

Mantelzorg, studeren, of deze combineren?

Een kwantitatief onderzoek naar het effect van
mantelzorg op de studie.

Mantelzorg, studeren of deze combineren?

Masterthesis

Vrije Universiteit Amsterdam

Master Sociologie: Midden in de Maatschappij

Auteur

Bianca de Ruijter (2621293)

Email: b.e.de.ruijter@student.vu.nl

Opdrachtgever

Sociaal en Cultureel Planbureau

Begeleiding

Prof. dr. ir. A.H. de Boer

Dr. S.A. de Roos

Tweede beoordelaar

Prof. dr. M.I. Broese van Groenou

Datum: 29 juni 2018

Aantal woorden: 14 792

Samenvatting

Een grote groep studenten in Nederland heeft mantelzorgtaken. Zij moeten het geven van mantelzorg combineren met hun studie. De overheid stimuleert het geven van mantelzorg, maar de gevolgen voor de studie zijn onduidelijk. In interviews geven veel mantelzorgers aan dat zij belemmeringen ondervinden in hun studie. Veel mantelzorgers ervaren dat zij belast worden. Dit onderzoek richt zich daarom op de invloed van het geven van mantelzorg op de studievoortgang. Ook is onderzocht welke factoren voor mantelzorgende studenten een risicofactor en welke een beschermfactor vormen.

Er is een secundaire data-analyse verricht op informatie over hbo-studenten (N = 3082). Deze data is afkomstig van Windesheim. Van de studenten geeft 7% mantelzorg. Zo'n 4% besteedt meer dan 4 uur per week aan mantelzorg.

Studenten die slechts een paar uur per week mantelzorg geven, verschillen op geen van de factoren van studenten die geen mantelzorg geven. De 4% die veel mantelzorg geeft, heeft ten opzichte van studenten die geen mantelzorg geven, een verminderde psychische gezondheid, heeft vaker een lage zelfwaardering en scoort hoger op schalen voor slaapproblemen en eenzaamheid. Studenten die veel mantelzorg geven zijn vaker vrouw, allochtoon en volgen vaker een opleiding in de richting gezondheid en/of welzijn, maar minder vaak in de richting techniek of ICT.

Het blijkt dat psychische gezondheidskenmerken, slaapproblemen en een lage zelfwaardering een risico vormen voor de studievoortgang. Ook komt een belemmerde studievoortgang vaker voor in de richting gezondheid en welzijn dan in de richting techniek en ICT, wat ongunstig is voor mantelzorgende studenten. Eenzaamheid en herkomst blijken geen risicofactoren te zijn. Het zijn van een vrouw blijkt een beschermfactor tegen een belemmerde studievoortgang.

Echter kan de relatie tussen de mantelzorgsituatie en de studievoortgang maar deels worden verklaard door deze factoren. Voor studenten die veel mantelzorg geven, heeft de mantelzorgsituatie een negatieve invloed op hun studievoortgang.

Voorwoord

Voor de afronding van de master Sociologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam kreeg ik de mogelijkheid om onderzoek te doen naar studenten met mantelzorgtaken. Doordat voor deze studenten de mantelzorg veelal op de eerste plaats komt, verschuiven de studie, het sociale leven en vrije tijd naar de tweede plaats. Hoewel veel Nederlandse onderwijsinstellingen (en ook de studenten zelf) studerende mantelzorgers en hun uitdagingen nog onvoldoende (h)erkennen, is de aandacht voor dit onderwerp groeiende.

In Amsterdam is bijvoorbeeld het Expertiselab jonge mantelzorgers opgericht, dat wordt geleid door de Vrije Universiteit (VU), Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Hogeschool van Amsterdam en Vilans, in samenwerking met Markant en RocvA. Hier worden veel ideeën uitgewisseld. Zo kwam het dat eind 2017 bij het SCP twee plaatsen vrij waren voor masterstudenten die onderzoek wilden doen naar studerende mantelzorgers in Amsterdam. Het sprak mij aan om hier kwantitatief onderzoek naar te verrichten. Na de eerste kennismakingsgesprekken bleek echter al snel dat er geen passende dataset beschikbaar was. Daarom is gezocht naar een alternatief. Er bleek een uitgebreid studentenonderzoek gaande te zijn op Windesheim. Dit studentenonderzoek bevatte een schat aan informatie.

Ik wil MSc. Jolien Dopmeijer hartelijk bedanken voor het beschikbaar stellen van de door haar verzamelde data. Zonder haar was dit thesisonderzoek wellicht niet mogelijk geweest. Ook dr. Jannet de Jonge wil ik in dit kader bedanken voor haar betrokkenheid. Daarnaast wil ik dr. Jurjen Iedema van het SCP bedanken voor zijn hulp met het programma Stata. Tot slot wil ik mijn begeleiders, Prof.dr.ir. Alice de Boer en dr. Simone de Roos, bedanken voor alle tijd die zij hebben gestoken in de begeleiding van deze masterthesis. Zij waren vanaf het begin erg enthousiast en stonden altijd klaar om mijn vragen te beantwoorden.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave.....	5
1. Inleiding	7
1.1 Introductie van mantelzorgende studenten	7
1.2 Vraagstelling en doel van het onderzoek.....	9
1.3 Maatschappelijke relevantie	9
1.4 Wetenschappelijke relevantie.....	10
2. Theoretisch kader	12
2.1 Wie zijn mantelzorgers?.....	12
2.1.1 Sociaal-demografische kenmerken van mantelzorgers	12
2.1.1.1 Herkomst	12
2.1.1.2 Geslacht.....	13
2.1.1.3 Vooropleiding.....	13
2.1.1.4 Woonsituatie.....	14
2.1.2 Negatieve consequenties van het geven van mantelzorg.....	14
2.2.2.1 Gezondheid van mantelzorgers	14
2.2.2.2 Eenzaamheid versus sociale steun van mantelzorgers	16
2.2.3 Veerkracht als positieve consequentie.....	17
2.2.3.1 Zelfwaardering en eigen kracht.....	18
2.2 Balans en/of disbalans in studievoortgang	19
2.2.1 Beschermfactoren en risicofactoren	19
2.2.1.1 Mantelzorg en studievoortgang	19
2.2.1.2 Herkomst	20
2.2.1.3 Geslacht.....	21
2.2.1.4 Vooropleiding.....	21
2.2.1.5 Gezondheid en studievoortgang	21
2.2.1.6 Eenzaamheid en studievoortgang	22
2.2.1.7 Veerkracht: zelfwaardering en studievoortgang.....	22
2.3 Overzicht hypothesen	23
3. Methodologie	26
3.1 Omschrijving van de data en respondenten.....	26
3.1.1 Participanten.....	26

3.1.2	Procedure van datacollectie en design van de studie.....	26
3.1.3	Instrument van dataverzameling.....	27
3.2	Operationalisatie.....	27
3.2.1	Afhankelijke variabelen.....	27
3.2.2	Draaglast.....	27
3.2.3	Draagkracht	32
3.2.4	Achtergrondkenmerken	32
3.1	Analysemethoden	33
3.2	Reflectie op de analyses	34
3.3	Datamanagementplan	35
3.3.1	Procedure.....	35
3.3.2	Vermelding van gegevens in de openbare thesis.....	35
3.3.3	Opslag van bestanden	36
4.	Resultaten	37
4.1	Draagkracht: zelfwaardering	37
4.2	Draaglast.....	37
4.2.1	Psychische gezondheid.....	37
4.3.2	Eenzaamheid	39
4.3	Achtergrondkenmerken	40
4.1	Studievoortgang van mantelzorgende en niet-mantelzorgende studenten.....	41
4.5	Mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen in studievertraging	42
4.6	Mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen in dreigende studie-uitval	44
5.	Conclusie en discussie	48
5.1	Conclusie	48
5.2	Discussie	49
	Literatuurlijst.....	51
	<i>BIJLAGE 1. SPSS Syntax</i>	56
	<i>BIJLAGE 2. Stata syntax</i>	70

1. Inleiding

1.1 Introductie van mantelzorgende studenten

Twee zussen (20 en 22 jaar) vertellen over hun vader, die door de ziekte aan zijn zenuwen bijna niet meer kan lopen:

„De eerste jaren hielpen wij ook met persoonlijke verzorging. Nu nemen we vooral veel huishoudelijke taken van mama over. Al is je zorgen maken veel zwaarder dan een keer stofzuigen. Papa’s leven heeft al een paar keer aan een zijden draadje gehangen. Als hij acuut naar het ziekenhuis moet, gaan wij mee. De volgende dag moet je dan wel weer gewoon naar school.” (Van de Kar, 2017).

De jonge vrouwen in het voorbeeld geven mantelzorg aan hun vader. In Nederland is 32,1 % van de 16-plussers mantelzorger (De Klerk, de Boer, Plaisier & Schyns, 2017, hoofdstuk 2). Het overgrote deel is dit al langer dan 3 maanden. Meestal wordt er tot 8 uur per week aan het mantelzorgen besteed, maar er is ook een groep die hier meer tijd aan besteed. Mantelzorgers onder 24 jaar worden jonge of jongvolwassen mantelzorgers genoemd. Zij verlenen zorg, assistentie of steun aan een naaste, of willen dit verlenen (Becker, in Becker & Becker, 2008). Degene die hulp ontvangt heeft vaak een handicap, chronische ziekte of mentale gezondheidsproblemen. Het is bijvoorbeeld een familielid, kennis of buur (de Klerk et al., 2017, hoofdstuk 2). De jonge mantelzorger heeft op regelmatige basis belangrijke zorgtaken en draagt een verantwoordelijkheid die men alleen van een volwassene kan verwachten (Becker, in Becker & Becker, 2008).

Sommige jongvolwassen mantelzorgers hebben al van kinds af aan zorgtaken, terwijl anderen pas kort mantelzorg geven (Becker & Becker, 2008). Jonge en jongvolwassen mantelzorgers doen bijvoorbeeld huishoudelijke taken, geven emotionele steun, geven persoonlijke en/of intieme verzorging en bieden praktische steun, bijvoorbeeld door rekeningen te betalen en formulieren in te vullen (NIZW/EIZ, 2004; Becker & Becker, 2008). Ook zorgt een deel voor broertjes en zusjes, dient de hulpbehoevende medicatie toe en/of regelt vervoer voor de hulpbehoevende.

Het helpen van een naaste kan voldoening geven en de band sterker maken (Becker & Becker, 2008). Ook kan het geven van mantelzorg helpen praktische vaardigheden te ontwikkelen en kan het de persoonlijke ontwikkeling gunstig beïnvloeden. Naast de positieve ervaringen, kan

mantelzorgen echter ook gepaard gaan met negatieve ervaringen. De tijd die aan het mantelzorgen wordt besteed, kan bijvoorbeeld niet besteed worden aan huiswerk, vrienden of hobby's. Veel jongvolwassen mantelzorgers geven aan onvoldoende tijd voor zichzelf te hebben en ervaren beperkingen in hun sociale leven (Becker & Becker, 2008). Mantelzorgers zijn vaak erg loyaal naar de hulpbehoevende, waardoor zij bij een toenemende zorglast de kans lopen zichzelf te verliezen (o.a. De Boer & de Klerk, 2013). Dit staat bekend als de mantelzorgval. Echter is het vaak al te laat om in te grijpen, wanneer een mantelzorger een hoge belasting ervaart en hulp zoekt (De Boer & de Klerk, 2013).

Gezien de verantwoordelijkheid die mantelzorgers dragen, is het niet verwonderlijk dat uit Brits onderzoek blijkt dat jonge mantelzorgers vaker dan andere jongeren geen training of opleiding volgen of werk hebben (NIACE, 2013). Wanneer jongvolwassen mantelzorgers gaan studeren of werken blijkt het mantelzorgen erg belemmerend te zijn (Sempik & Becker, 2014; Hamilton & Adamson, 2013). Mantelzorgers die studeren worden hierna aangeduid als 'mantelzorgende studenten'.

Uit de Studentenmonitor 2016 blijkt dat bij 40% van de mantelzorgende studenten de studietijd wordt beperkt door (mantel)zorgtaken (www.studentenmonitor.nl). Omdat de hulpbehoevende (deels) afhankelijk is van de mantelzorger, draagt een mantelzorgende student extra verantwoordelijkheid ten opzichte van andere studenten. Veel van deze mantelzorgers zien mantelzorg als prioriteit en maken zich zorgen over het gebrek aan begrip, ondersteuning en flexibiliteit in het onderwijssysteem (Hamilton & Adamson, 2013).

Hoewel veel mantelzorgende studenten aangeven belemmeringen te ervaren in het studeren, geldt dit niet voor alle mantelzorgende studenten. Het is tot noch toe echter niet duidelijk hoeveel mantelzorgende studenten problemen ervaren in hun studie. Ook is tot op heden niet duidelijk waardoor sommigen de mantelzorg en studie beter kunnen combineren dan anderen. Het is mogelijk dat studenten die studie en mantelzorg succesvol weten te combineren, minder negatieve consequenties ondervinden van het geven van mantelzorg, of dat zij over een grotere draagkracht beschikken om de draaglast op te vangen. Om dit te onderzoeken zal gebruik worden gemaakt van het balansmodel van Bakker (zie Bakker, Bakker, van Dijke & Terpra, 1998), waarin factoren met een gunstige invloed worden af gezet tegen die met een ongunstige invloed.

1.2 Vraagstelling en doel van het onderzoek

Het huidige onderzoek richt zich op de invloed van mantelzorg op de studievoortgang en zoekt een verklaring voor dit mogelijke verband. Meer specifiek, zal de relatie tussen mantelzorgen, studievoortgang en enkele persoonlijke kenmerken en omstandigheden worden onderzocht. De persoonlijke kenmerken en omstandigheden waar het onderzoek zich op richt zijn gezondheidsproblemen, eenzaamheid, veerkracht en enkele achtergrondkenmerken. Deze factoren kunnen zowel een gunstige als ongunstige uitwerking hebben op de studievoortgang.

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: *“In hoeverre is er een verband tussen mantelzorgen en studievoortgang bij studenten, en in welke mate wordt dit verband verklaard door de draaglast en draagkracht van studenten die mantelzorg geven?”*

De bijbehorende deelvragen zijn:

1. Welke persoonlijke kenmerken en omstandigheden zijn typerend voor mantelzorgende studenten?
2. In hoeverre is er een samenhang tussen het geven van mantelzorg door studenten en studievoortgang?
3. In hoeverre kan de samenhang tussen het geven van mantelzorg en de studievoortgang verklaard worden door de draaglast en draagkracht van studenten die mantelzorg geven?

1.3 Maatschappelijke relevantie

In 2014 werd de participatiesamenleving uitgeroepen. De verzorgingsstaat van voorheen was op lange duur niet meer houdbaar, waardoor de overheid moest terugtreden en een beroep deed op de eigen verantwoordelijkheid en actief burgerschap (RMO, 2013, hoofdstuk 2). Mantelzorg en vrijwilligersinzet is één van de drie belangrijkste vormen van participatie (Putters, 2014). Vanwege de vergrijzing en oplopende zorgkosten verwacht men steeds meer van mantelzorg en vrijwillige inzet (Putters, 2014). Voor een deel wordt in deze behoefte voorzien door studenten, die tevens mantelzorger zijn.

In de leeftijd van 16 tot 34 jaar, de leeftijdsgroep met de meeste studenten, ligt het percentage mantelzorgers op zo'n 16% (de Klerk et al., 2017, hoofdstuk 2). Schattingen van het percentage studenten die mantelzorg geven liggen lager; zij lopen uiteen van 6% tot 11,6% (Stolk, 2017). De schattingen variëren onder andere door het gebruik van verschillende definities (Stolk, 2017) en omdat de onderzoeken zijn uitgevoerd onder verschillende studentenpopulaties. Volgens de voorlopige cijfers kende Nederland bijna 447 000 hbo-studenten en bijna 268 000 wo-studenten

in het studiejaar 2016/2017 (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2018). Als de laagste schatting van 6% wordt aangehouden, blijken bijna 43 000 studenten in het hoger onderwijs mantelzorger te zijn. Mogelijk ligt het werkelijke aantal hoger.

Hoewel een steeds groter beroep wordt gedaan op deze tienduizenden mantelzorgende studenten, mag dit niet ten koste gaan van hun studievoortgang. Een voorspoedige studievoortgang is namelijk in het belang van studenten, onderwijsinstellingen en de maatschappij als geheel. Volgens cijfers van DUO zijn in het studiejaar 2015-2016 bijna 27% van de hbo-studenten en 16% van de wo-studenten in het eerste jaar uitgevallen (Rijksoverheid, n.d.). Daarnaast blijkt nog eens bijna 9% van de hbo- en wo-studenten na het eerste jaar van opleiding te veranderen. Als de rijksbegroting voor het hoger onderwijs wordt omgerekend naar uitgaven per student, blijkt dat er jaarlijks ruim € 7000 per student wordt besteed (Rijksoverheid, n.d.). Voor de studenten die de huidige opleiding staken, levert deze overheidsinvestering geen maatschappelijke opbrengst op. Daarnaast hebben deze studenten collegegeld betaald en hebben zij de tijd die zij aan hun studie hebben besteed, niet kunnen besteden aan werk. Voor studenten die studievertraging oplopen geldt dit laatste ook, voor de extra tijd die zij over de opleiding doen.

Hoewel de overheid het geven van mantelzorg stimuleert, is het van belang te weten of het geven van mantelzorg invloed heeft op de studievoortgang en wat de studievoortgang van mantelzorgende studenten bevordert en belemmert. Deze kennis kan worden gebruikt om maatregelen te treffen, zoals het opzetten van projecten die bewustwording creëren onder studenten en projecten die mantelzorgende studenten ondersteunen.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Tot op heden is nog weinig onderzoek gedaan naar studenten met mantelzorgtaken. Nederlands onderzoek richt zich vooral op volwassen mantelzorgers (o.a. De Klerk et al., 2017; Kwak, Ingersoll-Dayton & Kim, 2012) of op jongeren en kinderen die opgroeien met een ziek gezinslid (o.a. De Boer, Oudijk & Tielen, 2012; Van den Einde-Bus et al., 2010; de Veer & Francke, 2008). Enkele Nederlandse onderzoeken gaan in op jongeren met mantelzorgtaken (o.a. De Roos, Bot & de Boer, 2013). De situatie van jonge mantelzorgers en jongvolwassen mantelzorgers is vaker onderzocht in Brits onderzoek (o.a. Becker & Becker, 2008; Sempik & Becker, 2014). Deze onderzoeken zijn echter veelal kwalitatief van aard; de informatie is bijvoorbeeld verzameld in focus groepen, interviews met mantelzorgers en professionals die

betrokken zijn bij mantelzorgprojecten en/of mantelzorgorganisaties. Ook in Australië is onderzoek verricht naar jonge en jongvolwassen mantelzorgers, hoewel het ook hier voornamelijk kwalitatief onderzoek betreft (o.a. Hamilton & Adamson, 2013; Carers Australia, 2013). Tot slot is in Amerikaans kwantitatief onderzoek vergeleken hoeveel jongeren met een ziek gezinslid en hoeveel jonge mantelzorgers belemmerd worden in schooltaken (Siskowski, 2006). Echter werden hier subjectieve ervaringen onderzocht en werd geen vergelijking gemaakt met jongeren die geen zorgsituatie hebben. Al met al kan gesteld worden dat er zeer weinig bekend is over de invloed van het geven van mantelzorg op de studievoortgang. Doordat bestaande onderzoeken veelal kwalitatief ofwel beschrijvend van aard zijn, is tot noch toe onduidelijk in hoeverre de studievoortgang wordt beïnvloedt door het geven van mantelzorg en welke rol de draaglast en draagkracht van mantelzorgende studenten hierin spelen. Het huidige kwantitatieve onderzoek is daarom explorerend van aard.

2. Theoretisch kader

Het vorige hoofdstuk bevatte een introductie van mantelzorgende studenten. In dit hoofdstuk worden de verschillen uitgelicht tussen studenten die mantelzorg geven en studenten die geen mantelzorg geven. Vervolgens zal met behulp van het balansmodel van Bakker worden besproken hoe deze kenmerken van invloed zijn op de studievoortgang.

2.1 Wie zijn mantelzorgers?

2.1.1 Sociaal-demografische kenmerken van mantelzorgers

Ten eerste kunnen mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen in achtergrondkenmerken, welke nu zullen worden behandeld.

2.1.1.1 Herkomst

Over de prevalentie van mantelzorgers naar herkomst is de literatuur niet eenduidig. Uit onderzoek blijkt dat allochtone jongeren vaker een ziek gezinslid hebben dan autochtone jongeren (De Boer et al., 2012). Ook worden belemmeringen door een chronische aandoening onder stedelingen (vanaf 15 jaar) vaker ervaren door personen uit de vier grootste migrantgroepen, dan in de autochtone groep (Schellingerhout, n.d.). Door de hogere voorkomendheid van ziekte zou verwacht kunnen worden dat het percentage mantelzorgers in de allochtone groepen hoger ligt dan in de autochtone groep. Die verwachting ontstaat ook wanneer de zorgopvatting van allochtonen en autochtonen worden vergeleken (Schellingerhout, n.d.). Dit blijkt echter onjuist, voor zowel jongeren als volwassenen. In onderzoek onder brugklassers en derdejaars zijn geen verschillen gevonden in de percentages mantelzorgers bij allochtonen en autochtonen (Van den Einde-Bus et al., 2010). Men zou nu kunnen verwachten dat hulpbehoevendheid toeneemt met de jaren. Omdat het percentage hulpbehoevenden hoger ligt onder allochtonen, zou dit leiden tot de verwachting dat de prevalentie van mantelzorg onder (jong)volwassenen groter is in de allochtone groepen, dan in de autochtone groep. Schellingerhout (n.d.) rapporteert echter dat de percentages mantelzorgers onder 15-plussers in de vier grootste migrantgroepen lager zijn dan in de autochtone groep. Uit onderzoek van De Klerk et al., 2017) onder mantelzorgers vanaf 16 jaar, blijkt dat niet-westerse migranten relatief weinig en ook weinig uren mantelzorg geven in vergelijking met de groep autochtonen en westerse migranten. Ook kennen niet-westerse migranten minder vaak een hulpbehoevende. De oorzaak van de discrepantie bij allochtonen tussen de behoefte aan zorg en de heersende zorgopvattingen

enerzijds en het daadwerkelijk geven van mantelzorg anderzijds, is onduidelijk¹. De studies naar (jong)volwassen mantelzorgers worden hier als leidend beschouwd, wat leidt tot de verwachting dat allochtone studenten minder vaak mantelzorg geven dan autochtone studenten.

2.1.1.2 Geslacht

Mantelzorgers zijn echter ook vaker vrouw (de Klerk et al., 2017). Vrouwen geven ook vaker aan een hulpbehoevende te kennen, dan mannen. Van den Einde-Bus et al. (2010) ontdekten dat meisjes vaker rapporteren op te groeien met een ziek gezinslid. Ook zijn meisjes op alle aspecten van het geven van zorg vaker betrokken dan jongens (Dearden & Becker, 2004). Mogelijk signaleren vrouwen vaker of voelen zij het vaker aan dat iemand hulp nodig heeft (Kooiker & De Klerk, in de Klerk et al., 2017). De verwachting is dan ook dat mantelzorgende studenten vaker vrouw dan man zijn.

2.1.1.3 Vooropleiding

Uit een onderzoek onder jongeren blijkt dat vmbo-leerlingen vaker opgroeien met een ziek gezinslid dan havo- of vwo-leerlingen (Van den Einde-Bus et al., 2010). Uit onderzoek van de Klerk et al. (2017) blijkt echter dat lager opgeleiden minder vaak een hulpbehoevende kennen en ook minder vaak mantelzorger zijn. De Klerk et al. (2017) geven aan dat lager opgeleiden minder personen kennen met een hulpvraag, of de hulpvraag niet herkennen, of de enquêtevraag anders hebben geïnterpreteerd. De Boer, Schellingerhout en Timmermans (2003) rapporteren echter dat de verdeling in het opleidingsniveau van mantelzorgers die meer dan 8 uur of meer dan 3 maanden mantelzorg geven, overeenkomt met de verdeling van de Nederlandse populatie. Onder mantelzorgers die al meer dan drie maanden mantelzorg geven, blijken lager opgeleiden echter oververtegenwoordigd (De Klerk et al., 2017). Hoewel de resultaten van de genoemde onderzoeken niet eenduidig zijn, worden de resultaten van Van den Einde-Bus (2010) en de resultaten over langdurig mantelzorgers van De Klerk et al. (2017) als leidend beschouwd. Ten eerste is het aannemelijk dat de zorgsituatie van lager opgeleide scholieren niet ophoudt op het moment dat de scholieren ouder worden en gaan studeren. Ten tweede zullen in het huidige

¹Als mogelijke verklaringen noemt Schellingerhout (n.d.) dat er nog weinig allochtone ouderen zijn en dat er zich in groep van 45 tot 65 jaar – die over het algemeen vaker mantelzorg geeft – in de allochtone groepen relatief veel hulpbehoevenden bevinden, die geen hulp kunnen geven. Het blijft onbekend wie dan de grote groep hulpbehoevende allochtonen van 45 tot 65 jaar helpen; wellicht hebben zij vooral autochtone mantelzorgers. Een andere mogelijkheid is dat allochtone mantelzorgers de geboden hulp vaker als vanzelfsprekend en daardoor niet als hulp beschouwen, of dat zij de enquêtevraag anders interpreteren (De Klerk, de Boer, Plaisier & Schyns, 2017). In het laatste geval zouden veel allochtone mantelzorgers onopgemerkt blijven in onderzoek naar mantelzorgers.

onderzoek alleen langdurig mantelzorgers als mantelzorger worden beschouwd. De verwachting is dan ook dat ook uit het huidige onderzoek zal blijken dat studenten die vanuit het mbo het hoger onderwijs zijn ingestroomd, vaker mantelzorg geven dan studenten met een hogere vooropleiding.

2.1.1.4 Woonsituatie

Zoals eerder genoemd zien veel jonge en jongvolwassen mantelzorgers het geven van mantelzorg als prioriteit (Hamilton & Adamson, 2013). Zorgen over de gezondheid van een zieke ouder hebben voor sommige jongvolwassen mantelzorgers invloed op hun keuze om uit huis te gaan (Dearden & Becker, in Becker & Becker, 2008). Velen zijn door de mantelzorgsituatie later of juist eerder zelfstandig gaan wonen, dan zij zouden willen. Dit laatste kan bijvoorbeeld komen doordat de zorgsituatie tot familieproblemen heeft geleid. Anderzijds kunnen de emotionele druk en verwachtingen van de familie het lastig maken om te verhuizen (Becker & Becker, 2008). Er kan daarom worden verwacht dat de mantelzorgsituatie van invloed is op de woonsituatie van studenten, hoewel onduidelijk blijft of mantelzorgende studenten vaker uitwonend of vaker inwonend zijn dan andere studenten.

2.1.2 Negatieve consequenties van het geven van mantelzorg

Het geven van mantelzorg kan op praktisch, psychisch, fysiek, relationeel en sociaal vlak een belasting vormen voor de ontwikkeling van jonge mantelzorgers (NIZW/EIZ, 2004).

Overbelasting van jonge mantelzorgers uit zich vaak in vermoeidheid, concentratieproblemen, schoolverzuim (met als gevolg dalende prestaties en studie-uitval), isolatie van leeftijdsgenoten, teruggetrokken gedrag, externaliserende problematiek en psychosomatische klachten (zoals eet- en slaapproblemen of vluchtgedrag). In dit hoofdstuk zullen enkele veelvoorkomende consequenties van het mantelzorgen worden behandeld.

2.2.2.1 Gezondheid van mantelzorgers

De Veer en Francke (2008) vonden in verschillende studies lichamelijke belasting van jonge mantelzorgers, zoals overbelasting door te zwaar tillen, vermoeidheid en slecht slapen. Ook Dearden en Becker (2002) rapporteren vermoeidheid onder jonge mantelzorgers, doordat zij een gebrek aan slaap hebben. Het geven van mantelzorg kan namelijk niet alleen veel tijd in beslag nemen, maar het kan ook stressvol zijn. De mate waarin mantelzorgers stress ondervinden is onder andere afhankelijk van de toestand van de hulpbehoevende, de mate waarin de mantelzorger een *overload* ervaart, het ontstaan van familieconflicten of economische problemen

door de mantelzorgsituatie, persoonlijke karaktereigenschappen en hoe de mantelzorger omgaat met de situatie (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990). Uit loyaliteit voor de zieke naaste zijn mantelzorgers vaak bereid om veel te doen voor de zieke, maar daardoor kunnen zij ook over de eigen grenzen gaan (Beneken genaamd Kolmer & Martens, in De Klerk et al., 2017). Het mag duidelijk zijn dat het geven van mantelzorg een psychische belasting vormt.

Veel volwassen mantelzorgers erkennen dat zij zich (ernstig) belast voelen door het geven van mantelzorg (De Klerk et al., 2017; SCP, in de Boer et al., 2003). Deze belasting neemt toe naarmate men meer mantelzorg geeft. Ervaart in totaal 8,6 procent van de mantelzorgers zich ernstig belast, dit percentage is 25,4% van de mantelzorgers die minimaal 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg geven (De Klerk et al., 2017). Veel mantelzorgers geven bijvoorbeeld aan dat de zorgsituatie hun nooit loslaat en dat zij meer moeite hebben dan anderen om hun eigen huishouden te regelen (De Klerk et al., 2017). Ook geeft een deel aan dat de eigen gezondheid is verslechterd door het geven van mantelzorg of dat zij door het geven van mantelzorg ziek of overspannen zijn geraakt. De spanning die direct of indirect ontstaat door het mantelzorgen, kan leiden tot diverse psychische problemen (Pearlin et al., 1990). Deze psychische problemen kunnen zich uiten in de vorm van angst, een burn-out of een cognitieve stoornis (Pearlin et al., 1990). Het geven van mantelzorg leidt tot een verhoogde kans op depressie, doordat de hoeveelheid tijd die aan mantelzorg wordt besteed kan leiden tot een gevoel van *overload* (Yates, Tennstedt & Chang, 1999).

Ook jonge mantelzorgers ervaren consequenties voor de gezondheid; internaliserende problematiek komt vaker voor bij jonge mantelzorgers dan bij andere kinderen (Sieh, Visser-Meily & Meijer, 2011). Daarnaast kunnen stigma's, taboes, schuldgevoelens en schaamte ertoe leiden dat er niet over gesproken wordt en dat jonge mantelzorgers en de problemen van jonge mantelzorgers onzichtbaar blijven (Tielen, in De Veer & Francke, 2008) en dus niet verholpen worden.

Uit het onderzoek van De Roos et al. (2013) blijkt dat het al dan niet geven van mantelzorg in verband staat met emotionele problemen. Daarbij blijkt echter vooral de aard van de mantelzorgtaken een voorspeller van emotionele problemen, en niet de intensiteit van de mantelzorg. Ook De Roos, de Boer en Bot (2017) rapporteren dat de aard van de mantelzorgtaken (en niet het aantal uren dat mantelzorg wordt gegeven) een voorspeller is voor het psychisch welbevinden van jonge mantelzorgers.

Als de gezondheid van jongeren niet wordt beïnvloedt door het aantal uren dat zij aan mantelzorg besteden, dan is te verwachten dat de gezondheid van jongeren vooral wordt bepaald door het al dan niet te maken hebben met een zorgsituatie. Het blijkt dat jongeren met een ziek gezinslid inderdaad negatiever over hun psychisch welbevinden oordelen dan jongeren zonder ziek gezinslid, onder andere op het gebied van emotionele problemen (De Roos et al., 2013). Ook blijkt uit diverse empirische en literatuuronderzoeken dat het hebben van een ziek gezinslid een verhoogde kans geeft op sociaal-emotionele problemen (Veer & Francke, 2008, hoofdstuk 4.3). Veelgenoemde problemen betreffen angst, depressie, zorgen over zichzelf en de (zieke) gezinsleden, maar ook zelfmoordgedachten worden in verband gebracht met het hebben van een ziek gezinslid. Ook wanneer de kinderen uit deze gezinnen volwassen worden, hebben zij een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie.

Samenvattend blijkt voor minderjarigen de zorgsituatie de essentiële voorspeller voor fysieke en psychische problemen, terwijl voor meerderjarigen het aantal uren dat men mantelzorg geeft van belang blijkt. In lijn met de genoemde onderzoeken kan worden verwacht dat studenten met een mantelzorgsituatie vaker problemen ondervinden in de psychische en fysieke gezondheid dan studenten zonder mantelzorgsituatie.

2.2.2.2 Eenzaamheid versus sociale steun van mantelzorgers

Voor jonge mensen is het belangrijk om naar buiten te gaan en vrienden te ontmoeten, echter kunnen jonge mantelzorgers vaak niet weg door hun zorgtaken, hun lage inkomen, beperkte bronnen om te reizen en met anderen af te spreken, of omdat zij zich niet vrij voelen om iets af te spreken (de Veer & Francke, 2008; Thomas et al., 2003). Jongvolwassen mantelzorgers voelen zich meer dan andere jongvolwassenen belemmerd om uit te gaan en mee te doen aan sociale activiteiten, vanwege hun verantwoordelijkheden en/of vanwege de kosten (Becker & Becker, 2008).

Zoals eerder genoemd kunnen stigma's, taboes, schuldgevoelens en schaamte ertoe leiden dat jonge mantelzorgers en hun problemen door de buitenwereld niet worden herkend (Tielen, in De Veer & Francke, 2008). Mantelzorgende studenten vertellen niet altijd aan medestudenten dat zij mantelzorger zijn (Sempik & Becker, 2014). De verantwoordelijkheden van jonge mantelzorgers zijn moeilijk te begrijpen voor vrienden, wat het lastig maakt voor jonge mantelzorgers om nieuwe vrienden te maken (Thomas et al., 2003). Ook wordt het niet altijd in dank afgenomen wanneer vrienden ten opzichte van het mantelzorgen op de tweede plaats komen (Becker &

Becker, 2008). Een deel van de jonge mantelzorgers geeft aan te worden gepest vanwege het doen van huishoudelijke taken, omdat een familielid ‘anders’ is of omdat jonge mantelzorgers ‘anders’ zijn, bijvoorbeeld omdat zij volwassener zijn dan leeftijdsgenoten (Dearden & Becker, 2002; Becker & Becker, 2008; Sempik & Becker, 2014).

Het hebben van moeizame relaties en het niet delen van de zorgen, gecombineerd met praktische obstakels om sociale activiteiten te ondernemen, kunnen bij jonge en jongvolwassen mantelzorgers leiden tot sociale isolatie en gevoelens van eenzaamheid. Sociale isolatie onder jongvolwassen mantelzorgers komt met name voor bij degenen die weinig vrije tijd en weinig zelfvertrouwen hebben (Becker & Becker, 2008). Uit onderzoek is bekend dat personen met weinig en/of slechte relaties een grotere kans hebben op eenzaamheid, dan personen met veel en goede relaties (Van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2007), hoewel er geen direct verband lijkt te bestaan tussen sociale isolatie en eenzaamheid (De Jong-Gierveld, 1998). Eenzaamheid kan worden begrepen als subjectieve sociale isolatie, oftewel het gevoel afgezonderd te zijn en niet verbonden te zijn met anderen (Van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2007). Het betreft een ervaren gebrek aan (kwalitatieve) relaties (De Jong-Gierveld, 1998). Eenzaamheid kent twee vormen (Weiss, o.a. in Van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2007). Ten eerste is sprake van sociale eenzaamheid wanneer men minder contacten heeft dan dat men wenst. Bij deze vorm voelt men een gemis van betekenisvolle relaties met bijvoorbeeld burens, collega’s en kennissen. Ten tweede is bij emotionele eenzaamheid de kwaliteit van de relaties minder dan men wenst. Het betreft bijvoorbeeld het gevoel een partner of goede vriend(in) te missen.

Naarmate studenten meer tijd besteden aan het geven van mantelzorg, houden zij minder tijd over om te besteden aan vrienden, kennissen en andere contacten. Het kan dan onmogelijk zijn om veel contacten te onderhouden – zelfs wanneer men dit wel zou willen – waardoor sociale eenzaamheid kan ontstaan. Daarnaast kan het door de mantelzorgsituatie lastig zijn om nieuwe vrienden te maken, bijvoorbeeld omdat zij weinig aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten en niet begrepen worden. De verwachting is daarom dat zowel sociale eenzaamheid als emotionele eenzaamheid vaker voorkomen bij mantelzorgende studenten dan bij andere studenten.

2.2.3 Veerkracht als positieve consequentie

Ondanks de negatieve consequenties van het mantelzorgen, ervaren niet alle mantelzorgende studenten problemen in de studievoortgang. Door het geven van zorg kunnen mantelzorgers nieuwe competenties ontwikkelen, die draagkracht versterken. Daardoor kan een grotere

draaglast kan worden opgevangen. In dit kader is veerkracht van belang. Veerkracht kan worden omschreven als:

... het vermogen om vol te houden, om te gaan met- en terug te veren na veranderingen, uitdagingen, tegenslagen, teleurstellingen, moeilijke situaties en tegenspoed en terug te keren naar een redelijke staat van welzijn. Veerkracht is ook het vermogen om je aan te kunnen passen aan moeilijke situaties en alsnog te gedijen. (McGrath & Noble, in Gubbels & Kappe, 2017, p. 9).

Oftewel, men is in staat om na tegenslagen terug te veren en zich moedig op te stellen ten opzichte van moeilijke situaties (Noble & McGrath, 2015). Veerkracht kan worden vergroot door te werken aan vaardigheden die men in staat stellen om te gaan met de situatie. Tegenslagen, zoals ziekte van een naaste, bieden een persoon de mogelijkheid om deze vaardigheden aan te leren (Noble & McGrath, 2015).

2.2.3.1 Zelfwaardering en eigen kracht

De reactie van mantelzorgers op hun situatie kan positieve consequenties hebben. Mantelzorgers (van personen die een beroerte hadden gehad) die bijvoorbeeld door de situatie nieuwe vaardigheden leerden, de situatie leerden managen en problemen overwonnen, hebben een verhoogde zelfwaardering en innerlijke kracht en ervaren grip op de situatie (Mackenzie & Greenwood, 2012). Door de mantelzorgsituatie krijgen deze mantelzorgers de mogelijkheid om nieuwe competenties te ontwikkelen, wat gepaard gaat met positieve gevoelens. Dit geeft een indicatie van de veerkracht van mantelzorgers. Ondanks de zorglast ervaren deze mantelzorgers namelijk dat zij het goed doen en dat zij invloed hebben op de zorgsituatie. Zelfwaardering wordt ook in veel studies in verband gebracht met veerkracht, blijkt uit het literatuuronderzoek van Eicher, Matzka, Dubey en White (2015). In onderzoek naar kinderen met een ziek gezinslid is echter een verlaagde zelfwaardering gevonden in deze groep (De Veer & Francke, 2008). Het is mogelijk dat zelfwaardering door de zorgsituatie op zich wordt verlaagd, maar doordat het geven van mantelzorg gepaard kan gaan met de ontwikkeling van nieuwe competenties, kan het gevoel van zelfwaardering bij mantelzorgers worden vergroot. De verwachting is dan ook dat de mate van zelfwaardering lager is voor studenten in een mantelzorgsituatie, maar toeneemt naarmate deze studenten meer mantelzorg geven.

2.2 *Balans en/of disbalans in studievoortgang*

Volgens het balansmodel van Bakker hebben jonge mensen ontwikkelings- en levenstaken te vervullen (Bakker et al., 1998). Deze taken kunnen worden verzwaard door risicofactoren en bepaalde gebeurtenissen, die de stress verhogen. Het totaal aan taken en risicofactoren vormen de draaglast. De draaglast van een persoon kan worden opgevangen door zijn draagkracht. Deze draagkracht bestaat uit competenties en beschermfactoren. Alle factoren zijn tweeledig. Men spreekt van een risicofactor wanneer een factor nadelig is voor een persoon, terwijl de voordelige variant van deze factor een beschermfactor is.

Wanneer de draaglast kan worden opgevangen door de draagkracht, is een persoon in balans. Wanneer de draaglast echter zwaarder weegt dan de draagkracht, raakt een persoon in disbalans. Enige disbalans is nodig om nieuwe competenties te kunnen ontwikkelen, die de draagkracht vergroten. Een grote disbalans is echter problematisch, omdat een persoon in dat geval kan bezwijken aan de draaglast, of gedrag kan ontwikkelen die de persoon verder in de problemen brengt. Deze problemen kunnen de voortgang van ontwikkelingstaken belemmeren.

Één van de ontwikkelingstaken die jonge mensen te vervullen hebben, is het volgen van een opleiding. Hiermee worden zij immers voorbereid op het werk dat zij als volwassenen zullen uitvoeren. In het volgende stuk zal worden toegelicht welke kenmerken van mantelzorgende studenten een risicofactor en welke een beschermfactor vormen.

2.2.1 *Beschermfactoren en risicofactoren*

2.2.1.1 *Mantelzorg en studievoortgang*

Uit verschillende internationale onderzoeken komt naar voren dat mantelzorgen de studievoortgang kan belemmeren. Veel jonge en jongvolwassen mantelzorgers noemen dat mantelzorg en studie moeilijk te combineren zijn (Hamilton & Adamson, 2013). Enerzijds wordt genoemd dat de colleegetijden het mogelijk maken overdag naar huis te kunnen en dat herkansingen in het hoger onderwijs een tweede kans mogelijk maken (Hamilton & Adamson, 2013). Anderzijds geven veel jongvolwassen mantelzorgers aan dat de werkdruk, transport, colleegetijden en het combineren met een bijbaantje het lastig maken om mantelzorg en studie te combineren (Hamilton & Adamson, 2013; Cass et al. in Carers Australia, 2013). Door de mantelzorgsituatie zijn er bovendien meer onderbrekingen tijdens het maken van huiswerk (NIACE, 2013; Siskowski, 2006).

Het geven van mantelzorg resulteert onder andere in tijdkort, vermoeidheid, te laat komen, afwezigheid en het niet tijdig afronden van huiswerk, wat een negatieve invloed heeft op de studie (NIACE, 2013; Carers Australia, 2013). Daarnaast kan de onvoorspelbaarheid van de zorgtaken grote consequenties hebben, zoals het niet aanwezig kunnen zijn bij examens (Carers Australia, 2013). Een deel van de jongvolwassen mantelzorgers geeft aan daadwerkelijk gestopt te zijn met school of studie, of overweegt om te stoppen (Sempik & Becker, 2014; Becker & Becker, 2008). Jonge en jongvolwassen mantelzorgers noemen mantelzorg als een oorzaak van hun verzuim en voortijdig schoolverlaten (o.a. Dearden & Becker, 2002; Sempik & Becker, 2014). Het geven van mantelzorg vormt daarom een risicofactor voor de studievoortgang.

2.2.1.2 Herkomst

Gekeken naar herkomst, zijn de instroompercentages in het hoger onderwijs van personen met een Surinaamse, Antilliaanse achtergrond en overige niet-westerse migranten vergelijkbaar met personen van Nederlandse afkomst. Turkse en Marokkaanse studenten stromen echter minder vaak in (CBS, 2016). Wanneer studenten met een niet-westerse herkomst² afstuderen, zijn zij gemiddeld ouder dan studenten met een Nederlandse achtergrond. Dit kan deels worden verklaard door een langere studieduur en deels doordat niet-westerse personen vaker diploma's stapelen in het voortgezet onderwijs en mbo (Hartgers, in CBS, 2016), waardoor de leeftijd bij doorstromen naar het hoger onderwijs hoger ligt (CBS, 2016). Autochtonen studeren vaker af in het hoger onderwijs en doen dit ook in een korte tijd dan personen met een niet-westerse achtergrond (CBS, 2012). Zo was van de studenten die in het studiejaar 2005/2006 begonnen aan het hbo, na 6 jaar 65% van de autochtone studenten afgestudeerd en 49% van de studenten met een niet-westerse achtergrond. In het zevende jaar van de studie stonden in verhouding meer studenten met een niet-westerse achtergrond nog ingeschreven (CBS, 2012). Ook Jennissen (2006) vond verschillen in de percentages afgestudeerden per herkomstgroep. Zo hadden studenten met een autochtone achtergrond sneller én vaker een diploma behaald in het hoger onderwijs dan studenten van allochtone herkomst. De verschillen waren het grootst met studenten van Marokkaanse, Turkse, en Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse afkomst. Na acht jaar waren de verschillen in slagingspercentages nog aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat

² Onder de definitie 'niet-westerse allochtoon' vallen ook personen met een Antilliaanse of Surinaamse achtergrond.

autochtone studenten vaker en sneller een studie met succes afronden, dan allochtone studenten. Een autochtone herkomst vormt daarom een beschermende factor.

2.2.1.3 Geslacht

Niet alleen nemen vrouwen vaker deel aan het hoger onderwijs dan mannen, maar vrouwen behalen ook vaker en sneller een diploma dan mannen (Portegijs, van den Brakel, Hartgers & Akkermans, 2016). Van de vrouwen die in het studiejaar 2008/2009 begonnen aan een hbo-opleiding, had bijvoorbeeld bijna tweederde na 6 jaar een diploma behaald in het hoger onderwijs (hbo-bachelor, hbo-master of wo-master). Van de mannen had na 6 jaar bijna de helft een diploma behaald in het hoger onderwijs. Bij alle herkomstgroepen doen vrouwen het qua studievoortgang gemiddeld beter dan mannen (Jennissen, 2006). Het zijn van een vrouw vormt daarom een beschermfactor voor de studievoortgang.

2.2.1.4 Vooropleiding

De gevolgde vooropleiding kan van invloed zijn op de studievoortgang. Uit cijfers van het CBS (2017) blijkt dat de hbo-opleiding het vaakst binnen 4 jaar wordt afgerond door vwo'ers, gevolgd door mbo'ers en havisten. Dit betekent dat studievertraging het vaakst voorkomt bij havisten. Echter is de studie-uitval na 6 jaar het grootst in de groep mbo'ers. Omdat een vwo-diploma het minst vaak leidt tot studie-uitval en studievertraging, kan deze vooropleiding worden beschouwd als een beschermende factor in de studievoortgang.

2.2.1.5 Gezondheid en studievoortgang

Gezondheidsproblemen kunnen de studievoortgang beïnvloeden. Eerder is genoemd dat mantelzorgers psychisch belast worden en vermoeidheid ervaren, onder andere doordat de mantelzorgsituatie stress oplevert. In de leerprestaties lijkt stress een dubbelzijdige rol te spelen. Kortdurende stress kan de leerprestaties verbeteren, wanneer een persoon stress heeft over hetgeen onthouden moet worden (Joëls, Pu, Wiegert, Oitzl & Krugers, 2006). Een student zal daarom beter presteren op een tentamen wanneer hij of zij enige stress ervaart over de tentamenstof. Echter kan chronische stress de cognitieve capaciteit mogelijk verminderen, wat de leerprestaties beïnvloedt (Joëls et al., 2006).

Psychische problemen, zoals depressie en angst, verhogen de kans op afwezigheid op school (Kearney, 2008), wat op den duur kan leiden tot achterstanden in de lesstof en onderpresteren. Van den Broek, Muskens & Winkels (2013) onderzochten de invloed van verschillende functiebeperkingen op hbo- en wo-studies, zoals psychische problematiek (bijvoorbeeld een

burn-out, angststoornis, psychose of dwangneurose). Het staken met de studie in het afgelopen jaar werd in verhouding vaker gerapporteerd door studenten met een functiebeperking dan door andere studenten. Dit gold ook voor studenten met psychische problematiek.

Hoewel chronische vermoeidheid in het onderzoek van Van den Broek et al. (2013) niet expliciet in de analyses werd benoemd, is het aannemelijk dat studenten die te vermoeid zijn om naar colleges te komen of te vermoeid zijn om zich te kunnen concentreren op het studeren, worden belemmerd in de studie. Boot, Vonk en Meijman (2007) vonden een relatie tussen vermoeidheid en studievertraging voor studenten in Amsterdam. Deze relatie was echter alleen aanwezig voor studenten die studievertraging ervaarden, ongeacht het feit of zij in werkelijkheid studievertraging hadden of niet. De relatie werd niet gevonden voor studenten die geen studievertraging ervaarden. Uitgaande van de genoemde onderzoeken kan gesteld worden dat gezondheidsproblemen een risicofactor vormen voor de studievoortgang van studenten.

2.2.1.6 *Eenzaamheid en studievoortgang*

Uit onderzoek van Meeuwisse, Severiens en Born (2010) blijkt dat de studievoortgang van autochtone studenten beïnvloed wordt door het gevoel van saamhorigheid. Een *sense of belonging*, oftewel het gevoel ‘erbij te horen’, werd bij autochtone studenten gevonden in de informele relaties met medestudenten³. Omdat informele relaties vriendschappen betreffen, kan worden gesteld dat de studievoortgang wordt beïnvloedt wanneer een student ervaart dat hij of zij, door een tekort aan vrienden op de onderwijsinstelling, ‘er niet bij hoort’. Een ervaren gebrek aan saamhorigheid en liefde, kunnen gevoelens van eenzaamheid opwekken, wat kan worden beschouwd als een risicofactor voor de studievoortgang.

2.2.1.7 *Veerkracht: zelfwaardering en studievoortgang*

De vaardigheden die men leert bij tegenslagen zijn van belang voor het academische en persoonlijke succes op school en in het leven (Noble & McGrath, 2015). Omdat veerkracht kan beschermen tegen nadelige gevolgen van een hoge draaglast, vormt veerkracht bij studenten een beschermende factor voor een belemmerde studievoortgang.

Eerder werd al genoemd dat veerkracht bij mantelzorgers tot uiting kan komen in de vorm van verhoogde zelfwaardering, innerlijke kracht en het ervaren van grip op de situatie. Drie theorieën

³ Uit de resultaten van Meeuwisse, Severiens en Born (2010) blijkt dat voor allochtone studenten vooral formele – oppervlakkige – relaties met docenten en medestudenten bijdragen aan een gevoel ‘erbij te horen’, maar dit bleek niet relevant voor de studievoortgang.

helpen om de relatie tussen deze uitingen van zelfconcept en studievoortgang te kunnen begrijpen. Ten eerste is volgens de *self-consistency theory* het gedrag van personen in overeenstemming met hun zelfbeeld (Korman, in Judge & Bono, 2001). Oftewel, het gedrag van personen met een hoge zelfwaardering is gericht op het behouden van hun positieve zelfbeeld (Judge & Bono, 2001). Ten tweede, zouden volgens theorieën over *learned helplessness* personen met een negatieve houding bij tegenslagen vaker hun inzet verminderen of zich terugtrekken van de taak, dan personen met een positieve, optimistische houding (Peterson & Seligman, in Judge & Bono, 2001). Ten derde houdt de *control theory* in dat wanneer personen niet volgens verwachting presteren, zij ervoor kiezen zich extra in te zetten, hun verwachtingen bij te stellen of zich volledig van de taak te onttrekken (Lord & Hanges, in Judge & Bono, 2001). Terwijl personen met een hoge interne *locus of control* vaker extra inspanning leveren om aan de verwachting te voldoen (Weiss & Sherman, in Judge & Bono, 2001), blijkt dat personen met een lage zelfwaardering er in een dergelijke situatie vaker voor kiezen om hun verwachtingen bij te stellen of zich volledig terug te trekken (Brockner, in Judge & Bono, 2001).

Toegepast op studenten, zouden studenten met een hoge zelfwaardering hun acties vooral richten op het in stand houden van hun positieve zelfbeeld. Het behalen van goede cijfers bevestigt een positief zelfbeeld, waardoor studenten met veel zelfwaardering meer geneigd zullen zijn om zich hiervoor in te zetten. Ook zullen studenten met een hogere zelfwaardering bij tegenslagen minder geneigd zijn tot onderpresteren of terugtrekken, in tegenstelling tot studenten met een lagere zelfwaardering. Het hebben van een hoge zelfwaardering vormt daarom een beschermende factor.

2.3 Overzicht hypothesen

In het vorige stuk is omschreven welke kenmerken typerend zijn voor mantelzorgers. Daarna is omschreven welke van deze kenmerken risicofactoren en welke beschermende factoren zijn. Met betrekking tot de drie deelvragen, kunnen de volgende hypothesen worden opgesteld.

Deelvraag 1: Welke persoonlijke kenmerken en omstandigheden zijn typerend voor mantelzorgende studenten?

Hypothese 1: Autochtone studenten zijn relatief vaker mantelzorger dan allochtone studenten.

Hypothese 2: Vrouwelijke studenten zijn relatief vaker mantelzorger dan mannelijke studenten.

Hypothese 3: Studenten die met een mbo-diploma in het hoger onderwijs zijn gestroomd, zijn relatief vaker mantelzorger dan studenten met een andere vooropleiding.

Hypothese 4a: Uitwonende studenten zijn relatief vaker mantelzorger dan inwonende studenten.

Hypothese 4b: Inwonende studenten zijn relatief vaker mantelzorger dan uitwonende studenten.

Hypothese 5: Studenten die mantelzorg geven hebben vaker psychische en fysieke gezondheidsproblemen dan studenten die geen mantelzorg geven.

Hypothese 6: Studenten die mantelzorg geven zijn sociaal en emotioneel eenzamer dan studenten die geen mantelzorg geven.

Hypothese 7a: Studenten in een mantelzorgsituatie hebben minder zelfwaardering dan studenten die geen mantelzorg geven.

Hypothese 7b: Studenten die veel mantelzorg geven hebben meer zelfwaardering dan studenten die geen mantelzorg geven en studenten die weinig mantelzorg geven.

Deelvraag 2: In hoeverre is er een samenhang tussen het geven van mantelzorg door studenten en studievoortgang?

Hypothese 8: Naarmate studenten meer mantelzorg geven, wordt de studievoortgang vaker belemmerd.

Deelvraag 3: In hoeverre kan de samenhang tussen het geven van mantelzorg en de studievoortgang verklaard worden door de draaglast en draagkracht van studenten die mantelzorg geven?

Hypothese 9: Er zijn geen verschillen in studievoortgang van studenten die al dan niet mantelzorg geven, omdat mantelzorgende studenten vaker autochtoon zijn, wat hun draagkracht vergroot.

Hypothese 10: Er zijn geen verschillen in studievoortgang van studenten die al dan niet mantelzorg geven, omdat mantelzorgende studenten vaker vrouw zijn, wat hun draagkracht vergroot.

Hypothese 11: Studenten die mantelzorg geven hebben vaker een belemmerde studievoortgang dan studenten die geen mantelzorg geven, omdat zij vaker met een mbo-diploma en minder vaak met een vwo-diploma in het hoger onderwijs stromen, wat hun draaglast vergroot.

Hypothese 12: Studenten die mantelzorg geven hebben vaker een belemmerde studievoortgang dan studenten die geen mantelzorg geven, omdat zij vaker psychische en fysieke gezondheidsproblemen hebben, wat hun draaglast vergroot.

Hypothese 13: Studenten die mantelzorg geven hebben vaker een belemmerde studievoortgang dan studenten die geen mantelzorg geven, omdat zij vaker sociaal en emotioneel eenzaam zijn, wat hun draaglast vergroot.

Hypothese 14a: Studenten in een mantelzorgsituatie hebben vaker een belemmerde studievoortgang dan studenten die geen mantelzorg geven, omdat zij een lagere zelfwaardering hebben, wat hun draaglast vergroot.

Hypothese 14b: Er zijn geen verschillen in studievoortgang van studenten die geen en studenten die veel mantelzorg geven, omdat studenten die veel mantelzorg geven een verhoogde zelfwaardering hebben, wat hun draagkracht vergroot.

3. Methodologie

3.1 Omschrijving van de data en respondenten

3.1.1 Participanten

De dataset is afkomstig van Windesheim en betreft de wave van 2017. De dataset bevat 3141 cases. Er waren geen cases met missende waarden. Van de respondenten waren 3118 voltijd studenten. In totaal zat 90% van de respondenten in studiejaar 1 tot en met 4; dit was bovendien redelijk evenredig verdeeld (respectievelijk 28%, 21%, 22% en 18%). De respondenten volgden opleidingen binnen verschillende domeinen in Zwolle en Almere. Van de respondenten studeerde 87% in Zwolle; de overige respondenten stonden in Almere ingeschreven. Vrouwen waren met 60% licht oververtegenwoordigd. Een klein deel van de respondenten (12%) was in het buitenland geboren of had minimaal één ouder die niet in Nederland was geboren. Van de respondenten gaf 7,6% langdurig (meer dan drie maanden) mantelzorg aan een naaste. De meeste respondenten (91%) hadden een leeftijd van 17 tot en met 25 jaar, met uitschieters tot 60 jaar oud. Er werd een selectie gemaakt op basis van leeftijd; de 59 respondenten die ouder waren dan 29 jaar (2%) werden uitgesloten van het onderzoek. Naast leeftijd werden geen andere eendimensionale uitschieters gedetecteerd. Met behulp van de Mahalanobis *distance* werden hierna ook geen multidimensionale uitschieters gedetecteerd. Er werden 3082 respondenten geselecteerd voor het huidige onderzoek.

3.1.2 Procedure van datacollectie en design van de studie

De data die in dit onderzoek werd gebruikt, was door de hogeschool Windesheim verzameld in het kader van het onderzoek Studieklimaat, Gezondheid en Studiesucces onder studenten. Het studentenonderzoek startte in 2012 en werd sindsdien jaarlijks uitgevoerd. Van december 2017 tot maart 2018 was opnieuw een survey uitgezet op deze onderwijsinstelling. In deze wave werden 18.163 studenten van Windesheim benaderd (Windesheim, 2018). Aan deze studenten werd een link gestuurd naar de online vragenlijst. Het doel was om de situatie van de eigen studenten in kaart te brengen. Er werd geen interventie aangeboden, maar achteraf ontvingen de respondenten per mail geautomatiseerde feedback over hun scores op enkele gezondheidsthema's. Bij respondenten met hoge scores werden suggesties gegeven voor meer informatie en hulp. Voor aanvang van de survey werden respondenten geïnformeerd over deze vorm van feedback en werd vermeld dat respondenten een cadeaukaart van €25,- konden winnen.

3.1.3 Instrument van dataverzameling

De survey die was uitgezet op Windesheim is breder dan het thema van deze thesis. In de survey waren vragen opgenomen over het studieklimaat, de gezondheid en studiesucces. De meeste vragen waren in gesloten vorm, met de antwoordmogelijkheden ‘ja’ of ‘nee’, of in de vorm van een Likertschaal. Enkele verdiepende vragen waren in open vorm gesteld.

Achtergrondgegevens als geslacht, geboortjaar, vooropleiding en gegevens omtrent de huidige opleiding waren vanuit de studentenadministratie van Windesheim toegevoegd aan de data.

De data is geschikt voor het huidige onderzoek, omdat de survey was uitgezet onder studenten die een opleiding volgen in het hoger onderwijs. Dit is ook de doelgroep van het huidige onderzoek. Bovendien bevat de data informatie over de studie, mantelzorgsituatie, gezondheid en andere factoren die als beschermende factor of risicofactor kunnen worden beschouwd.

3.2 Operationalisatie

Er werd gebruik gemaakt van gevalideerde schalen en enkele losse items (zoals achtergrondkenmerken). Hieronder zal worden omschreven hoe de concepten en constructen zijn opgebouwd.

3.2.1 Afhankelijke variabelen

Studievoortgang is gemeten met behulp van twee uitkomstmaten; studievertraging en dreigende studie-uitval. Er was sprake van *studievertraging* wanneer studenten volgens zelfrapportage minimaal 1 semester vertraging hadden opgelopen, omdat deze vertraging niet meer in te halen is (J.M. Dopmeijer, persoonlijke communicatie, 14 maart 2018). Zoals in Tabel 1 te zien is, had ten tijde van de dataverzameling 24% van de respondenten studievertraging.

Wat betreft *dreigende studie-uitval* werd aan respondenten gevraagd of zij tijdens het huidige studiejaar serieus hadden overwogen om te stoppen met de opleiding, waarop zij konden antwoorden met ‘ja’ of ‘nee’. Bij 19% van de respondenten was hiervan sprake.

3.2.2 Draaglast

Om de *mantelzorgsituatie* van de respondenten vast te stellen, was gevraagd of de respondenten de langdurige zorg hebben voor of hulp geven aan een naaste met een lichamelijke of psychische ziekte of handicap. Bij deze vraag was aangegeven dat de zorg op niet-professionele, onbetaalde basis is en geen (bij)baan of vrijwilligers werk is. Met ‘langdurig’ werd een periode van minimaal drie maanden bedoeld. De zorg of hulp kon ook aan iemand zijn waarmee de respondent niet samenwoont. Als voorbeelden werden genoemd het geven van hulp

aan de zieke in het huishouden, met huiswerk, persoonlijke verzorging en meegaan naar een zorginstelling genoemd. Aan respondenten die ‘ja’ antwoorden, werd vervolgens gevraagd hoeveel uur zij daar in de afgelopen maand gemiddeld per week aan besteedden, waarbij antwoordcategorieën varieerden van ‘minder dan 1 uur’ tot ‘8 uur of meer’. Van de 15 respondenten die bij de laatste vraag meerdere antwoorden hadden aangekruist, werd het middelste antwoord of anders het hoogste aantal aangegeven uren leidend. Er werden drie categorieën gemaakt voor de mantelzorgsituatie. Respondenten die op de eerste vraag ‘nee’ antwoordden, werden aangeduid als geen mantelzorger (0). Lichte mantelzorg (1) betrof de groep die wel langdurig zorg of hulp gaf, maar dit gemiddeld minder dan 4 uur per week deed. Er was sprake van intensieve mantelzorg (2) wanneer respondenten langdurig gemiddeld minimaal 4 uur per week zorg of hulp gaven. De meerderheid, 93%, gaf geen mantelzorg. Daarentegen gaf 4% van de respondenten lichte mantelzorg en 4% gaf intensieve mantelzorg⁴.

Om *burn-out* onder respondenten te meten, werd gebruik gemaakt van de Utrechtse Burn-Out Schaal Algemeen (UBOS-A). Met deze schaal kan een verhoogd risico op burn-out worden bepaald. Personen met een verhoogd risico hebben vaker klachten die passen bij een burn-out. Burn-out is een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand (Schaufeli & van Dierendonck, 2001). De UBOS-A is gericht op algemeen gebruik en richt zich niet op specifieke beroepen. In het studentenonderzoek werd studeren beschouwd als werk en werden de vragen hierop toegespitst. De UBOS bestaat uit drie subschalen, die samen het al dan niet verhoogde risico op burn-out meten. (Emotionele) uitputting betreft het ervaren van een ‘leeg’ gevoel als gevolg van de eigen werkzaamheden. Voorbeelditems waren ‘ik voel me mentaal uitgeput door mijn studie’ en ‘aan het einde van een studiedag voel ik me leeg’. De Cronbach’s α van uitputting was .87. Distantie betreft een afstandelijke, cynische houding richting de werkzaamheden. Wanneer men hoog scoort op distantie, is men weinig betrokken met het werk. Deze subschaal bevatte onder andere de stellingen ‘ik ben niet meer zo enthousiast als vroeger over mijn studie’ en ‘ik ben cynischer geworden ten opzichte van mijn studie’. De Cronbach’s α van distantie was .81. De subschaal competentie meet in hoeverre men zich in staat voelt om de werkzaamheden goed uit te voeren. Items die competentie meten zijn onder andere ‘ik vind dat ik mijn studie

⁴ Door afronding is de som niet 100%.

goed doe' en 'ik weet de problemen in mijn studie goed op te lossen'. De Cronbach's α van competentie was .73.

Per subschaal kregen respondenten een numerieke score, die werd gecategoriseerd in zeer laag, laag, gemiddeld, hoog of zeer hoog. De numerieke scores op de subschalen werden gecategoriseerd met behulp van de normtabel voor kantoorpersoneel⁵. Deze normtabel werd voor de respondenten geschikter bevonden dan de normtabel voor wetenschappelijk personeel en onderwijs. Ten eerste is het niveau van de respondenten niet van wetenschappelijke aard. Qua niveau bevinden de respondenten zich meer op het niveau van kantoorpersoneel. Ten tweede was de normtabel voor kantoorpersoneel gebaseerd op een grotere steekproef dan de normtabel voor wetenschappelijk personeel en onderwijs, waardoor deze normtabel betrouwbaarder is. Wanneer respondenten een combinatie hadden van een hoge of zeer hoge score op uitputting en een hoge of zeer hoge score op distantie, of wanneer een hoge of zeer hoge score op uitputting risico op een burn-out (1). Andere combinaties leidden tot geen verhoogd risico (0). 61% van de respondenten had een verhoogd risico op een burn-out.

Tabel 1. *Beschrijvende statistieken van de variabelen*

	Min	Max	M	SD	Aantal items	Cronbach's α
Studievertraging	0	1	.24			
Dreigende studieuitval	0	1	.18			
Mantelzorgsituatie	0	2				
Risico op burn-out	0	1	.61		15	^a
Depressie	0	2			6	.89
Angststoornis	0	1	.06		5	.78
Suïciderisico	0	1	.19		4	.81
Slaapproblemen	0	25	10.51	4.75	5	.81
Emotioneel eenzaam	0	6	1.77	2.01	6	.90
Sociaal eenzaam	0	5	1.32	1.63	5	.87
Zelfwaardering	0	2			10	.89
Man	0	1	.40			
Allochtoon	0	1	.12			
Uitwonend	0	1	.28			
Vooropleiding	0	3				
Domein	0	3				

Noot. ^aUitputting α =.87. Distantie α =.81. Competentie α =.73. N =3082.

⁵ Zie de handleiding, bijvoorbeeld Schaufeli & van Dierendonck (2000).

Depressie werd net als *angst* vastgesteld met behulp van de *Extended Kessler-10* schaal (EK10). De oorspronkelijke Kessler-10 meet psychische problematiek, hoewel deze voornamelijk vragen over depressie bevat (Donker et al., 2010). In de EK10 zijn 5 vragen toegevoegd die zich richten op angststoornissen. De schaal in de survey week op twee punten af van de gebruikelijke EK10 schaal. Ten eerste werd depressie gemeten met de verkorte schaal Kessler-6 (K6), omdat deze korter was en beter onderscheid maakte in een normale populatie. Ten tweede bevatten de angstitems net als de depressie-items antwoordcategorieën op een 5-punts Likertschaal (in plaats van de antwoordcategorieën ‘ja’ en ‘nee’). De afkappunten van de depressie- en angstschalen zijn tot mede stand gekomen door de resultaten van eerdere onderzoeken. Ook is de afweging gemaakt om de resultaten te kunnen vergelijken met andere Nederlandse studentenonderzoeken⁶

Om depressie te meten werden vragen gesteld over gevoelens in de afgelopen vier weken, bijvoorbeeld ‘hoe vaak voelde je je hopeloos?’, ‘hoe vaak voelde je je zo somber dat niets hielp om je op te vrolijken?’ en ‘hoe vaak had je het gevoel dat alles veel moeite kostte?’. Respondenten konden antwoorden met ‘bijna nooit’, ‘soms’, ‘regelmatig’, ‘vaak’ of ‘bijna altijd’. Aan de antwoorden werden scores toegekend, die werden opgeteld en tot slot werden ingedeeld in drie categorieën.. Een score van 6 tot 11 wees op afwezigheid van depressie, een score van 12 tot 19 duidde op een milde tot middelmatige mentale gezondheidsstoornis en een score tussen 20 en 30 duidde op een ernstige mentale gezondheidsstoornis. Van de respondenten was 47% waarschijnlijk mentaal gezond (0), had 39% verschijnselen van een milde depressie (1) en 15% had verschijnselen van een ernstige depressie (2).

Om angst te meten, werd over de afgelopen vier weken onder andere gevraagd ‘heb je in de afgelopen maand een sterke angst gehad om alleen uit huis te gaan, in een menigte te zijn, in een rij te staan of om met de bus of trein te reizen?’, ‘heb je in de afgelopen maand een sterke angst gehad om iets te doen in het bijzijn van andere mensen, zoals praten, eten of schrijven?’ en ‘heb je in de afgelopen maand een paniekaanval gehad, waarbij je je plotseling bang of angstig voelde of plotseling veel lichamelijke verschijnselen kreeg?’. Antwoordmogelijkheden waren ‘nooit’, ‘soms’, ‘regelmatig’, ‘vaak’ en ‘heel vaak’. Aan de antwoorden werden scores toegekend, waarbij de somscores varieerden van 0 tot 20. Een score van 9 of hoger duidde op een

⁶ De Studentengezondheidstest Amsterdam bevat bijvoorbeeld veel dezelfde items als de huidige dataset en is daarom bij uitstek geschikt voor vergelijking van uitkomsten met het huidige onderzoek.

angststoornis, wat bij 6% van de respondenten het geval was. De scores werden gecategoriseerd naar 'angststoornis (1)' en 'geen angststoornis (0)'.

Om *suïciderisico* van de respondenten te meten, werd de Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) schaal gebruikt. Deze schaal is ontworpen om de mate en de ernst van zelfmoordgedrag te meten (Osman et al., 2001). De gereviseerde schaal is gereduceerd tot vier items. Er werd bijvoorbeeld gevraagd 'heb je ooit nagedacht over zelfmoord of heb je een poging tot zelfmoord gedaan?', waarbij in de antwoordcategorieën onderscheid werd gemaakt tussen het hebben van gedachten, het maken van een plan, de wens om daadwerkelijk te sterven en het doen van een poging. Een andere vraag was 'hoe vaak heb je er in het afgelopen jaar aan gedacht om zelfmoord te plegen?'. Aan de antwoorden werden punten toegekend, die vervolgens werden opgeteld. De somscores varieerden van 3 tot 18. Een score van 7 het gebruikelijke afkappunt voor de algemene (gezonde) volwassen populatie (Osman et al., 2001). Respondenten met een score van 7 of hoger werden ingedeeld in de risicogroep (1), zij vertonen zelfmoord-gerelateerd gedrag. Overige respondenten behoorden tot de niet-risicogroep (0). Van de respondenten viel 19% in de risicogroep.

Aan respondenten werden zes stellingen voorgelegd over *slaapproblemen*. Respondenten konden op een 6-punts Likertschaal aangeven in welke mate de stellingen op hun van toepassing waren, voor de periode van de afgelopen vier weken. Stellingen waren bijvoorbeeld 'ik ben in een gemiddelde week overdag moe', 'mijn nachtrust heeft een negatieve invloed op mijn studie' en 'mijn studie heeft een negatieve invloed op mijn nachtrust'. Een item (moeite om in slaap te vallen) werd niet gebruikt, omdat deze de betrouwbaarheid van de schaal verlaagde. De vijf items tezamen resulteerden in een Cronbach's $\alpha = 0,81$. Positief geformuleerde items werden gehercodeerd. Aan de antwoorden werden punten toegekend, die werden opgeteld. Zoals in Tabel 1 te zien is, varieerden de scores van 0 tot 25. De gemiddelde score was 10,50, met een standaarddeviatie van 4,76.

Eenzaamheid werd gemeten met de Eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (De Jong-Gierveld, & van Tilburg, 2017). Hoewel deze schaal zich van oorsprong heeft gericht op eenzaamheid in het algemeen, was het mogelijk om onderscheid te maken tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid (Weiss, in De Jong-Gierveld, & van Tilburg, 2017) Een nadeel van deze methode is dat de subschalen geen afkappunten hebben. *Emotionele eenzaamheid* werd gemeten met zes negatief geformuleerde stellingen, op een 5-punts

Likertschaal. Stellingen waren bijvoorbeeld ‘ik ervaar een leegte om mij heen’, ‘ik mis mensen om mij heen’ en ‘vaak voel ik mij in de steek gelaten’. De antwoorden werden behandeld als zijnde dichotoom, door alle neutrale en bevestigende antwoorden te beschouwen als aanduiding van emotionele eenzaamheid (De Jong-Gierveld, & van Tilburg, 2017). Door het aantal neutrale of bevestigende antwoorden op te tellen, werd de emotionele eenzaamheidsschaal geconstrueerd. De scores varieerden daardoor van 0 tot 6, met een gemiddelde van 1,77 en een standaarddeviatie van 2,01. Daarnaast kon *sociale eenzaamheid* worden vastgesteld door vijf items die negatief geformuleerd waren, ook op een 5-punts Likertschaal. Stellingen die sociale eenzaamheid meten, waren onder andere ‘er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van nare omstandigheden kan terugvallen’ en ‘ik heb veel mensen die ik volledig kan vertrouwen’. Ook hier werden antwoorden behandeld als zijnde dichotoom, door alle neutrale en ontkennende antwoorden te beschouwen als aanduiding van sociale eenzaamheid. De sociale eenzaamheidsschaal kwam tot stand door de som van de vijf dichotome waarden. Daardoor varieerden de scores op deze schaal van 0 tot 5, met een gemiddelde van 1,32 en een standaarddeviatie van 1,63.

3.2.3 *Draagkracht*

Met behulp van de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) werd *zelfwaardering* vastgesteld (Rosenberg, 1965). Er werd gevraagd in hoeverre respondenten het eens waren met 10 uitspraken, bijvoorbeeld: ‘over het algemeen ben ik tevreden met mijzelf’, ‘ik heb het gevoel dat ik een aantal goede kwaliteiten heb’ en ‘al met al ben ik geneigd mijzelf een mislukkeling te voelen’. Aan de antwoordmogelijkheden op de 4-punts Likertschaal werden scores toegekend. Negatief geformuleerde items werden gehercodeerd, waarna de scores werden opgeteld. Een score tussen 15 tot 25 werd beschouwd als ‘normaal’, <15 was laag en >25 was hoog. Op basis hiervan werden zelfwaardering van studenten opgedeeld in laag (0), normaal (1) en hoog (2). Van de respondenten had 16% een lage mate van zelfwaardering, 62% had een gemiddelde mate van zelfwaardering en 22% had veel zelfwaardering.

3.2.4 *Achtergrondkenmerken*

Tot slot werden enkele achtergrondkenmerken toegevoegd. Zoals in Tabel 1 te zien is, was van de respondenten 60% vrouw (0) en 40% man (1). Aan de respondenten was gevraagd of zijzelf of één van de ouders niet in Nederland geboren is. Bij 12% van de respondenten was dit het geval, waardoor zij in dit onderzoek als allochtoon (1) werden beschouwd. Hierbij werden ook de respondenten gerekend met een afkomst uit de (voormalig) Nederlandse Antillen. De

overige 88% werd beschouwd als autochtoon (0). Vooropleiding was verdeeld in vier categorieën. Van de respondenten had 63% havo (0) gevolgd, 29% kwam van het mbo (1), 7% had vwo (2) gevolgd en 2% had een andere vooropleiding (3), zoals een opleiding in het hoger onderwijs of in het buitenland.

Van de respondenten woonde 72% van de respondenten bij de ouders (0) en was 28% uitwonend (1). Zoals eerder genoemd kan de woonsituatie worden beïnvloed door het al dan niet hebben van een mantelzorgsituatie. Hoewel niet bekend is of dit van invloed is op de studievoortgang, kan er mogelijk een verband bestaan. Mogelijk wonen zelfstandig wonende studenten dichter bij de onderwijsinstelling, waardoor zij meer tijd over hebben voor de studie dan inwonende studenten. Anderzijds besteden zij mogelijk meer tijd aan huishoudelijke en administratieve taken en het studentenleven, waardoor zij minder tijd beschikbaar hebben om te studeren. Om deze reden wordt woonsituatie in de analyses naar studievoortgang toegevoegd als controlevariabele.

Tot slot is het domein van de opleiding toegevoegd als controlevariabele. Mantelzorgende studenten kunnen mogelijk meer affiniteit hebben met de zorgsector dan andere studenten. Ook is het mogelijk dat de gemiddelde studievoortgang van studenten per domein verschilt. De vier domeinen waarin respondenten aan de instellingen in Zwolle en Almere een opleiding konden volgen, waren in eerste instantie onderverdeeld op locatie van de onderwijsinstelling. Er werd besloten geen onderscheid te maken in de locatie, maar onderscheid in de aard van het domein. Daarbij is gebruik gemaakt van de indeling die Windesheim hanteert (zie www.windesheim.nl). Van de respondenten volgde 19% een opleiding in het domein Techniek en ICT (0), 31% in het domein Business, media en recht (1), 29% in het domein Gezondheid en welzijn (2) en 21% een opleiding in het domein Bewegen en educatie (3).

3.1 Analysemethoden

In deze thesis zullen allereerst de kenmerken van de groep mantelzorgers en de groep niet-mantelzorgers worden vergeleken. De kenmerken worden weergegeven in percentages of gemiddelden. Door middel van *Kruskal-Wallis One-Way ANOVA*'s voor de variabelen op ratio niveau en *Chi² tests of contingencies* voor de overige variabelen, zal blijken op welke kenmerken de groepen mantelzorgende studenten afwijken van niet-mantelzorgende studenten (deelvraag 1). Hierna zal het verband tussen mantelzorgen en studievoortgang worden onderzocht, met behulp van twee hiërarchische *binominale logistische regressieanalyses* in het

programma Stata⁷. In de ene regressieanalyse is studievertraging de afhankelijke variabele en in de andere regressieanalyse is dit dreigende studie-uitval. Beide regressieanalyses kennen dezelfde opbouw. Het eerste model bevat enkel de mantelzorgsituatie, om zo vast te stellen of er sprake is van een verband tussen mantelzorgen en studievoortgang (deelvraag 2). Vervolgens zullen in de volgende modellen achtereenvolgens de variabelen voor het meten van gezondheid, eenzaamheid, persoonlijkheid en alle achtergrondkenmerken worden ingevoegd. Door de effecten van de modellen te vergelijken, kan worden achterhaald welke rol de persoonlijke kenmerken en omstandigheden spelen in de relatie tussen het geven van mantelzorg en de studievoortgang (deelvraag 3). In het bijzonder worden op deze wijze de rollen van draaglast en draagkracht duidelijk.

3.2 Reflectie op de analyses

Ten eerste is getest op de validiteit van de constructen burn-out, depressie en angststoornis, suicide, slaapproblemen, eenzaamheid en zelfwaardering. Van bijna alle constructen komt het aantal gevonden factoren overeen met het aantal factoren dat in eerder onderzoek werd onderscheiden. Dit bleek uit de *scree plot* en uit het aantal factoren met een *Eigenvalue* hoger dan 1. Er waren echter drie uitzonderingen. Bij eenzaamheidsschaal, zelfwaarderingsschaal en de EK10-schaal (angst en depressie) identificeerden de *scree plots* één factor, hoewel de *Eigenvalues* duiden op twee factoren. Er werd besloten angst en depressie als afzonderlijke factoren te onderscheiden, in overeenstemming met het ontwerp van de EK10-schaal. Ook sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid werden als afzonderlijke factoren beschouwd, vanwege de mogelijke verschillende relaties met de mantelzorgsituatie. Zelfwaardering werd als één factor beschouwd.

Enkele constructen bevatten items met een lage factorlading ($< 0,50$ op alle factoren) of kruislading ($> 0,30$ op meerdere factoren)⁸. In alle gevallen is besloten om deze items te behouden, mede vanwege theoretische overwegingen, maar vooral omdat het hier veelgebruikte gevalideerde schalen betreft, waar alle items onderdeel van uitmaken. Ook hebben de items met

⁷ Alle overige bewerkingen en analyses worden uitgevoerd in het programma SPSS

⁸ Het betreft factor 'emotionele eenzaamheid' waarbij item B een factorlading van 0,485 heeft. Bij een factor van burn-out, distantie, had item L een lage factorlading van .190. Op de factor competentie, ook onderdeel van burn-out, had item I een factorlading van .497 en item K een kruislading: een lading van .386 op competentie en -.417 op distantie. Een kruislading kwam ook voor bij de factor angststoornis, waarbij item D .302 laadde op angststoornis en .555 op depressie. Item E van angststoornis had een lage factorlading van .389.

een lage factorlading slechts een geringe invloed op de betrouwbaarheid van de schalen. In sommige gevallen zou verwijdering van de items de betrouwbaarheid zelfs verlagen.

De betrouwbaarheid van alle schaalvariabelen was echter in orde ($> 0,70$) of goed ($0,80$). De Cronbach's alfa's zijn weergegeven in Tabel 1. Bij het construct 'slaapproblemen' is besloten om item A niet te behouden, zodat de betrouwbaarheid verhoogde.

De beide assumpties voor een Chi^2 *test of contingencies* werden niet geschonden. De antwoorden waren onafhankelijk, omdat participanten éénmaal konden participeren in het onderzoek en het onwaarschijnlijk is dat de antwoorden zijn beïnvloed door andere participanten. Daarnaast had nooit meer dan 20% van de cellen een verwachte frequentie onder 5.

Er werd ook voldaan aan de vier assumpties voor een binaire logistische regressieanalyse. Ten eerste waren de afhankelijke variabelen dichotoom. Ten tweede betrof het onafhankelijke observaties. Ten derde was geen sprake van een hoge multicollineariteit ($\text{VIF} > 4$); de hoogst gevonden VIF was 2.13. Ten vierde zijn de analyses gebaseerd op 3082 cases, wat voldoende is. Dit is berekend met de formule: $10 \text{ cases} * N \text{ onafhankelijke variabelen} / \text{kleinste probability}$. Het aantal onafhankelijke variabelen is 14. De laagst verwachte *probability* van de uitkomstvariabelen is 0.18. Voor de analyses bleken minimaal 778 cases vereist ($10 * 14 / 0.18$).

3.3 Datamanagementplan

3.3.1 Procedure

Eerst zullen de variabelen (items) worden samengevoegd tot bruikbare variabelen. De constructie van deze variabelen wordt omschreven in een syntaxbestand. Vervolgens zullen de geconstrueerde variabelen worden gebruikt om tabellen en grafieken te produceren, zodat deze kunnen worden geanalyseerd. Deze tabellen en grafieken bevatten altijd één of enkele gegevens van een groep respondenten, zodat de anonieme individuele respondenten niet herleidbaar zijn. Het gaat bijvoorbeeld om de gemiddelde studievertraging van alle respondenten, of de verwachte studievertraging wanneer men een bepaald aantal uren mantelzorgt.

3.3.2 Vermelding van gegevens in de openbare thesis

In de masterthesis zal worden benoemd met welke variabelen en op welke manier de concepten zijn opgebouwd. Ook is het mogelijk dat in de masterthesis enkele tabellen en grafieken met macrogegevens worden opgenomen. De masterthesis zal uiteindelijk in de universiteitsbibliotheek van de Vrije Universiteit Amsterdam worden opgeslagen en openbaar

toegankelijk zijn. In het kader van repliceerbaarheid van onderzoek, zal de definitieve, opgeschoonde syntax als bijlage worden toegevoegd aan de masterthesis.

3.3.3 Opslag van bestanden

De data is en blijft eigendom van Windesheim. De ruwe data is voor één persoon toegankelijk. Deze persoon heeft de data opgeschoond zodat herleidbare gegevens van de respondenten zijn verwijderd. De opgeschoonde anonieme data zal voor het huidige onderzoek middels een usb-stick toegankelijk zijn. De data, output en de voorlopige syntaxen zullen tijdens het thesistraject alleen worden opgeslagen op deze usb-stick, welke eigendom blijft van Windesheim. Zoals genoemd zal de definitieve syntax als bijlage in de thesis worden toegevoegd. Na het masterthesistraject zal de usb-stick bij Windesheim worden ingeleverd.

4. Resultaten

Om antwoord te geven op deelvraag 1, is allereerst getoetst in hoeverre persoonlijke kenmerken en omstandigheden van mantelzorgende studenten verschillen van andere studenten. Tabellen 2 tot en met 6 tonen de resultaten van de Pearson's Chi²-test voor *contingencies* en de Kruskal-Wallis One-Way ANOVA's. De voorkomendheid van de kenmerken is weergegeven voor de groepen studenten die geen mantelzorg geven, tot vier uur per week mantelzorg geven ('licht'), meer dan vier uur per week mantelzorg geven ('intens') en voor de totale steekproef.

4.1 Draagkracht: zelfwaardering

De relatie tussen zelfwaardering en de mantelzorgsituatie blijkt significant, maar zwak ($\chi^2(4, N = 3082) = 18.86, p = .001, V = .055$). Wanneer de cellen met elkaar worden vergeleken, blijkt slechts één cel af te wijken. Intens mantelzorgers hebben significant vaker een lage zelfwaardering dan studenten die geen of weinig mantelzorg geven. De bevindingen bieden deels ondersteuning voor hypothese 7a; alleen studenten die veel mantelzorg geven, hebben minder zelfwaardering. Hypothese 7b en 14b worden verworpen, omdat intens mantelzorgers geen verhoogde zelfwaardering hebben.

Tabel 3. Zelfwaardering naar mantelzorgsituatie (Chi²-test).

	Geen mantelzorg (n = 2858)	'Licht' <4 uur p.w. (n = 108)	'Intens' >4 uur p.w. (n = 116)	Totaal (n = 3082)
Zelfwaardering***				
Laag	16%	14%	28% ^{ab}	16%
Normaal	62%	70%	56%	62%
Hoog	23%	16%	16%	22%

*Noot. Bij de categorische variabelen tellen de percentages verticaal op. N = 3082. * p < .05. ** p < .01. *** p < .001. ^aVerschildt met Bonferroni aanpassing significant van geen mantelzorg op het .05 level. ^bVerschildt met Bonferroni aanpassing significant van lichte mantelzorg op het .05 level.*

4.2 Draaglast

4.2.1 Psychische gezondheid

In Tabel 4 is te zien dat de drie groepen verschillen qua psychische gezondheid. De verschillen in een verhoogd risico op burn-out zijn significant, maar de relatie is zwak ($\chi^2(2, N = 3082) = 6.07, p = .048, V = .044$). Er worden echter geen significante verschillen gevonden op celniveau. Een risico lopen op suïcide hangt samen met de mantelzorgsituatie, maar ook hier is de relatie

zwak ($\chi^2 (2, N = 3082) = 8.38, p = .015, V = .052$). Op celniveau worden geen significante verschillen gevonden. De mantelzorgsituatie is ook significant gerelateerd aan angststoornissen ($\chi^2 (2, N = 3082) = 12.52, p = .002, V = .064$). De relatie is zwak. Intens mantelzorgers blijken significant vaker een angststoornis te hebben dan niet-mantelzorgers; de groepen verschillen 8 procentpunten. De mantelzorgsituatie relateert ook significant maar zwak aan depressie ($\chi^2 (4, N = 3082) = 26.47, p < .001, V = .066$). Van de intens mantelzorgers heeft 30% een ernstige depressie, tegenover 14% van de niet-mantelzorgers. Dit verschil is significant. De drie groepen verschillen niet qua matige depressie. Wel is het percentage zonder depressie in de groep intens mantelzorgers significant lager dan in de groep niet-mantelzorgers.

Tabel 4. *Gezondheid naar mantelzorgsituatie (Chi²-test).*

	Geen mantelzorg (n = 2858)	'Licht' <4 uur p.w. (n = 108)	'Intens' >4 uur p.w. (n = 116)	Totaal (n = 3082)
Risico op burn-out*	61%	64%	72%	61%
Suïciderisico*	18%	27%	25%	19%
Angststoornis**	6%	8%	14% ^a	6%
Depressie***				
Nee	47%	43%	33% ^a	47%
Matig	39%	41%	37%	39%
Ernstig	14%	17%	30% ^a	15%

*Noot. Bij de categorische variabelen tellen de percentages verticaal op. N = 3082. * p < .05. ** p < .01. *** p < .001. ^aVerschild met Bonferroni aanpassing significant van geen mantelzorg op het .05 level.*

De verschillen in slaapproblemen zijn weergegeven in Tabel 5. Uit de Kruskal-Wallis One-Way ANOVA analyse blijken de verschillen in slaapproblemen significant ($\chi^2 = 26.56, df = 2, N = 3082, p < .001, \eta^2 = .009$), hoewel het effect klein is. De *Mean Rank* van slaapproblemen van de niet-mantelzorgers, licht- en intens mantelzorgers waren respectievelijk 1521.72, 1630.43 en 1945.97. Door middel van Mann-Whitney *U* tests konden de verschillen worden vergeleken. De gemiddelde score voor slaapproblemen blijkt bij intens mantelzorgers (*Mean Rank* = 1879.81, *n* = 116) significant hoger dan bij niet-mantelzorgers (*Mean Rank* = 1471.58, *n* = 2858); *U* = 120256.50, *z* = -5.03, *p* < .001. Dit effect is klein (*r* = -.09). Ook hebben intens mantelzorgers (*Mean Rank* = 124.66, *n* = 116) in vergelijking met licht mantelzorgers (*Mean Rank* = 99.44, *n* =

108) een significant hogere score; $U = 4853.00$, $z = -2.92$, $p = .004$, hoewel het effect klein is ($r = -.05$). In Tabel 4 zijn de gemiddelde scores op slaapproblemen per groep weergegeven.

De resultaten ondersteunen hypothese 5 deels; enkele gezondheidsproblemen komen in de groep intens mantelzorgers vaker voor dan in de groep niet-mantelzorgers. Het betreft angststoornissen, depressie en een hogere score op slaapproblemen.

Tabel 5. *Gemiddelde scores op slaapproblemen en eenzaamheid, naar mantelzorgsituatie (Kruskal-Wallis One-Way ANOVA).*

	Geen mantelzorg (n = 2858)	‘Licht’ <4 uur p.w. (n = 108)	‘Intens’ >4 uur p.w. (n = 116)	Totaal (n = 3082)
Slaapproblemen***	10,40	10,90	12,78 ^{ab}	10,51
Emotionele eenzaamheid***	1,74	1,70	2,51 ^{ab}	1,77
Sociale eenzaamheid*	1,30	1,41	1,67 ^{ab}	1,32

*Noot. N = 3082. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. ^aVerschilt met Bonferroni aanpassing significant van geen mantelzorg op het .05 level. ^bVerschilt met Bonferroni aanpassing significant van lichte mantelzorg op het .05 level.*

4.3.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten in de vorm van sociale en emotionele eenzaamheid. In Tabel 4 zijn de resultaten weergegeven van de Kruskal-Wallis one-way ANOVA analyses. Er blijken significante verschillen te bestaan in het voorkomen van emotionele eenzaamheid ($\chi^2 = 18.42$, $df = 2$, $N = 3082$, $p < .001$, $\eta^2 = .006$). Dit is een klein effect. De eenzaamheidsscore van intens mantelzorgers (*Mean Rank* = 1874.96) lijkt hoger te liggen dan die van licht mantelzorgers (*Mean Rank* = 1550.62) en niet-mantelzorgers (*Mean Rank* = 1527.62). Ook in Tabel 4 is te zien dat de gemiddelde score voor intens mantelzorgers hoger licht dan voor de andere groepen. Dit wordt bevestigd door de Mann-Whitney *U* tests. Intens mantelzorgers (*Mean Rank* = 1808.66, $n = 116$) scoren significant hoger op de emotionele eenzaamheidsschaal dan niet-mantelzorgers (*Mean Rank* = 1474.46, $n = 2858$); $U = 128509.00$, $z = -4.28$, $p < .001$. Dit effect is klein ($r = -.08$). Ook scoren intens mantelzorgers (*Mean Rank* = 124.79, $n = 116$) significant hoger op emotionele eenzaamheid dan licht mantelzorgers (*Mean Rank* = 99.30, $n = 108$); $U = 4838.00$, $z = -3.005$, $p = .003$. Het betreft een klein effect ($r = -.05$).

Ook qua sociale eenzaamheid zijn verschillen gevonden in de scores ($\chi^2 = 7.217$, $df = 2$, $N = 3082$, $p = .027$, $\eta^2 = .002$), hoewel het effect klein is. De gemiddelde scores zijn per groep weergegeven in Tabel 4. De *Mean Rank* van niet-mantelzorgers, licht mantelzorgers en intens

mantelzorgers zijn respectievelijk 1531.62, 1591.26 en 1738.62. Uit de Mann-Whitney U tests blijkt dat de score van intens mantelzorgers ($Mean Rank = 1979.44$, $n = 116$) op sociale eenzaamheid significant hoger ligt dan de score van niet-mantelzorgers ($Mean Rank = 1479.71$); $U = 143498.50$, $z = -2.61$, $p = .009$. Het betreft een klein effect ($r = -.04$). Hypothese 6 blijkt alleen waar voor studenten die veel mantelzorg geven.

4.3 Achtergrondkenmerken

Tot slot zijn verschillen gevonden in enkele achtergrondkenmerken (Tabel 6). De relatie tussen geslacht en de mantelzorgsituatie is significant, maar zwak ($\chi^2 (2, N = 3082) = 15.32$, $p < .001$, $V = .070$). Intens mantelzorgers (74%) zijn significant vaker vrouw dan niet-mantelzorgers (59%), wat hypothese 2 deels ondersteunt. Ook herkomst is significant maar zwak gerelateerd aan de mate waarin men mantelzorg geeft ($\chi^2 (2, N = 3082) = 9.68$, $p = .008$, $V = .056$). Hypotheses 1 en 9 worden niet ondersteund, omdat in tegenstelling tot de verwachting het

Tabel 6. Achtergrondkenmerken naar mantelzorgsituatie (Chi^2 -test).

	Geen mantelzorg (n = 2858)	'Licht' <4 uur p.w. (n = 108)	'Intens' >4 uur p.w. (n = 116)	Totaal (n = 3082)
Geslacht***				
Man	41%	31%	26% ^a	40%
Vrouw	59%	69%	74% ^a	60%
Allochtoon**	12%	16%	21% ^a	12%
Uitwonend	28%	32%	24%	28%
Vooropleiding				
Havo	63%	68%	63%	63%
Mbo	29%	31%	33%	29%
Vwo	7%	2%	3%	7%
Anders	2%	0%	2%	2%
Domein van de opleiding***				
Techniek en ICT	20%	17%	8% ^a	19%
Business, media en recht	31%	28%	29%	31%
Gezondheid en welzijn	28%	35%	46% ^a	29%
Bewegen en educatie	21%	20%	17%	21%

Noot. Bij de categorische variabelen tellen de percentages verticaal op. $N = 3082$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. ^aVerschildt met Bonferroni aanpassing significant van geen mantelzorg op het .05 level.

percentage allochtonen in de groep intens mantelzorgers significant hoger ligt dan in de groep niet-mantelzorgers. De vooropleiding en woonsituatie van de studenten blijken niet gerelateerd aan de mantelzorgsituatie, waardoor geen ondersteuning wordt gevonden voor hypothesen 3, 4a, 4b en 11. Het domein waarin studenten een opleiding volgen hangt tot slot zwak, maar significant samen met de mantelzorgsituatie ($\chi^2(6, N = 3082) = 9.68, p = .001, V = .061$). Studenten die veel mantelzorg geven, volgen significant minder vaak een opleiding in de domeinen Techniek en ICT dan niet-mantelzorgers, maar vaker een opleiding in het domein Gezondheid en Welzijn.

4.1 Studievoortgang van mantelzorgende en niet-mantelzorgende studenten

Om de studievoortgang van studenten te bepalen, is voor studievertraging en dreigende studie-uitval een Cramer's *V*-test uitgevoerd. Hoewel er een significante samenhang is, betreft het een zwakke relatie ($V(1, N = 3082) = .167, p < .001$). De gedeelde variantie (ϕ^2) is 3%. In dit onderzoek worden studievertraging en studie-uitval daarom afzonderlijk geanalyseerd.

Uit Tabel 2 blijkt een significante maar zwakke relatie tussen studievertraging en mantelzorgsituatie ($\chi^2(2, N = 3082) = 35.47, p < .001, V = .107$). In totaal komt studievertraging voor bij 24% van de studenten. Door de cellen te vergelijken met behulp van een Bonferroni aanpassing, welke controleert voor een Type I fout, blijkt dat intens mantelzorgers (47%) significant vaker studievertraging hebben dan studenten die geen (23%) of weinig mantelzorg (20%) geven⁹. Dreigende studie-uitval is significant gerelateerd aan de mantelzorgsituatie, hoewel het een zwakke relatie betreft ($\chi^2(2, N = 3082) = 21.27, p < .001, V = .083$). In de totale steekproef kampt 18% met dreigende studie-uitval. Van de intens mantelzorgers kampt 34% met dreigende studie-uitval, wat significant meer is dan studenten die geen mantelzorg geven (18%). Hypothese 8, die verwacht dat een belemmerde studievoortgang vaker voorkomt naarmate men meer mantelzorg geeft, wordt deels ondersteund.

Tabel 2. Studievoortgang naar mantelzorgsituatie (*Chi*²-test).

	Geen mantelzorg (n = 2858)	'Licht' <4 uur p.w. (n = 108)	'Intens' >4 uur p.w. (n = 116)	Totaal (n = 3082)
Studievertraging***	23%	20%	47% ^{ab}	24%
Dreigende studie-uitval***	18%	24%	34% ^a	18%

Noot. $N = 3082$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. ^aVerschilt met Bonferroni aanpassing significant van geen mantelzorg op het .05 level. ^bVerschilt met Bonferroni aanpassing significant van lichte mantelzorg op het .05 level.

⁹ De cellen zijn vergeleken in het programma SPSS. SPSS kan geen p-waarden tonen per vergelijking.

4.5 Mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen in studievertraging

In het vorige deel bleken verschillen te bestaan tussen studenten die geen, licht en intensief mantelzorg geven. Er werden onder andere verschillen gevonden in de studievoortgang. In het huidige deel wordt onderzocht hoe het effect van mantelzorgen op studievertraging verandert wanneer andere variabelen aan het model worden toegevoegd.

De resultaten van de logistische binaire regressieanalyse zijn gepresenteerd in Tabel 7. Om het probleem van een veranderende totale variantie in y over de modellen op te lossen, zijn de marginale effecten weergegeven (zie o.a. Williams, 2018). Ook zijn per kenmerk de volledige kansen weergegeven.

Model 1 van Tabel 3 geeft aan dat de kans op studievertraging voor respondenten die intens mantelzorg geven significant hoger is dan voor respondenten die geen mantelzorg geven. Het marginale effect is .24, wat ook blijkt uit het verschil in kansen. De kans op studievertraging is 47% voor intens mantelzorgers; dit is 24 procentpunten meer dan voor niet-mantelzorgers (23%). Deze percentages komen overeen met de percentages genoemd in het vorige hoofdstuk. Model 1 verklaart 2% van de variantie in studievertraging ($\chi^2(2) = 30.7$, Nagelkerke $R^2 = .015$).

Vervolgens zijn in model 2 de psychische gezondheidskenmerken toegevoegd. Respondenten met een verhoogd risico op burn-out hebben een significant hogere kans (6 procentpunten) op studievertraging dan respondenten die geen verhoogd risico op burn-out hebben. Daarnaast hebben respondenten met matige of ernstige depressie een significante hogere kans op studievertraging dan respondenten zonder depressieverschijnselen, respectievelijk 7 procentpunten en 17 procentpunten. Het verschil in kansen op studievertraging voor intens mantelzorgers en niet-mantelzorgers neemt in model 2 af van 24 naar 19 procentpunten, wat inhoudt dat de relatie deels wordt verklaard door depressie en een verhoogd risico op burn-out. Model 2 verklaart 7% van de variantie in studievertraging ($\chi^2(8) = 146.6$, Nagelkerke $R^2 = .070$).

In model 3 worden sociale en emotionele eenzaamheid toegevoegd. Beide vormen van eenzaamheid hebben geen invloed op studievertraging. Aan model 4 is het persoonskenmerk zelfwaardering toegevoegd. Modellen 3 en 4 verklaren niet meer in de variantie van studievertraging dan model 2.

Tabel 7. Logistische binominale regressieanalyse op studievertraging onder studenten, weergegeven in marginale effecten en kansen.

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans
<i>Geeft geen mantelzorg (ref.)</i>		0,228		0,230		0,230		0,230		0,229
Geeft licht mantelzorg	-0,024	0,204	-0,033	0,196	-0,034	0,196	-0,034	0,196	-0,034	0,195
Geeft intens mantelzorg	0,237***	0,466	0,189***	0,419	0,189***	0,419	0,189***	0,419	0,211***	0,440
<i>Geen risico op burn-out (ref.)</i>				0,197		0,196		0,196		0,197
Risico op Burn-out			0,061***	0,258	0,061***	0,258	0,062***	0,258	0,060***	0,257
<i>Geen depressie (ref.)</i>				0,180		0,180		0,180		0,183
Milde tot matige depressie			0,074***	0,254	0,074***	0,254	0,075***	0,255	0,072***	0,254
Zware depressie			0,165***	0,345	0,166***	0,346	0,167***	0,346	0,155***	0,338
<i>Geen angststoornis (ref.)</i>				0,239		0,239		0,239		0,238
Milde tot ernstige angstklachten			-0,028	0,211	-0,027	0,211	-0,028	0,211	-0,026	0,212
<i>Geen suïciderisico (ref.)</i>				0,230		0,230		0,230		0,233
Suïciderisico			0,027	0,257	0,027	0,257	0,027	0,257	0,016	0,249
Slaapproblemen			0,002	0,212 ^a	0,002	0,212 ^a	0,002	0,212 ^a	0,003	0,208 ^a
Emotioneel eenzaam					-0,001	0,239 ^a	-0,001	0,239 ^a	-0,004	0,243 ^a
Sociaal eenzaam					0,002	0,234 ^a	0,002	0,234 ^a	0,004	0,230 ^a
<i>Lage zelfwaardering (ref.)</i>								0,236		0,240
Normale zelfwaardering							-0,001	0,235	-0,004	0,236
Hoge zelfwaardering							0,005	0,240	-0,008	0,233
<i>Vrouw (ref.)</i>										0,194
Man									0,121***	0,315
<i>Autochtoon (ref.)</i>										0,234
Allochtoon									0,015	0,250
<i>Inwonend (ref.)</i>										0,180
Uitwonend									0,200***	0,380
<i>Havo is vooropleiding (ref.)</i>										0,247
Mbo is vooropleiding									-0,031	0,217
Vwo is vooropleiding									0,003	0,251
Andere vooropleiding									-0,095*	0,152
<i>Domein techniek en ICT (ref.)</i>										0,178
Domein business, media en recht									0,054**	0,232
Domein gezondheid en welzijn									0,079***	0,256
Domein bewegen en educatie									0,093***	0,270
Chi ²	30,7		146,6		146,7		146,7		327,5	
Df	2		8		10		12		21	
Nagelkerke R ²	0,015		0,070		0,070		0,070		0,152	

Noot. ^aKans bij een score van 0; deze kans neemt toe naarmate de score hoger is. N= 3082. Tweezijdig getoetst. * p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Tot slot zijn in model 5 de achtergrondkenmerken toegevoegd. De kans op studievertraging is voor mannen significant groter (12 procentpunten) dan voor vrouwen. Ook de woonsituatie heeft een significant effect op studievertraging. Voor zelfstandig wonende respondenten is de kans op studievertraging 20 procentpunten hoger dan voor respondenten die bij hun ouders wonen. Respondenten die een vooropleiding hebben gedaan anders dan havo, vwo of mbo, hebben 10 procentpunten minder kans op studievertraging dan respondenten die van havo afkomstig zijn. Binnen de verschillende domeinen zijn significante verschillen in studievertraging. Respondenten die een opleiding volgen in de domeinen Business, media en recht, Gezondheid en welzijn en Bewegen en educatie hebben respectievelijk 5, 8 en 9 procentpunten meer kans op studievertraging dan respondenten uit het domein Techniek en ICT. Hoewel de kans op studievertraging voor studenten in het domein Techniek en ICT 18% is, is dit voor de andere drie domeinen respectievelijk 23%, 26% en 27%. Door toevoeging van de achtergrondkenmerken in model 5 wordt de kans op studievertraging voor intens mantelzorgers iets groter (44%), in vergelijking met modellen 2, 3 en 4 (42%). In model 5 hebben intens mantelzorgers in vergelijking met niet-mantelzorgers een verhoogde kans van 21 procentpunten op studievertraging. Model 5 verklaart 15% van de variantie in studievertraging ($\chi^2(21) = 327.5$, Nagelkerke $R^2 = .152$).

4.6 Mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen in dreigende studie-uitval

Naast studievertraging wordt de studievoortgang ook bepaald door (dreigende) studie-uitval. Zoals genoemd ligt het percentage studenten dat dreigt uit te vallen hoger in de groepen mantelzorgers, vooral de groep die intensief mantelzorg geeft. Hier zal nu een verklaring voor worden gezocht, met behulp van een logistische binaire regressieanalyse. De resultaten zijn in Tabel 8 weergegeven als marginale effecten en volledige kansen.

Uit model 1 blijkt dat de kans op dreigende studie-uitval voor intens mantelzorgers significant hoger is dan voor niet-mantelzorgers. De kans op dreigende studie-uitval is 18% voor niet-mantelzorgers en 34% voor intens mantelzorgers, wat leidt tot een verschil van 16 procentpunten. Model 1 verklaart 1% in de variantie van dreigende studie-uitval ($\chi^2(2) = 18.5$, Nagelkerke $R^2 = .010$).

De psychische gezondheidskenmerken zijn toegevoegd in model 2. Respondenten met een verhoogd risico op burn-out hebben significant meer kans (8 procentpunten) op dreigende studie-uitval. Respondenten met een milde of ernstige depressie hebben significant meer kans op

Tabel 8. Logistische binominale regressieanalyse op dreigende studie-uitval onder studenten, weergegeven in marginale effecten en kansen

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans	Margin	Kans
<i>Geeft geen mantelzorg (ref.)</i>		0,176		0,179		0,179		0,179		0,180
Geeft licht mantelzorg	0,064	0,241	0,047	0,226	0,047	0,227	0,048	0,227	0,046	0,225
Geeft intens mantelzorg	0,160***	0,336	0,084*	0,264	0,083*	0,262	0,082*	0,261	0,072*	0,251
<i>Geen risico op burn-out (ref.)</i>				0,133		0,133		0,135		0,134
Risico op burn-out			0,075***	0,208	0,075***	0,208	0,071***	0,207	0,073***	0,207
<i>Geen depressie (ref.)</i>				0,129		0,131		0,141		0,140
Milde tot matige depressie			0,057***	0,185	0,054***	0,185	0,040*	0,181	0,042*	0,182
Zware depressie			0,170***	0,299	0,162***	0,293	0,130***	0,271	0,131***	0,271
<i>Geen angststoornis (ref.)</i>				0,186		0,186		0,186		0,186
Milde tot ernstige angstklachten			-0,010	0,175	-0,011	0,174	-0,011	0,175	-0,013	0,173
<i>Geen suïciderisico (ref.)</i>				0,167		0,168		0,170		0,170
Suïciderisico			0,074***	0,240	0,068***	0,236	0,057**	0,227	0,060**	0,230
Slaapproblemen			0,007***	0,117 ^a	0,006***	0,119 ^a	0,006***	0,121 ^a	0,006***	0,122 ^a
Emotioneel eenzaam					0,001	0,181 ^a	0,000	0,185 ^a	0,001	0,183 ^a
Sociaal eenzaam					0,005	0,177 ^a	0,003	0,180 ^a	0,002	0,181 ^a
<i>Lage zelfwaardering (ref.)</i>								0,224		0,227
Normale zelfwaardering							-0,039	0,185	-0,044*	0,183
Hoge zelfwaardering							-0,096***	0,128	-0,099***	0,128
<i>Vrouw (ref.)</i>										0,174
Man									0,032	0,206
<i>Autochtoon (ref.)</i>										0,182
Allochtoon									0,017	0,199
<i>Inwonend (ref.)</i>										0,188
Uitwonend									-0,013	0,176
<i>Havo is vooropleiding (ref.)</i>										0,176
Mbo is vooropleiding									0,039*	0,216
Vwo is vooropleiding									-0,044	0,132
Andere vooropleiding									-0,005	0,172
<i>Domein techniek en ICT (ref.)</i>										0,147
Domein business, media en recht									0,051*	0,198
Domein gezondheid en welzijn									0,045*	0,193
Domein bewegen en educatie									0,039	0,186
Chi ²	18,5		292,8		295,2		307,7		328,9	
Df	2		8		10		12		21	
Nagelkerke R ²	0,010		0,147		0,148		0,154		0,164	

Noot. ^aKans bij een score van 0; deze kans neemt toe naarmate de score hoger is. N= 3082. Tweezijdig getoetst. * p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

dreigende studie-uitval dan respondenten zonder depressieverschijnselen. De verschillen zijn respectievelijk 6 en 17 procentpunten. Ook hebben respondenten met een risico op suicide significant meer kans op dreigende studie-uitval dan respondenten zonder suïciderisico: namelijk 8 procentpunten. De kans op dreigende studie-uitval neemt ook significant toe naarmate men meer slaapproblemen ervaart. Voor elke toename met één punt op de schaal van slaapproblemen, die varieert van 0 tot 25 punten, neemt de kans op dreigende studie-uitval met bijna 1 procentpunt toe. Respondenten met 0 punten op de slaapschaal hebben een kans van 12% op dreigende studie-uitval, terwijl respondenten met 25 punten op de slaapschaal 29% kans hebben op dreigende studie-uitval $((0,116 + 0,007*25) * 100)$. Door toevoeging van de variabelen wordt de kans op dreigende studie-uitval kleiner voor intens mantelzorgers: van 34% in model naar 26% in model 2. Het verschil in kans op dreigende studie-uitval voor niet-mantelzorgers en intens mantelzorgers blijft significant, hoewel het verschil van 16 procentpunten daalt naar 8 procentpunten. Dit impliceert dat het effect van de mantelzorgsituatie voor een deel wordt verklaard door de toegevoegde variabelen. Model 2 verklaart 15% van de variantie in dreigende studie-uitval ($\text{Chi}^2(8) = 292.8$, Nagelkerke $R^2 = .147$).

In model 3 zijn sociale en emotionele eenzaamheid toegevoegd. De effecten zijn niet significant, waardoor model 3 niet meer in variantie verklaart dan model 2.

In model 4 wordt het persoonskenmerk zelfwaardering toegevoegd. Respondenten met een hoge mate van zelfwaardering hebben een significant kleinere kans (10 procentpunten) op dreigende studie-uitval dan respondenten met een lage mate van zelfwaardering. De effecten van een milde of ernstige depressie, suïciderisico en slaapproblemen nemen licht af ten opzichte van modellen 2 en 3, maar blijven significant. Het verschil in kans tussen niet-mantelzorgers en intens mantelzorgers blijft 8 procentpunten. Model 4 verklaart 15% van de variantie in dreigende studie-uitval ($\text{Chi}^2(12) = 307.7$, Nagelkerke $R^2 = .154$).

Tot slot zijn in model 5 de achtergrondkenmerken toegevoegd. Respondenten afkomstig van het mbo hebben significant meer kans op dreigende studie-uitval dan respondenten afkomstig van de havo: het verschil betreft 4 procentpunten. Ook in de domeinen worden significante verschillen gevonden. De kans op dreigende studie-uitval is 5 procentpunten hoger voor respondenten die een opleiding volgen in de domeinen Business, media en recht en Gezondheid en welzijn, ten opzicht van respondenten uit het domein Techniek en ICT. Hierdoor wordt het marginale effect van intens mantelzorgen iets kleiner ten opzichte van het vorige model. De kans

op dreigende studie-uitval is in model 5 voor intens mantelzorgers 7 procentpunten hoger dan de kans voor niet-mantelzorgers. Tot slot hebben respondenten met een normale mate van zelfwaardering net als in het vorige model 4 procentpunten minder kans op dreigende studie-uitval, maar in model 5 is dit effect significant. Model 5 verklaart 16% van de variantie in dreigende studie-uitval ($\text{Chi}^2(21) = 328.9$, Nagelkerke $R^2 = .164$).

5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

In dit onderzoek is onderzocht hoe de studievoortgang van studenten wordt beïnvloed door het al dan niet geven van mantelzorg. Daarbij zijn met behulp van het balansmodel van Bakker mogelijke verklaringen gezocht voor deze relatie. Deelvraag 1 richtte zich op verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers. In de analyses is onderscheidt gemaakt tussen studenten die geen, weinig en veel mantelzorg geven. Het blijkt dat studenten die weinig tijd besteden aan het geven van mantelzorg (minder dan 4 uur per week), qua kenmerken niet verschillen van studenten die geen mantelzorg geven. Er zijn echter wel enkele typerende kenmerken gevonden voor studenten die veel tijd (minimaal 4 uur per week) investeren in het geven van mantelzorg. Studenten die veel mantelzorg geven zijn vaker vrouw, van allochtone afkomst en doen vaker een opleiding in het domein Gezondheid en welzijn en minder vaak in het domein Techniek en ICT, dan studenten die geen mantelzorg geven. Het welzijn van intens mantelzorgers is over het algemeen slechter. Zo kampt 30% van deze mantelzorgers met een ernstige depressie; dat is tweemaal zoveel als niet-mantelzorgende studenten. Ook kampen intens mantelzorgers vaker met een angststoornis, scoren zij hoger op slaapproblemen en voelen zij zich sociaal- en emotioneel eenzamer dan studenten die geen mantelzorg geven. Bijna een derde van de intens mantelzorgers heeft een lage zelfwaardering; dit is tweemaal zoveel als onder studenten die geen of weinig mantelzorg geven.

De helft van de studenten die veel mantelzorg geven, heeft studievertraging opgelopen en een derde dreigt uit te vallen. De percentages zijn tweemaal zo hoog als onder studenten die geen mantelzorg geven. Er is dus een duidelijke samenhang tussen het geven van veel mantelzorg en een belemmerde studievoortgang (deelvraag 2).

Deze samenhang kan slechts deels worden verklaard door de draaglast en draagkracht van intens mantelzorgers. Een ernstige depressie, die bij intens mantelzorgers vaker voorkomt, vergroot de kans op een belemmerde studievoortgang. Dit geldt voor zowel de studievertraging als dreigende studie-uitval. Ook is de studievoortgang bij opleidingen in het domein Gezondheid en welzijn vaker belemmerd dan in het domein Techniek en ICT. Omdat intens mantelzorgers minder vaak kiezen voor een opleiding in Techniek en ICT, hebben zij een grotere kans op een belemmerde studievoortgang. Daarnaast scoren intens mantelzorgers hoger op slaapproblemen en lager op zelfwaardering, wat beiden de kans op dreigende studie-uitval vergroot. Deze factoren

verzwaren de draaglast van intens mantelzorgers. Anderzijds werd de draagkracht van intens mantelzorgers versterkt doordat zij vaker vrouw zijn, wat een gunstige werking heeft tegen studievertraging. Echter, als rekening wordt gehouden met deze factoren, blijft de kans op een belemmerde studievoortgang groter voor studenten die veel mantelzorg geven, dan voor studenten die geen mantelzorg geven (deelvraag 3).

Concluderend hebben studenten die wekelijks meer dan 4 uur mantelzorg geven, een verhoogde kans op een belemmerde studievoortgang. Het geven van mantelzorg verzwaaert de draaglast, wat resulteert in een belemmerde studievoortgang. Ook wordt de draaglast van veel intens mantelzorgers extra verzwaaard, doordat zij kampen met depressie, slaapproblemen en een lage zelfwaardering. Dit is van invloed op de studievoortgang. Anderzijds wordt de draagkracht van veel intensief mantelzorgers versterkt doordat zij vrouw zijn, wat voorkomt dat zij studievertraging oplopen. Al met al blijft een groot deel echter onverklaard. Het geven van veel mantelzorg blijkt een unieke voorspeller te zijn voor de studievoortgang van studenten.

5.2 Discussie

Een sterk punt van het onderzoek is dat er veelvuldig gebruik is gemaakt van valide schalen. Een ander sterk punt is de grootte van de steekproef. Veel studenten hadden meegewerkt aan de enquête. Tot slot bevatte de survey een veelvoud aan informatie over psychische gezondheidskenmerken. Dit laatste maakte het mogelijk op tal van gezondheidskenmerken een vergelijking tussen studenten te maken.

De gebruikte dataset bracht echter een beperking met zich mee. De oorspronkelijke survey was gericht op het studieklimaat, gezondheid en studiesucces en richtte zich niet specifiek op mantelzorgende studenten. Er kon daardoor bijvoorbeeld niet worden onderzocht hoeveel maanden of jaren de student al mantelzorg gaf, of er een mantelkring aanwezig is of dat de studenten alle zorg op zich neemt. Daarnaast is onduidelijk of de mantelzorgende studenten ondersteuning kregen van bijvoorbeeld vrienden, familie of de onderwijsinstelling. Dit kan mogelijk van invloed zijn op de belasting en de studievoortgang. Ook bevatte de vragenlijst meer informatie over factoren die behoren bij de draaglast, dan factoren die de draagkracht kunnen meten. Om deze reden is de draagkracht van mantelzorgende studenten mogelijk onderbelicht gebleven.

In dit onderzoek zijn gegevens gebruikt van hbo-studenten die staan ingeschreven op Windesheim. Er is gebleken dat de studenten die veel mantelzorg geven een verzwaarde draaglast

hebben en een verhoogde kans hebben op een belemmerde studievoortgang. Mogelijk geldt dit ook voor studenten aan andere onderwijsinstellingen. Echter kunnen deze resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd worden over alle Nederlandse studenten. Er kunnen bijvoorbeeld verschillen zijn in de mate van ondersteuning en flexibiliteit die onderwijsinstellingen aan (mantelzorgende) studenten aanbieden. De tot nu toe beschikbare onderzoeken die zich richten op studenten met mantelzorgtaken, zijn veelal op één onderwijsinstelling of één gemeente gericht en zeer klein van aard (Evers & Beneken genaamd Kolmer, 2014; Bredewold & Baars-Blom, 2009). Echter blijkt ook hier dat mantelzorgende studenten meer uitdagingen ondervinden. Vervolgonderzoek moet uitwijzen in hoeverre deze bevindingen gelden voor studenten aan andere onderwijsinstellingen. In de toekomst zou een landelijk onderzoek kunnen worden opgezet, om zo in kaart te brengen hoe het gesteld is met mantelzorgende studenten in heel Nederland.

Literatuurlijst

- Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A. & Terpstra, L. (1998). *O & O in perspectief*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Becker, F. and Becker, S. (2008). *Young Adult Carers in the UK: Experiences, Needs and Services for Carers aged 16-24*. Londen, Engeland: The Princess Royal Trust for Carers.
- Boot, C.R.L., Vonk, P. & Meijman, F.J. (2007). Health-related profiles of study delay in university students in the Netherlands. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 9(4), 413-423.
- Bot, S., de Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg*. Den Haag: SCP.
- Carers Australia (2013). *Young Carers in Tertiary Education*. Deakin, Australië.
- CBS. (2012). *Jaarrapport Integratie 2012*. Den Haag/Heerlen.
- CBS. (2016). *Jaarrapport Integratie 2016*. Den Haag.
- CBS. (2017, 7 juli). Mbo'ers maken hbo vaker binnen 4 jaar af dan havisten. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/27/mbo-ers-maken-hbo-vaker-binnen-4-jaar-af-dan-havisten>
- CBS. (2018, 8 juni). *Leerlingen, deelnemers en studenten; onderwijssoort, woonregio* [Dataset]. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71450ned&D1=0&D2=0&D3=0&D4=16-17&D5=0&D6=0&D7=13-16&HDR=G1,T,G2,G4,G6,G5&STB=G3&VW=T>
- Dearden, C., & Becker, S. (2002). *Young carers and education*. Londen: Carers UK.
- Dearden, C., & Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 report*. Londen: Carers UK.
- De Boer, A.H. & de Klerk, M. (2013). Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag: SCP.
- De Boer, A.H., Oudijk, D. & Tielen, L. (2012). Kinderen en jongeren met een langdurig ziek gezinslid in Nederland. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(3), 167-170.
- De Boer, A.H., Schellingerhout, R. & Timmermans, J.M. (2003). *Mantelzorg in getallen*. Den

Haag: SCP.

De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73–80.

De Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. (2017, 15 juni). Manual of the Loneliness Scale 1999 [update van de geprinte versie]. Geraadpleegd op http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html#appendix3

De Klerk, M., de Boer, A., Plaisier, I. & Schyns, P. (2017). *Voor elkaar? Stand van informele hulp in 2016*. Den Haag: SCP.

De Roos, S.A., Bot, S.M. & de Boer, A.H. (2013). Psychisch welbevinden van jongeren met een langdurig ziek gezinslid, *Tijdschrift voor orthopedagogie*, 52, p. 212-223.

De Roos, S. A., De Boer, A. H., & Bot, S. M. (2017). Well-being and need for support of adolescents with a chronically ill family member. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 405-415.

De Veer, A.J.E. & Francke, A.L. (2008). *Opgroeien met zorg: Quick scan naar de aard en omvang van zorg, belasting en ondersteuningsmogelijkheden voor jonge mantelzorgers*. Utrecht: Nivel.

Donker, T., Comijs, H., Cuijpers, P., Terluin, B., Nolen, W., Zitman, F., & Penninx, B. (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, 176(1), 45-50.

Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015, January). Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. In *Oncology nursing forum* (42).

Gubbels, N., & Kappe, R. (2017). *Onderzoekslijn Studentenwelzijn [onderzoeksagenda]*. Lectoraat Studiesucces, Hogeschool Inholland.

Hamilton, M., & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions. *Journal of youth studies*, 16(1), 101-117.

Jennissen, R. (2006). Allochtonen in het hoger onderwijs. Prestaties blijven achter. *Demos*, 22(7), 65-68.

- Joëls, M., Pu, Z., Wiegert, O., Oitzl, M. S., & Krugers, H. J. (2006). Learning under stress: how does it work?. *Trends in cognitive sciences*, 10(4), 152-158.
- Judge, T.A. & Bono, J.E. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations Traits - Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability - With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Kearney, C.A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451–471.
- Kwak, M., Ingersoll-Dayton, B., & Kim, J. (2012). Family conflict from the perspective of adult child caregivers: The influence of gender. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(4), 470-487.
- Mackenzie, A., & Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 34(17), 1413-1422.
- Meeuwisse, M., Severiens, S. E., & Born, M. P. (2010). Learning environment, interaction, sense of belonging and study success in ethnically diverse student groups. *Research in Higher Education*, 51(6), 528-545. DOI 10.1007/s11162-010-9168-1
- NIZW/EIZ(2004). *Jonge mantelzorgers. Kinderen die opgroeien met een langdurig ziek familielid* [Factsheet]. Utrecht: NIZW.
- NIACE (2013). *Access and Inclusion: Young Adult Carers and Education and Training*. Geraadpleegd van <http://www.learningandwork.org.uk/resource/young-adult-carers-and-education-and-training/>
- Noble, T., & McGrath, H. (2015). PROSPER: A new framework for positive education. *Psychology of Well-being*, 5(2).
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist* (30), 583-594.
- Portegijs, W., van den Brakel, M., Hartgers, M. & Akkermans, M. (2016). *Emancipatiemonitor 2016*. Den Haag: SCP/CBS.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd. Op weg naar de participatiesamenleving*. Den Haag: SCP.
- Rijksoverheid. (n.d.). *Rijksbegroting 2018*. Geraadpleegd op

http://www.rijksbegroting.nl/2018/voorbereiding/begroting,kst236857_16.html#A18_1

- RMO (2013). De wens: het verlangen naar terugtreden. In: Terugtreden is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein. Den Haag.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton University Press.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse burnout schaal: handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (2001). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) Psychodiagnostisch gereedschap. *Psycholoog-Amsterdam*, 36(1), 9-12.
- Schellingerhout, R. (n.d.). Mantelzorg. In Van den Broek, A., & Keuzenkamp, S. (Ed.), *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen* (60-77). Den Haag: SCP.
- Sempik, J. & Becker, S. (2014). *Young Adult Carers at College and University*. Londen: Carers Trust.
- Sieh, D., Visser-Meily, A., & Meijer, A. M. (2011). Jonge mantelzorger heeft behoefte aan aandacht. *Jeugd en Co Kennis*, 5(1), 18-26.
- Siskowski, C. (2006). Young caregivers: Effect of family health situations on school performance. *The Journal of School Nursing*, 22(3), 163-169.
- Stolk, L. (2017). *Standje doorgaan: Een kwalitatief onderzoek naar hoe jongeren mantelzorg en studie combineren en welke rol ondersteuning vanuit de onderwijsinstelling daarbij kan helpen* [masterthesis]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Thomas, N., Stainton, T., Jackson, S., Cheung, W. Y., Doubtfire, S. & Webb, A. (2003). Your friends don't understand': Invisibility and unmet need in the lives of 'young carers. *Child & Family Social Work*, 8(1), 35-46.
- Van de Kar, R. (2017, 28 december). Wie zorgt er voor Jonge Mantelzorgers? 'Mensen vragen vaak alleen hoe het met Papa is'. Brabants Dagblad. Verkregen van <https://www.bd.nl/sint-michielsgestel/wie-zorgt-er-voor-jonge-mantelzorgers-mensen-vragen-vaak-alleen-hoe-het-met-papa-is~ad8d30af/>
- Van den Broek, A. Muskens, M. & Winkels, J. (2013). Studeren met een functiebeperking 2012. De relatie tussen studievoortgang, studieuitval en het gebruik van voorzieningen. Eindmeting

onderzoek 'Studeren met een functiebeperking'. Nijmegen: ResearchNed/ITS

Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Van den Einde-Bus, A., Goldschmeding, J., Tielen, L., Waart, F. de, & Van den Looij-Jansen, P. (2010). Jongeren die opgroeien met een langdurig ziek, gehandicapt of verslaafd familielid: redenen tot zorg. *TSG*, 88(2), 79-88.

Williams, R. (2018). Comparing Logit and Probit Coefficients between Models [PowerPoint slides]. Geraadpleegd op https://www3.nd.edu/~rwilliam/xsoc73994/Nested02%20-%20Comparing_Coefficients_Across_Nested_Models.pptx

Windesheim (2018). Factsheet Onderzoek Studieklimaat gezondheid en studiesucces 2017.

Verkregen van <https://www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/gezondheid-en-welzijn/project-five/publicaties/>

Yates, M. E., Tennstedt, S. & Chang, B. H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(1), 12-22.

BIJLAGE 1. SPSS Syntax

* Encoding: utf-8.
*syntax masterthesis.
*bianca de ruijter.
*voorjaar 2018.

Get

file='d:\onderzoekstudieklimaatgezondheidenstudiesucces2017bestandbiancamrt18.sav'.

Alter type all(a=amin).

Dataset name dataset1 window=front.

*bestudeer de data.

Freq nqstjr nqopl nqvorm.

*23 studenten doen een duale opleiding; 3118 een voltijd opleiding. Deze groepen lijken niet 'anders'.

Crosstabs leeftijd by nqvorm

/cells= column.

Crosstabs studievertraging_dich by nqvorm

/cells= column.

Crosstabs uitval by nqvorm

/cells= column.

Crosstabs mantelzorg by nqvorm

/cells= column.

*studiejaar: in alle studie jaren komt studievertraging voor (ook eerste jaar).

Crosstabs studievertraging by nqstjr.

*filter unidimensionele outliers er uit. Alleen leeftijd heeft outliers.

*leeftijd. 98,1% heeft een leeftijd van 17 tot en met 29 jaar; 1,9% heeft de leeftijd 30 tot en met 60 jaar.

Freq leeftijd.

Examine leeftijd

/plot boxplot.

Compute filtering = 1.

If (leeftijd >29) filtering = 0.

Freq filtering.

Filter by filtering.

Freq leeftijd.

*noot. 59 cases worden genegeerd. Er blijven n=3082 cases over.

*variabelenconstructie.

*stap 1. Studievoortgang (vertraging en dreigende uitval).

Freq studievertraging_dich uitval.

Crosstabs studievertraging by studievertraging_dich.

Recode studievertraging_dich (1=0) (2=1) into svertraging.

Recode uitval (1=0) (2=1) into suitval.

Variable labels suitval 'heeft dit jaar serieuw overwogen om te stoppen met de opleiding'.

Variable labels svertraging 'heeft minimaal 1 semester studievertraging opgelopen'.

Value labels svertraging suitval 0 'nee' 1 'ja'.

Freq studievertraging_dich uitval svertraging suitval.

*noot: vertraging en dreigende uitval correleren zwak met elkaar; behandelen als 2 afzonderlijke variabelen.

Crosstabs

/tables=svertraging by suitval

/format=avalue tables

/statistics=chisq phi

/cells=count column bprop

/count round cell.

*stap 2. Mantelzorg geven.

Freq mantelzorg tijd_mantelzorg_a to tijd_mantelzorg_f.

Descr mantelzorg tijd_mantelzorg_a to tijd_mantelzorg_f.

*niet-mantelzorgers n=2858; wel-mantelzorgers n=224.

*sommige mantelzorgers (n=15) hebben een geldige waarde op meerdere mantelzorgvariabelen.

Maak een variabele waarop alle respondenten maar één geldige waarde hebben.

Count dubbel = tijd_mantelzorg_a tijd_mantelzorg_b tijd_mantelzorg_c tijd_mantelzorg_d
tijd_mantelzorg_e tijd_mantelzorg_f (1 2 3 4 5 6).

Freq dubbel.

*voor respondenten met 3 antwoorden is het middelste antwoord leidend. Voor respondenten met 2 antwoorden is het hoogst aantal aangegeven uren leidend.

Missing values tijd_mantelzorg_a tijd_mantelzorg_b tijd_mantelzorg_c tijd_mantelzorg_d
tijd_mantelzorg_e tijd_mantelzorg_f (0).

Compute tijd_mz = mean (tijd_mantelzorg_a, tijd_mantelzorg_b, tijd_mantelzorg_c,
tijd_mantelzorg_d, tijd_mantelzorg_e, tijd_mantelzorg_f).

If (dubbel = 2) tijd_mz = max (tijd_mantelzorg_a, tijd_mantelzorg_b, tijd_mantelzorg_c,
tijd_mantelzorg_d, tijd_mantelzorg_e, tijd_mantelzorg_f).

If (mantelzorg = 2) tijd_mz = 0.

Variable labels tijd_mz 'aantal mantelzorguren per week'.

Value labels tijd_mz 0 'geeft geen mantelzorg' 1 '<1 uur' 2 '1-2 uur' 3 '2-4 uur' 4 '4-6 uur' 5 '6-8
uur' 6 '>8 uur'.

Freq tijd_mz.

*verdeel de respondenten in 3 groepen: geen mantelzorg, lichte mantelzorg, intensieve
mantelzorg. Maak de beide mantelzorg-groepen zo groot als mogelijk.

*lichte mantelzorg wordt tot 4 uur per week, intensieve mantelzorg is meer dan 4 uur per week.

Recode tijd_mz (0 = 0) (1 2 3 = 1) (4 5 6 = 2) into mz_cat.

Value labels mz_cat 0 'geeft geen mantelzorg' 1 'geeft licht mantelzorg' 2 'geeft intens
mantelzorg'.

Crosstabs tijd_mz by mz_cat.

*respondenten scoren nu op slechts één dummyvariabele een geldige waarde.

*stap 3. Achtergrondkenmerken.

Freq nqgender leeftijd etniciteit woonsituatie nqvo nqdomein.

*gender. Converteer de stringvariabele gender naar een numerieke variabele.

Autorecode variables= nqgender
 /into sekse.
 Recode sekse (1=0) (2=1) into man.
 Value labels man 0 'nee' 1 'ja'.
 Frequencies nqgender sekse man.
 *etniciteit.
 *noot. Oorspronkelijk 3 groepen: respondent en/of minimaal 1 ouder is niet geboren in nl,
 respondent of ouder is geboren op nl antillen, respondent en ouders zijn in nl geboren.
 *er worden 2 groepen gemaakt: respondent en ouders geboren in nl, en respondent en/of
 minimaal 1 ouder is geboren buiten nl (of op de nl antillen).
 Recode etniciteit (1 2 = 1) (3=0) into allochtoon.
 Variable labels allochtoon 'respondent of minimaal één ouder is niet in nederland geboren'.
 Value labels allochtoon 0 'nee' 1 'ja'.
 Crosstabs etniciteit by allochtoon.
 *woonsituatie.
 Recode woonsituatie (1=1) (2=0) into uitwonend.
 Value labels uitwonend 0 'nee, woont bij ouders' 1 'ja, woont zelfstandig'.
 Crosstabs woonsituatie by uitwonend.
 *vooropleiding.
 *ordinale stringvariabele. Plaats de 6 respondenten met vooropleiding hbo of wo in de groep
 'anders'.
 Autorecode variables= nqvo
 /into vooropl.
 Freq vooropl.
 Recode vooropl (3 = 0) (5=1) (6=2) (1 2 4 7= 3) (else = 999) into vooropl_cat.
 Variable labels vooropl_cat 'vooropleiding'.
 Value labels vooropl_cat 0 'havo' 1 'mbo' 2 'vwo' 3 'andere vooropleiding'.
 Crosstabs nqvo by vooropl_cat.
 *domein (oftewel: faculteit).
 *ordinale stringvariabele. Maak dummies.
 *de domeinen van zwolle en almere worden afzonderlijk vermeld. Voeg deze samen bij het
 maken van dummies.
 *domeinen: bewegen/educatie 1, 6; en business/media/recht 2, 5, 9, 10; en gezondheid/welzijn 3,
 7, 11; en techniek/ict 4, 8, 12.
 Autorecode variables= nqdomein
 /into domein.
 Freq nqdomein domein.
 Recode domein (4 8 12 = 0) (2 5 9 10 = 1) (3 7 11 = 2) (1 6 = 3) (else =999) into domein_cat.
 Value labels domein_cat 0 'domein techniek en ict' 1 'domein business, media en recht' 2 'domein
 gezondheid en welzijn' 3 'domein bewegen en educatie'.
 Crosstabs nqdomein by domein_cat.

*schaalconstructie.
 *voer factoranalyses en betrouwbaarheidsanalyses uit, en construeer de schaalvariabelen.
 *gebruik extractie methode principle axes factoring, omdat deze vorm van efa test of een

theoretisch model van latente factoren juist is.

*gebruik rotatie methode direct oblimin, omdat de onderliggende factoren mogen correleren.

*stap 1. Burnout (ubos).

*de ubos-a schaal en subschalen zijn al geconstrueerd. Dit is een extra check.

*hercoderen is niet nodig. Items van uitputting en distantie zijn negatief geformuleerd; items van competentie positief.

Frequencies ubos_a_a to ubos_a_o.

*de literatuur onderscheidt 3 factoren.

Factor

```
/variables ubos_a_a to ubos_a_o
```

```
/plot eigen
```

```
/criteria factors(3) iterate(25)
```

```
/extraction paf
```

```
/criteria iterate(25) delta(0)
```

```
/rotation oblimin
```

```
/method=correlation.
```

*er zijn 3 factoren met een eigenvalue hoger dan 1, en ook in de de screeplot zijn 3 factoren te onderscheiden.

*zie pattern matrix voor factorladingen.

*de factor 'competentie' bestaat oorspronkelijk uit 5 items, maar item k heeft een problematische kruislading (0.203, 0.386, -0.417), en item i heeft een wat lage factorlading (0.497).

*de factor distantie heeft te maken met item l die een zeer lage factorlading heeft (0.190).

Reliability

```
/variables=ubos_a_a ubos_a_c ubos_a_e ubos_a_j ubos_a_m
```

```
/statistics=descriptive scale corr
```

```
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van factor 1: uitputting. Cronbach's alfa= .872.

Reliability

```
/variables=ubos_a_d ubos_a_h ubos_a_i ubos_a_k ubos_a_o
```

```
/scale('all variables') all
```

```
/model=alpha
```

```
/statistics=descriptive scale corr
```

```
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van factor 2: competentie. Cronbach's alfa= .730. Verwijderen van items i of k zou de Cronbach's alfa verlagen.

Reliability

```
/variables=ubos_a_b ubos_a_f ubos_a_g ubos_a_l ubos_a_n
```

```
/scale('all variables') all
```

```
/model=alpha
```

```
/statistics=descriptive scale corr
```

```
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van factor 3: distantie. Cronbach's alfa= .811. Verwijderen van item l zou de betrouwbaarheid verder vergroten (a=.870).

*bovendien ligt het gemiddelde van l veel hoger dan de andere items, waardoor standardiseren een optie zou zijn.

*de subschalen en de burn-out schaal zijn al geconstrueerd.
*een burn-out is waarschijnlijk wanneer respondenten hoog scoren op de uitputtingsschaal én hoog op de distantieschaal,
Of hoog op de uitputtingsschaal én laag op de competentieschaal.
Frequencies gemschscore_ubosa_uitp gemschscore_ubosa_dist gemschscore_ubosa_comp.
Frequencies normscore_ubos_uitp normscore_ubos_dist normscore_ubos_comp burnout.
Variable labels burnout ".
Descriptives burnout normscore_ubos_uitp normscore_ubos_dist normscore_ubos_comp.

*stap 2. Depressie en angst (ek10).
*hercoderen is niet nodig. De literatuur onderscheidt 2 factoren.
Frequencies k6_a to k6_f angst_a to angst_e.

Factor

```
/variables k6_a to k6_f angst_a to angst_e  
/plot eigen  
/criteria factors(2) iterate(25)  
/extraction paf  
/criteria iterate(25) delta(0)  
/rotation oblimin  
/method=correlation.
```

*er zijn 2 factoren met een eigenvalue hoger dan 1, maar gekeken naar de screeplot kan maar 1 factor worden onderscheiden.

*zie pattern matrix. Item angst_d laadt hoger op depressie dan op angst (.555 versus .302). Item angst_e heeft een lage factorlading (.389).

Reliability

```
/variables= k6_a to k6_f  
/statistics=descriptive scale corr  
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van factor 1: depressie. Cronbach's alfa= .892. Verwijderen van item a heeft weinig nut (a=.894).

Compute k6 = sum (k6_a, k6_b, k6_c, k6_d, k6_e, k6_f).

Recode k6 (6 thru 11 = 0) (12 thru 19 = 1) (20 thru 30 = 2) into k6_cat.

Value labels k6_cat 0 'likely to be well' 1 'mild to moderate mental health disorder' 2 'likely to have a severe mental health disorder'.

Frequencies k6 k6_cat.

Reliability

```
/variables= angst_a to angst_e  
/statistics=descriptive scale corr  
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van factor 2: angst. Cronbach's alfa= .779. Verwijderen van item e zou de betrouwbaarheid vergroten (a=.784), verwijderen van d verlaagt de betrouwbaarheid (a=.726).

Compute angst = sum (angst_a, angst_b, angst_c, angst_d, angst_e).

Recode angst (0 thru 8 = 0) (9 thru 20 = 1) into angst_cat.

Value labels angst_cat 0 'in orde' 1 'milde tot ernstige angstklachten'.

Frequencies angst angst_cat.

*stap 3. Zelfmoordgedachten (sbq-r).

*hercodeer zo dat variabelen de juiste puntenscore aangeven.

Frequencies suicide_1 to suicide_4.

Recode suicide_1 (1=1) (2=2) (3 4 = 3) (5 6 = 4) into su1.

Compute su2 = suicide_2.

Compute su3 = suicide_3.

Compute su4 = suicide_4.

Freq su1 su2 su3 su4.

*de literatuur onderscheidt 1 factor.

Factor

/variables su1 to su4

/plot eigen

/criteria factors(1) iterate(25)

/extraction paf

/criteria iterate(25) delta(0)

/rotation oblimin

/method=correlation.

*er is duidelijk 1 factor te onderscheiden wanneer gekeken wordt naar de screeplot en naar eigenvalues hoger dan 1.

*geen pattern matrix omdat er maar 1 factor wordt onderscheiden.

Reliability

/variables= su1 to su4

/statistics=descriptive scale corr

/summary=total means variance.

*betrouwbaarheid van zelfmoordgedachten. Cronbach's alfa= .812. Verwijderen van item 3 heeft weinig nut (a=.820).

*het gemiddelde van item 4 ligt een stuk lager, waardoor standaardiseren van de items te overwegen is.

Compute sbqr = sum (su1, su2, su3, su4).

Recode sbqr (3 thru 6 = 0) (7 thru 18 = 1) into sbqr_cat.

Variable labels sbqr_cat 'zelfmoordgedachten'.

Value labels sbqr_cat 0 'in orde' 1 'zelfmoordgedachten aanwezig'.

Frequencies sbqr sbqr_cat.

*norm: bij de algemene volwassen populatie ligt de cut-off score op 7 of hoger; bij psychiatrische patienten is het 8 of hoger. Voor dit onderzoek wordt 7 aangehouden.

*stap 4. Slaapproblemen.

* hercodeer items a en c, zodat een hogere waarde meer slaapproblemen aanduidt.

Freq slapen_a to slapen_f.

Recode slapen_a (0=5) (1=4) (2=3) (3=2) (4=1) (5=0) into slaapa.

Recode slapen_c (0=5) (1=4) (2=3) (3=2) (4=1) (5=0) into slaapc.

Variable labels slaapa 'heeft moeite met in slaap vallen'.

Variable labels slaapc 'is niet uitgerust bij het opstaan'.

Crosstabs slapen_a by slaapa.

Crosstabs slapen_c by slaapc.

*de literatuur onderscheidt 1 factor.

Factor

```
/variables slaapa slapen_b slaapc slapen_d slapen_e slapen_f  
/plot eigen  
/criteria factors(1) iterate(25)  
/extraction paf  
/criteria iterate(25) delta(0)  
/rotation oblimin  
/method=correlation.
```

*er is 1 factor te onderscheiden wanneer gekeken wordt naar de screeplot en de eigenvalues.

*geen pattern matrix omdat er maar 1 factor wordt onderscheiden. In de factor matrix is te zien dat de waarde van item a afwijkt.

Reliability

```
/variables= slaapa slapen_b slaapc slapen_d slapen_e slapen_f  
/statistics=descriptive scale corr  
/summary=total means variance.
```

*betrouwbaarheid van slaapproblemen. Cronbach's alfa = .728. Verwijderen van item a zou de betrouwbaarheid vergroten (a=.810). Item a correleert amper <.11 met de andere items.

*het gemiddelde van item 4 ligt een stuk lager, waardoor standaardiseren van de items kan worden overwogen.

*item a wordt weggelaten. Voer de betrouwbaarheid- en factoranalyse nu uit zonder item a.

Reliability

```
/variables= slapen_b slaapc slapen_d slapen_e slapen_f  
/statistics=descriptive scale corr  
/summary=total means variance.
```

*cronbach's alfa = .810.

Compute slaapprob = sum (slapen_b, slaapc, slapen_d, slapen_e, slapen_f).

Freq slaapprob.

Descr slaapprob.

*cut-off score onbekend. Behandelen als schaalvariabele.

*stap 5. Eenzaamheid.

*de items staan in de originele volgorde (1 t/m 11).

*sommige items zijn reversed. Dit is geen probleem, omdat deze items van dezelfde subschaal zijn. Dit wordt bij de schaalconstructie aangepast.

Descr eenzaamheid_a to eenzaamheid_k.

Freq eenzaamheid_a to eenzaamheid_k.

*volgens de literatuur kunnen 1 of 2 factoren worden onderscheiden.

Factor

```
/variables eenzaamheid_a to eenzaamheid_k  
/plot eigen  
/criteria factors(2) iterate(25)  
/extraction paf  
/criteria iterate(25) delta(0)  
/rotation oblimin  
/method=correlation.
```

*er is 1 factor te onderscheiden wanneer gekeken wordt naar de screeplot en 2 factoren wanneer wordt gekeken naar eigenvalues.

*mede vanwege theoretische onderbouwing kies ik ervoor 2 factoren te onderscheiden: sociale en emotionele eenzaamheid.

*pattern matrix: item b heeft een lage factorlading van .485. Vanwege theoretische redenen houd ik item b.

*emotioneel eenzaam. Items b, c, e, f, i, j.

Reliability

```
/variables= eenzaamheid_b eenzaamheid_c eenzaamheid_e eenzaamheid_f eenzaamheid_i  
eenzaamheid_j
```

```
/statistics=descriptive scale corr
```

```
/summary=total means variance.
```

*cronbach's alfa=.897. Tel de neutrale en positieve antwoorden op items b, c, e, f, i, j.

```
Count e_eezaam = eenzaamheid_b eenzaamheid_c eenzaamheid_e eenzaamheid_f  
eenzaamheid_i eenzaamheid_j (1 2 3).
```

Variable label e_eezaam 'emotioneel eenzaam (schaal de jong-gierveld)'.
Freq e_eezaam.

*sociaal eenzaam. Items a, d, g, h, k.

Reliability

```
/variables= eenzaamheid_a eenzaamheid_d eenzaamheid_g eenzaamheid_h eenzaamheid_k
```

```
/statistics=descriptive scale corr
```

```
/summary=total means variance.
```

*cronbach's alfa =.870. Tel de neutrale en negatieve antwoorden op items a, d, g, h, k.

```
Count s_eezaam = eenzaamheid_a eenzaamheid_d eenzaamheid_g eenzaamheid_h  
eenzaamheid_k (3 4 5).
```

Variable label s_eezaam 'sociaal eenzaam (schaal de jong-gierveld)'.
Freq s_eezaam.

*noot. De subschalen hebben geen cutoff scores.

*stap 6. Persoonlijkheid (rses).

*hercodeer enkele items en geef alle items het juiste nummer. G=1, c=2, i=3, d=4, e=5, j=6, a=7, h=8, f=9, b=10.

Frequencies rosenberg_a to rosenberg_j.

```
Compute rosenberg_1 = rosenberg_g.
```

```
Compute rosenberg_2 = rosenberg_c.
```

```
Recode rosenberg_i (0=3) (1=2) (2=1) (3=0) into rosenberg_3.
```

```
Compute rosenberg_4 = rosenberg_d.
```

```
Recode rosenberg_e (0=3) (1=2) (2=1) (3=0) into rosenberg_5.
```

```
Compute rosenberg_6 = rosenberg_j.
```

```
Compute rosenberg_7 = rosenberg_a.
```

```
Recode rosenberg_h (0=3) (1=2) (2=1) (3=0) into rosenberg_8.
```

```
Recode rosenberg_f (0=3) (1=2) (2=1) (3=0) into rosenberg_9.
```

```
Recode rosenberg_b (0=3) (1=2) (2=1) (3=0) into rosenberg_10.
```

```
Value labels rosenberg_1 to rosenberg_10 0 'duidt op weinig zelfvertrouwen' 3 'duidt op veel  
zelfvertrouwen'.
```

```
Descriptives rosenberg_a to rosenberg_j rosenberg_1 to rosenberg_10.
```

*de gemiddeldes van de nieuwe variabelen komen overeen met die van de oude variabelen, tenzij ze omgepoold zijn (dan: 1 - m).

*de literatuur onderscheidt 1 factor.

Factor

/variables rosenberg_1 to rosenberg_10

/plot eigen

/criteria factors(1) iterate(25)

/extraction paf

/criteria iterate(25) delta(0)

/rotation oblimin

/method=correlation.

*er zijn 2 factoren te onderscheiden wanneer gekeken wordt naar de eigenvalues, maar slechts 1 als gekeken wordt naar de screeplot.

*pattern matrix wordt niet weergegeven bij 1 factor. Omdat in de vragenlijst maar 1 dimensie te onderscheiden is, besluit ik om 1 factor te onderscheiden.

Reliability

/variables= rosenberg_1 to rosenberg_10

/statistics=descriptive scale corr

/summary=total means variance.

*cronbach's alfa = .892.

Compute rses = sum (rosenberg_1 to rosenberg_10).

Recode rses (0 thru 14 = 0) (15 thru 25 = 1) (26 thru 30 =2) into rses_cat.

Value labels rses_cat 0 'low self-esteem' 1 'normal self-esteem' 2 'high self-esteem'.

Descriptives rses rses_cat.

Freq rses rses_cat.

*beschrijvende tabel opvragen.

Descriptives svertraging suitval mz_cat burnout k6_cat angst_cat sbqr_cat slaapprob e_eenzaam s_eenzaam rses_cat

man allochtoon uitwonend vooropl_cat domein_cat.

*bekijk de verdeling van de niet-dichotome variabelen.

Frequencies mz_cat rses_cat k6_cat angst_cat sbqr_cat slaapprob e_eenzaam s_eenzaam.

*valid n = 3082. Geen missings.

*verken de relaties tussen x, y, mediators en achtergrondkenmerken.

Correlations svertraging suitval tijd_mz.

Crosstabs

/tables=svertraging by suitval

/format=avalue tables

/statistics=chisq phi

/cells=count column

/count round cell.

Correlations rses tijd_mz.

Correlations burnout k6 angst sbqr slaapprob e_eenzaam s_eenzaam tijd_mz.

Correlations man allochtoon uitwonend vooropl_cat domein_cat tijd_mz.

Crosstabs domein_cat by man

/cells = column

/statistics = chisq phi.

Crosstabs uitwonend by man

/cells = column

/statistics = chisq phi.

Crosstabs domein_cat by uitwonend

/cells = column

/statistics = chisq phi.

Crosstabs vooropl_cat by uitwonend

/cells = column

/statistics = chisq phi.

*er zijn significante relaties tussen woonsituatie en geslacht, tussen domein en geslacht, tussen domein en woonsituatie en tussen vooropleiding en woonsituatie.

*reflectie op de data.

*assumpties binaire logistische regressie.

*multicollineariteit blijkt niet problematisch.

Regression

/missing listwise

/statistics coeff outs r anova collin tol

/criteria=pin(.05) pout(.10)

/noorigin

/dependent svertraging

/method=enter man allochtoon uitwonend vooropl_cat domein_cat

/method=enter mz_cat

/method=enter burnout k6_cat angst_cat sbqr_cat slaapprob

/method=enter e_eeenzaam s_eeenzaam

/method=enter rses

/save mahal.

*assumpties anova.

*slaapproblemen, emotionele en social eenzaamheid zijn niet normaal verdeeld per groep; zie de kolmogorov-smirnov en shapiro-wilk testen voor normaliteit.

*oplossing: voer een kruskal-wallis one-way anova uit. Aan die assumpties wordt wél voldaan.

*ook aan de assumpties voor een opvolgende, vergelijkende analyse (mann-whitney u-test) wordt voldaan.

Examine variables=slaapprob by mz_cat

/plot boxplot histogram nplot

/compare groups

/statistics descriptives

/interval 95

/missing listwise

/nototal.

Examine variables=e_eeenzaam by mz_cat

/plot boxplot histogram nplot

```
/compare groups
/statistics descriptives
/cinterval 95
/missing listwise
/nototal.
```

Examine variables=s_eenzaam by mz_cat

```
/plot boxplot histogram nplot
/compare groups
/statistics descriptives
/cinterval 95
/missing listwise
/nototal.
```

*representativiteit van de sample: het aandeel mantelzorgers ligt in de 30+ groep procentueel hoger dan in de 30- groep,

*hoewel de percentages sterk schommelen door het kleine aantal 30-plussers. Dit lijkt niet problematisch voor de representativiteit.

Filter off.

Crosstabs leeftijd by tijd_mz

```
/cells count row.
```

Filter by filtering.

*multidimensionele outliers.

Descriptives mah_1.

Sort cases by mah_1 (d).

Graph

```
/histogram=mah_1.
```

*er zijn geen multidimensionele outliers bij de 3082 te gebruiken cases.

Freq mz_cat.

*n=3082. (224 mantelzorgers en 2858 niet-mantelzorgers).

*analyses.

*chi2 test de relaties tussen mantelzorgen en andere predictors.

Crosstabs

```
/tables=svertraging suitval burnout k6_cat angst_cat sbqr_cat rses_cat
domein_cat vooropl_cat man allochtoon uitwonend by mz_cat
/format=avalue tables
/statistics=chisq phi
/cells=count column bprop
/count round cell.
```

*noot. Assumpties voor chi2: alleen vooropleiding bevat cellen met een expected count lager dan 5. Het zijn maar 2 cellen, dus minder dan 20% van de cellen. Is geen probleem.

*bprob bepaalt het aangepaste significantieniveau volgens de bonferroni methode.

*kruskal-wallis one-way anova voor slaapproblemen, sociale en emotionele eenzaamheid per mantelzorgsituatie.

*voer vervolgens mann-whitney u tests uit om de verschillen tussen groepen te vergelijken.

*om te bepalen of dit resultaat significant is, moet een bonferoni aanpassing worden gedaan:
*bonferoni aanpassing; deel de alfa door het aantal vergelijkingen; dus $0,05/3 = 0,017$ is de aangepaste alfa.

*slaapproblemen.

Npar tests

/k-w=slaapprob by mz_cat(0 2)

/missing analysis.

*effectgrootte $\eta^2 = \chi^2/(n-1)$. $\eta^2 = 26,563 / 3081 = 0,008621$. Klein effect.

Npar tests

/m-w= slaapprob by mz_cat(0 1)

/missing analysis.

Npar tests

/m-w= slaapprob by mz_cat(0 2)

/missing analysis.

Npar tests

/m-w= slaapprob by mz_cat(1 2)

/missing analysis.

*effectgroottes: $r = z / (\sqrt{n})$. Effectgrootte r van licht mz en intens mz; $r = -2.917 / (\sqrt{3082}) = -0.0525$. Klein effect.

*effectgrootte r van niet-mz en intens mz; $r = -5.030 / (\sqrt{3082}) = -0.09060$. Klein effect.

*emotionele eenzaamheid.

Npar tests

/k-w=e_eeenzaam by mz_cat(0 2)

/missing analysis.

*effectgrootte $\eta^2 = \chi^2/(n-1)$. $\eta^2 = 18.423/3081 = 0,00597955$. Klein effect.

Npar tests

/m-w= e_eeenzaam by mz_cat(0 1)

/missing analysis.

Npar tests

/m-w= e_eeenzaam by mz_cat(0 2)

/missing analysis.

Npar tests

/m-w= e_eeenzaam by mz_cat(1 2)

/missing analysis.

*effectgroottes: $r = z / (\sqrt{n})$. Effectgrootte r van niet-mz en intens mz; $r = -4.28 / (\sqrt{3082}) = -0.07709522$. Klein effect.

*effectgrootte r van licht mz en intens mz; $r = -3.005 / (\sqrt{3082}) = -0.05412877$. Klein effect.

*sociale eenzaamheid.

Npar tests

/k-w=s_eeenzaam by mz_cat(0 2)

/missing analysis.

*effectgrootte $\eta^2 = \chi^2/(n-1)$. $\eta^2 = 7.217/3081 = 0,0023424213$. Klein effect.

Npar tests

/m-w= s_eeenzaam by mz_cat(0 1)

/missing analysis.

Npar tests

```

/m-w= s_eenzaam by mz_cat(0 2)
/missing analysis.
Npar tests
/m-w= s_eenzaam by mz_cat(1 2)
/missing analysis.
*effectgroottes:  $r = z / (\sqrt{n})$ . Effectgrootte r van niet-mz en intens mz;  $r = -2.613 / (\sqrt{3082}) = -0.0470677$  klein effect.
*presenteer slaapproblemen, sociale en emotionele eenzaamheid in de thesis als gemiddelden.
Sort cases by mz_cat.
Split file by mz_cat.
Means slaapprob e_eenzaam s_eenzaam.
Split file off.
Means slaapprob e_eenzaam s_eenzaam.

*regressieanalyses.
*noot: slaapproblemen behandelen als interval niveau.
*bij categorische variabelen is de laagste waarde de referentie-categorie.
*eerst met studievertraging als afhankelijke variabele.
Logistic regression variables svertraging
/method=enter mz_cat
/method=enter burnout k6_cat angst_cat sbqr_cat slaapprob
/method=enter e_eenzaam s_eenzaam
/method=enter rses_cat
/method=enter man uitwonend allochtoon vooropl_cat domein_cat
/contrast (mz_cat)=indicator(1)
/contrast (k6_cat)=indicator(1)
/contrast (rses_cat)=indicator(1)
/contrast (vooropl_cat)=indicator(1)
/contrast (domein_cat)=indicator(1)
/criteria=pin(.05) pout(.10) iterate(20) cut(.5).
*de p(event) op studievertraging van niet-mz, licht-mz en intens-mz, is in model 1 gelijk aan de percentages die spss weergeeft.
Crosstabs svertraging by mz_cat
/cells column count.

*regressieanalyses. Ten tweede met dreigende studie-uitval als afhankelijke variabele.
Logistic regression variables suitval
/method=enter mz_cat
/method=enter burnout k6_cat angst_cat sbqr_cat slaapprob
/method=enter e_eenzaam s_eenzaam
/method=enter rses_cat
/method=enter man uitwonend allochtoon vooropl_cat domein_cat
/contrast (mz_cat)=indicator(1)
/contrast (k6_cat)=indicator(1)
/contrast (rses_cat)=indicator(1)
/contrast (vooropl_cat)=indicator(1)

```

```
/contrast (domein_cat)=indicator(1)  
/criteria=pin(.05) pout(.10) iterate(20) cut(.5).
```

*de p(event) op dreigende studie-uitval van niet-mz, licht-mz en intens-mz, is in model 1 gelijk aan de percentages die spss weergeeft.

Crosstabs suitval by mz_cat

```
/cells column count
```

```
/statistics risk.
```

BIJLAGE 2. Stata syntax.

```
inputst "h:\OnderzoekStudieklimaat_correcte variabelen_opgeschoond_3juni.sav" /s
capt log close
log using "h:\khhb.txt" , text replace
```

```
keep if filtering==1
su svertraging suitval mz_cat k6_cat burnout angst_cat sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam
    rses_cat ///
man allochtoon uitwonend vooropl_cat domein_cat
```

* Studievertraging (svertraging)

* Marginale effecten zijn onderling ook goed vergelijkbaar tussen modellen

* Model 1

```
logit svertraging i.mz_cat
estadd fitstat
est store m1s
margins, dydx(*) post
est store m1
```

* Model 2

```
logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob
estadd fitstat
est store m2s
margins, dydx(*) post
est store m2
```

* Model 3

```
logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
    s_eeenzaam
estadd fitstat
est store m3s
margins, dydx(*) post
est store m3
```

* Model 4

```
logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
    s_eeenzaam ///
i.rses_cat
estadd fitstat
est store m4s
margins, dydx(*) post
est store m4
```

* Model 5

```
logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
    s_eeenzaam ///
```

```

i.rses_cat i.man i.allochtoon i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat
testparm i.vooropl_cat
pwcompare i.vooropl_cat, pveff groups
estadd fitstat
est store m5s
margins, dydx(*) post
est store m5
est tab m1 m2 m3 m4 m5, star b(%5.3f) varwidth(50)
esttab m1s m2s m3s m4s m5s , scalars(lrx2 df_m r2_cu)
lrtest m1s m2s
lrtest m2s m3s
lrtest m3s m4s
lrtest m4s m5s

```

* Nu geen relatieve marginale effecten (dydx) maar direct de gewone kansen

* Model 1

```

logit svertraging i.mz_cat
margins i.mz_cat, post

```

* Model 2

```

logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat
margins , at(slaapprob=(0 25)) vsquish

```

* Model 3

```

logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
s_eeenzaam
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish

```

* Model 4

```

logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
s_eeenzaam ///
i.rses_cat
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat i.rses_cat
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish

```

* Model 5

```

logit svertraging i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam
s_eeenzaam ///
i.rses_cat i.man i.allochtoon i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat i.rses_cat i.man i.allochtoon
i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish

```

```

* Studieuitval (suitval)
* Marginale effecten zijn onderling ook goed vergelijkbaar tussen modellen
* Model 1
logit suitval i.mz_cat
estadd fitstat
est store m1s
margins, dydx(*) post
est store m1

* Model 2
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob
estadd fitstat
est store m2s
margins, dydx(*) post
est store m2

* Model 3
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam
estadd fitstat
est store m3s
margins, dydx(*) post
est store m3

* Model 4
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam ///
i.rses_cat
estadd fitstat
est store m4s
margins, dydx(*) post
est store m4

* Model 5
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam ///
i.rses_cat i.man i.allochtoon i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat
testparm i.vooropl_cat
pwcompare i.vooropl_cat, pveff groups
estadd fitstat
est store m5s
margins, dydx(*) post
est store m5
est tab m1 m2 m3 m4 m5, star b(%5.3f) varwidth(50)
esttab m1s m2s m3s m4s m5s , scalars(lrx2 df_m r2_cu)
lrtest m1s m2s
lrtest m2s m3s
lrtest m3s m4s
lrtest m4s m5s

```


* Nu geen relatieve marginale effecten (dydx) maar direct de gewone kansen

* Model 1

```
logit suitval i.mz_cat  
margins i.mz_cat, post
```

* Model 2

```
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob  
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat  
margins , at(slaapprob=(0 25)) vsquish
```

* Model 3

```
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam  
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat  
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish
```

* Model 4

```
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam ///  
i.rses_cat  
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat i.rses_cat  
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish
```

* Model 5

```
logit suitval i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat slaapprob e_eeenzaam s_eeenzaam ///  
i.rses_cat i.man i.allochtoon i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat  
margins i.mz_cat i.k6_cat i.burnout i.angst_cat i.sbqr_cat i.rses_cat i.man i.allochtoon  
i.uitwonend i.vooropl_cat i.domein_cat  
margins , at(slaapprob=(0 25)) at(e_eeenzaam=(0 6)) at(s_eeenzaam=(0 5)) vsquish
```

log close