2=0) INTO dmmmy_lngdrng_bprkng.  
VARIABLE LABELS dmmmy_lngdrng_bprkng 'Dummy variabele langdurige beperking'.  
EXECUTE
```

*Controle variabele 2, gezondheidsstatus.

*Dummy variabele aanmaken voor gezondheidsstatus.

```
RECODE ch21n004 (1=0) (2=1) (3=0) (4=0) (5=0) INTO dmmmy_gzndhdsstts_mtg.  
VARIABLE LABELS dmmmy_gzndhdsstts_mtg 'Dummy gezondheidsstatus matig'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE ch21n004 (1=0) (4=0) (5=0) (2=0) (3=1) INTO dmmmy_gzndhdsstts_gd.  
VARIABLE LABELS dmmmy_gzndhdsstts_gd 'Dummy gezondheidsstatus goed'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE ch21n004 (1=0) (5=0) (2=0) (3=0) (4=1) INTO dmmmy_gzndhdsstts_hl_gd.  
VARIABLE LABELS dmmmy_gzndhdsstts_hl_gd 'Dummy gezondheidsstatus heel goed'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE ch21n004 (1=0) (2=0) (3=0) (4=0) (5=1) INTO dmmmy_gzndhdsstts_tstknd.  
VARIABLE LABELS dmmmy_gzndhdsstts_tstknd 'Dummy gezondheidsstatus uitstekend'.  
EXECUTE.
```

*Controle variabele 3, herkomst.

*herkomst dummy variabelen aanmaken.

```
RECODE herkomstgroep (101=1) (0=0) (102=0) (201=0) (202=0) (999=0) INTO frst_gn_wst.  
VARIABLE LABELS frst_gn_wst 'First Generation western'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE herkomstgroep (102=1) (0=0) (101=0) (201=0) (202=0) (999=0) INTO frst_gn_non_wstrn.  
VARIABLE LABELS frst_gn_non_wstrn 'First Generation Non Western'.
```

EXECUTE.

RECODE herkomstgroep (201=1) (0=0) (101=0) (102=0) (202=0) (999=0) INTO scnd_gn_wstrn.
VARIABLE LABELS scnd_gn_wstrn 'Second Generation Western'.
EXECUTE.

RECODE herkomstgroep (202=1) (0=0) (101=0) (102=0) (201=0) (999=0) INTO scnd_gn_nn_wstrn.
VARIABLE LABELS scnd_gn_nn_wstrn 'Second Generation Non Western'.
EXECUTE.

*Controle variabele 4, burgerlijke staat.
*Dummy variabelen aanmaken voor de burgerlijke staat.

RECODE woonvorm (1=0) (3=0) (4=0) (2=1) (5=0) INTO dmmmy_thsstt_smnwnd_knd.
VARIABLE LABELS dmmmy_thsstt_smnwnd_knd 'Dummy thuissituatie (on)gehuwd samenwonend,
met kinderen'.
EXECUTE.

RECODE woonvorm (1=0) (4=0) (5=0) (2=0) (3=1) INTO dmmmy_thsstt_smnwnd.
VARIABLE LABELS dmmmy_thsstt_smnwnd 'Dummy thuissituatie (on)gehuwd samenwonend,
zonder kinderen'.
EXECUTE.

RECODE woonvorm (1=0) (5=0) (2=0) (3=0) (4=1) INTO dmmmy_thsstt_llnstnd_m_knd.
VARIABLE LABELS dmmmy_thsstt_llnstnd_m_knd 'Dummy variabele thuissituatie alleenstaand met
'+
'kinderen'.
EXECUTE.

RECODE woonvorm (1=0) (2=0) (3=0) (4=0) (5=1) INTO dmmmy_thsstt_ndrs.
VARIABLE LABELS dmmmy_thsstt_ndrs 'Dummy variabele thuissituatie anders'.
EXECUTE.

*Controle variabele 5, werksituatie.
*Dummy variabele aanmaken voor de werksituatie.

RECODE belbezig (8=1) (11=1) (9=0) (7=0) (1 thru 3=0) (4 thru 6=1) INTO dmmmy_wrkstt_wrkls.
VARIABLE LABELS dmmmy_wrkstt_wrkls 'Dummy variabele werksituatie werkloos'.
EXECUTE.

RECODE belbezig (7=0) (11=0) (8=0) (9=1) (1 thru 3=0) (4 thru 6=0) INTO dmmmy_wrkstt_gpnsrd.
VARIABLE LABELS dmmmy_wrkstt_gpnsrd 'Dummy variabele werksituatie gepensioneerd'.
EXECUTE.

RECODE belbezig (11=0) (8=0) (9=0) (7=1) (1 thru 3=0) (4 thru 6=0) INTO dmmmy_wrkstt_stdnt.
VARIABLE LABELS dmmmy_wrkstt_stdnt 'Dummy variabele student'.
EXECUTE.

*8. Dummy variabelen aanmaken voor de verschillende moderatoren
*Dummy aanmaken voor opleidingsniveau.
*Hercoderen van onafhankelijke variabele: opleidingsniveau naar laag, midden en hoog.

RECODE oplcat (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (5 thru 6=3) INTO rcd_oplcat.
VARIABLE LABELS rcd_oplcat "recoded opleidingsniveau's".
EXECUTE.

*Dummy variabelen aanmaken.

```
RECODE rcd_oplcat (2=1) (1=0) (3=0) INTO pldnsgnv_mddn.  
VARIABLE LABELS pldnsgnv_mddn 'Dummy variabele opleidingsniveau midden'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE rcd_oplcat (1=0) (2=0) (3=1) INTO pldnsgnv_hg.  
VARIABLE LABELS pldnsgnv_hg 'Dummy variabele opleidingsniveau hoog'.  
EXECUTE.
```

*Dummy variabelen aanmaken voor netto maandinkomen per respondent.

*nieuwe variabele aanmaken waarin netto inkomen per huishouden word gedeeld door het aantal personen binnen het huishouden.

```
COMPUTE inkomen_per_respondent=nettohh_f/aantalhh.  
EXECUTE.
```

*Hercoderen van onafhankelijke variabele: netto huishoudensinkomen naar laag=1, midden=2 en hoog=3.

```
RECODE inkomen_per_respondent (0 thru 1499=1) (1500 thru 2499=2) (2500 thru 20000=3) INTO  
rcd_nettoink_resp.  
VARIABLE LABELS rcd_nettoink_resp 'Gehercodeerde netto maandelijks inkomen per respondent'.  
EXECUTE
```

*Dummy variabelen aanmaken.

```
RECODE rcd_nettoink_resp (1=0) (2=1) (3=0) INTO nettohh_gmddld.  
VARIABLE LABELS nettohh_gmddld 'Dummy variabele netto huishoudeninkomen gemiddeld'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE rcd_nettoink_resp (1=0) (2=0) (3=1) INTO nettohh_hg.  
VARIABLE LABELS nettohh_hg 'Dummy variabele netto huishoudinkomen hoog'.  
EXECUTE.
```

*Dummy variabelen aanmaken voor vrouw.

```
RECODE Geslacht (1=0) (2=1) INTO Vrouw.  
VARIABLE LABELS Vrouw 'Dummy variabelen vrouw'.  
EXECUTE.
```

*Dummy variabelen aanmaken voor leeftijd.

*Hercoderen van onafhankelijke variabele: leeftijd naar jongvolwassenen, volwassenen van middelbare leeftijd en volwassenen van late leeftijd.

```
RECODE lftdcat (2 thru 3=1) (4 thru 6=2) (7=3) INTO rcdd_lftdscat.  
VARIABLE LABELS rcdd_lftdscat 'Gehercodeerd variabel leeftijd'.  
EXECUTE.
```

*Dummy aanmaken.

```
RECODE lftdcat (2 thru 3=0) (4 thru 5=1) (6 thru 7=0) INTO vlwssn_mddlbr_lftd.  
VARIABLE LABELS vlwssn_mddlbr_lftd 'Dummy variabele volwassenen middelbare leeftijd'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE lftdcat (2 thru 3=0) (4 thru 5=0) (6 thru 7=1) INTO vlwssn_lt_lftd.
VARIABLE LABELS vlwssn_lt_lftd 'Dummy variabele volwassenen van late leeftijd'.
EXECUTE.
```

*9. Filter aanmaken.

*Filter aanmaken zodat aantal respondenten gelijk is.

USE ALL.

```
COMPUTE filter_$=(infrmlcr>0 AND mntl_hlth>0 AND rcd_nettoink_resp>0 AND rcd_oplcat>0
AND
rec_upset>0).
```

```
VARIABLE LABELS filter_$ 'infrmlcr>0 AND mntl_hlth>0 AND rcd_nettoink_resp>0 AND
rcd_oplcat>0 '+
```

```
'AND rec_upset>0 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
```

EXECUTE.

*10. Beschrijvende statistiek ophalen.

FREQUENCIES VARIABLES=mntl_hlth dummy_infrmlcr rcd_lftdscat Vrouw rcd_nettoink_resp
rcd_oplcat
/ORDER=ANALYSIS.

*11. Correlatiematrix ophalen.

NONPAR CORR

/VARIABLES=mntl_hlth dummy_infrmlcr rcd_oplcat rcd_nettoink_resp Vrouw rcd_lftdscat

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

*12. Lineaire regressie uitvoeren model 1.

*Lineaire regressie uitvoeren met als afhankelijke variabele de schaal variabele mentale gezondheid en onafhankelijke variabele dummy mantelzorg verlenen.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT mntl_hlth

/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr.

*13. Lineaire regressie uitvoeren model 2.

*Lineaire regressie uitvoeren met nu moderatie en controle variabelen toegevoegd.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT mntl_hlth

/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr pldngsnv_mddn pldngsnv_hg nettohh_gmddld nettohh_hg

Vrouw

```
vlwssn_mddlbr_lftd vlwssn_lt_lftd dummy_gzndhdsstts_mtg dummy_gzndhdsstts_gd  
dummy_gzndhdsstts_hl_gd  
dummy_gzndhdsstts_tstknd frst_gn_wst frst_gn_non_wstrn scnd_gn_wstrn scnd_gn_nn_wstrn  
dummy_thsstt_smnwnd_knd dummy_thsstt_smnwnd dummy_thsstt_llnstnd_m_knd dummy_thsstt_ndrs  
dummy_wrkstt_wrkls dummy_wrkstt_gpnsrd dummy_wrkstt_stdnt.
```

*14. Interactievariabelen aanmaken met de moderatoren en mantelzorg verlenen.

```
COMPUTE intrct_pldngsnv_mddn=dummy_infrmlcr*pldngsnv_mddn.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_pldngsnv_hg=dummy_infrmlcr*pldngsnv_hg.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_nettohh_gmddld=dummy_infrmlcr*nettohh_gmddld.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_nettohh_hg=dummy_infrmlcr*nettohh_hg.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_vrw=dummy_infrmlcr*Vrouw.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_mddl_lftd=dummy_infrmlcr*vlwssn_mddlbr_lftd.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE intrct_lt_lftd=dummy_infrmlcr*vlwssn_lt_lftd.  
EXECUTE.
```

*15. Regressieanalyse hypothese 1a, model 3

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT mntl_hlth  
/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr pldngsnv_mddn pldngsnv_hg nettohh_gmddld nettohh_hg  
Vrouw  
vlwssn_mddlbr_lftd vlwssn_lt_lftd intrct_pldngsnv_mddn intrct_pldngsnv_hg  
dummy_gzndhdsstts_mtg  
dummy_gzndhdsstts_gd dummy_gzndhdsstts_hl_gd dummy_gzndhdsstts_tstknd frst_gn_wst  
frst_gn_non_wstrn  
scnd_gn_wstrn scnd_gn_nn_wstrn dummy_thsstt_smnwnd_knd dummy_thsstt_smnwnd  
dummy_thsstt_llnstnd_m_knd  
dummy_thsstt_ndrs dummy_wrkstt_wrkls dummy_wrkstt_gpnsrd dummy_wrkstt_stdnt.
```

*16. Regressieanalyse hypothese 1a, model 4

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT mntl_hlth
```

```
/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr pldngsnv_mddn pldngsnv_hg nettohh_gmddld nettohh_hg
Vrouw
vlwssn_mddlbr_lftd vlwssn_lt_lftd intrct_nettohh_gmddld intrct_nettohh_hg
dummy_gzndhdsstts_mtg
dummy_gzndhdsstts_gd dummy_gzndhdsstts_hl_gd dummy_gzndhdsstts_tstknd frst_gn_wst
frst_gn_non_wstrn
scnd_gn_wstrn scnd_gn_nn_wstrn dummy_thsstt_smnwnd_knd dummy_thsstt_smnwnd
dummy_thsstt_llnstnd_m_knd
dummy_thsstt_ndrs dummy_wrkstt_wrkls dummy_wrkstt_gpnsrd dummy_wrkstt_stdnt.
```

*17 Regressieanalyse hypothese 1b model 5.

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT mntl_hlth_7
/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr pldngsnv_mddn pldngsnv_hg nettohh_gmddld nettohh_hg
Vrouw
vlwssn_mddlbr_lftd vlwssn_lt_lftd intrct_vrw dummy_ingdrg_bprkng dummy_gzndhdsstts_mtg
dummy_gzndhdsstts_gd dummy_gzndhdsstts_hl_gd dummy_gzndhdsstts_tstknd frst_gn_wst
frst_gn_non_wstrn
scnd_gn_wstrn scnd_gn_nn_wstrn dummy_thsstt_smnwnd_knd dummy_thsstt_smnwnd
dummy_thsstt_llnstnd_m_knd
dummy_thsstt_ndrs dummy_wrkstt_wrkls dummy_wrkstt_gpnsrd dummy_wrkstt_stdnt.
```

*18. Regressieanalyse uitvoeren hypothese 1c model 6.

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT mntl_hlth_7
/METHOD=ENTER dummy_infrmlcr pldngsnv_mddn pldngsnv_hg nettohh_gmddld nettohh_hg
Vrouw
vlwssn_mddlbr_lftd vlwssn_lt_lftd intrct_mddl_lftd intrct_lt_lftd dummy_ingdrg_bprkng
dummy_gzndhdsstts_mtg dummy_gzndhdsstts_gd dummy_gzndhdsstts_hl_gd
dummy_gzndhdsstts_tstknd frst_gn_wst
frst_gn_non_wstrn scnd_gn_wstrn scnd_gn_nn_wstrn dummy_thsstt_smnwnd_knd
dummy_thsstt_smnwnd
dummy_thsstt_llnstnd_m_knd dummy_thsstt_ndrs dummy_wrkstt_wrkls dummy_wrkstt_gpnsrd
dummy_wrkstt_stdnt.
```


Bijlage 4: Overzicht vragen, kernstudies, waves en datums

Kernstudie longitudinaal	Vraag	Wave	Begin datum	 Eind datum
Personality	<i>Ik raak makkelijk gestrest</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik ben meestal ontspannen</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik maak mij zorgen over dingen</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik voel mij zelden neerslachtig</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik ben snel verontrust</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik raak makkelijk van streek</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
	<i>Ik heb regelmatig stemmingswisselingen</i>	14	2-5-2022	28-6-2022
Social Integration and Leisure	<i>Hebt u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg verricht?</i>	15	3-10-2022	29-11-2022
Health	<i>Hebt u last van één of andere langdurige ziekte, aandoening, handicap of lijdt u aan de gevolgen van een ongeluk?</i>	14	1-11-2021	28-12-2021
	<i>Hoe zou u uw gezondheid in het algemeen noemen</i>	14	1-11-2021	28-12-2021
Kernstudie cross-sectioneel				
Background Variables	<i>Highest level of education with diploma</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Number of household members</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Net household income in Euros</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Gender</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Age in CBS (Statistics Netherlands) categories</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Origin</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Domestic situation</i>	December	1-12-2022	31-12-2022
	<i>Primary occupation</i>	December	1-12-2022	31-12-2022

Bijlage 5: checklist ethiek en privacy



CHECKLIST ETHICAL AND PRIVACY ASPECTS OF RESEARCH

INSTRUCTION

This checklist should be completed for every research study that is conducted at the Department of Public Administration and Sociology (DPAS). This checklist should be completed *before* commencing with data collection or approaching participants. Students can complete this checklist with help of their supervisor.

This checklist is a mandatory part of the empirical master's thesis and has to be uploaded along with the research proposal.

The guideline for ethical aspects of research of the Dutch Sociological Association (NSV) can be found on their website (http://www.nsv-sociologie.nl/?page_id=17). If you have doubts about ethical or privacy aspects of your research study, discuss and resolve the matter with your EUR supervisor. If needed and if advised to do so by your supervisor, you can also consult Dr. Bonnie French, coordinator of the Sociology Master's Thesis program.

PART I: GENERAL INFORMATION

Project title:	Social inequalities in health and health-related behaviours
Name, email of student:	Reinier Ensing, 620263re@eur.nl
Name, email of supervisor:	Joost Oude Groeniger, oudegroeniger@essb.eur.nl
Start date and duration:	11 April – 25 Juni

Is the research study conducted within DPAS

YES - NO

If 'NO': at or for what institute or organization will the study be conducted?

(e.g. internship organization)

PART II: HUMAN SUBJECTS

1. Does your research involve human participants. **YES - NO**

If 'NO': skip to part V.

If 'YES': does the study involve medical or physical research? **YES - NO**

Research that falls under the Medical Research Involving Human Subjects Act ([WMO](#)) must first be submitted to [an accredited medical research ethics committee](#) or the Central Committee on Research Involving Human Subjects ([CCMO](#)).

2. Does your research involve field observations without manipulations that will not involve identification of participants. **YES - NO**

If 'YES': skip to part IV.

3. Research involving completely anonymous data files (secondary data that has been anonymized by someone else). **YES - NO**

If 'YES': skip to part IV.

PART III: PARTICIPANTS

1. Will information about the nature of the study and about what participants can expect during the study be withheld from them? YES - NO
2. Will any of the participants not be asked for verbal or written 'informed consent,' whereby they agree to participate in the study? YES - NO
3. Will information about the possibility to discontinue the participation at any time be withheld from participants? YES - NO
4. Will the study involve actively deceiving the participants? YES - NO
Note: almost all research studies involve some kind of deception of participants. Try to think about what types of deception are ethical or non-ethical (e.g. purpose of the study is not told, coercion is exerted on participants, giving participants the feeling that they harm other people by making certain decisions, etc.).
5. Does the study involve the risk of causing psychological stress or negative emotions beyond those normally encountered by participants? YES - NO
6. Will information be collected about special categories of data, as defined by the GDPR (e.g. racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs, trade union membership, genetic data, biometric data for the purpose of uniquely identifying a person, data concerning mental or physical health, data concerning a person's sex life or sexual orientation)? YES - NO
7. Will the study involve the participation of minors (<18 years old) or other groups that cannot give consent? YES - NO
8. Is the health and/or safety of participants at risk during the study? YES - NO
9. Can participants be identified by the study results or can the confidentiality of the participants' identity not be ensured? YES - NO
10. Are there any other possible ethical issues with regard to this study? YES - NO

If you have answered 'YES' to any of the previous questions, please indicate below why this issue is unavoidable in this study.

What safeguards are taken to relieve possible adverse consequences of these issues (e.g., informing participants about the study afterwards, extra safety regulations, etc.).

Are there any unintended circumstances in the study that can cause harm or have negative (emotional) consequences to the participants? Indicate what possible circumstances this could be.

Please attach your informed consent form in Appendix I, if applicable.

Continue to part IV.

PART IV: SAMPLE

Where will you collect or obtain your data?

The data will be collected from the LISS (Longitudinal Internet studies for the Social Sciences) panel.

What is the (anticipated) size of your sample?

The [LISS panel](#) is an online household [panel](#). The panel consists of some 5000 households in the Netherlands, comprising approximately 7500 individuals over the age of 16.

What is the size of the population from which you will sample?

The total population within the Netherlands, so that's around 17,5 million people.

Continue to part V.

Part V: Data storage and backup

Where and when will you store your data in the short term, after acquisition?

The data will be stored at the EUR one drive.

Who is responsible for the immediate day-to-day management, storage and backup of the data arising from your research?

I'm responsible for it.

How (frequently) will you back-up your research data for short-term data security?

I will make a backup every 2 weeks.

In case of collecting personal data how will you anonymize the data?

Yes I will.

PART VI: SIGNATURE

Please note that it is your responsibility to follow the ethical guidelines in the conduct of your study. This includes providing information to participants about the study and ensuring confidentiality in storage and use of personal data. Treat participants respectfully, be on time at appointments, call participants when they have signed up for your study and fulfil promises made to participants.

Furthermore, it is your responsibility that data are authentic, of high quality and properly stored. The principle is always that the supervisor (or strictly speaking the Erasmus University Rotterdam) remains owner of the data, and that the student should therefore hand over all data to the supervisor.

Hereby I declare that the study will be conducted in accordance with the ethical guidelines of the Department of Public Administration and Sociology at Erasmus University Rotterdam. I have answered the questions truthfully.

Name student: Reinier Ensing

Name (EUR) supervisor:

Joost Oude Groeniger

Date: 17-3-2023

Date: 23-03-2023

