



Vrije Universiteit Brussel

# Welbevinden onder mantelzorgers



Eindverhandeling tot licentiaat in de  
Psychologie  
Promotor: Prof. Dr. I. Kristoffersen  
Organisatie: CGGZ Brussel  
Academiejaar 2008-2009

**WETENSCHAPS**winkel  
*Brussel*



Vrije Universiteit Brussel

FACULTEIT VOOR PSYCHOLOGIE EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

Richting: Klinische Psychologie

## Welbevinden onder mantelzorgers

---

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van Licentiaat in de Psychologie door

**Huysmans Kobe**

---

Academiejaar 2008-2009

Promotor: Prof. Dr. I. Kristoffersen

Aantal woorden: 11.824



# Inhoudstafel

---

<b>1. Inleiding</b>	pg 1
<b>2. Literatuurstudie</b>	pg 2
2.1 Mantelzorg als kader van dit onderzoek	pg 2
2.1.1 Mantelzorg: een definitie	pg 2
2.2 Evolutie inzake zorgvraag en –aanbod	pg 2
2.2.1 Toename van de zorgvraag	pg 2
2.2.2 Daling van het zorgaanbod	pg 3
2.3 Beleving van de mantelzorger	pg 4
2.3.1 Mantelzorg en voldoening	pg 5
2.3.2 Omgaan met de mantelzorgsituatie	pg 5
2.3.2.1 Kiezen voor een specifieke strategie	pg 6
2.3.3 Bronnen van coping	pg 7
2.3.3.1 Kennis over het bieden van zorg	pg 7
2.3.3.2 Zorgnetwerk	pg 7
2.3.3.3 Mogelijkheden van de zorgbehoevende	pg 8
2.3.4 Verschillen in beleving naar gender en leeftijd	pg 8
2.4 Besluit	pg 9
2.5 Onderzoeksvragen	pg 10
<b>3. Onderzoeksmethodologie</b>	pg 11
3.1 Design en steekproef	pg 11
3.2 Procedure	pg 11
3.3 Meetinstrumenten	pg 12
3.3.1 Operationalisering van het begrip zorg	pg 12
3.3.2 Nederlandse Relatievragenlijst (NRV)	pg 13
3.3.3 Utrechtse Coping Lijst (UCL)	pg 14
3.3.4 Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen	pg 15
3.3.5 Andere onderzoeksvariabelen	pg 16
<b>4. Resultaten</b>	pg 17
4.1 Beschrijving van de responsgroep	pg 17
4.2 Interne consistentie van de gebruikte meetinstrumenten	pg 18
4.3 Toetsing van de onderzoeksvragen	pg 19
4.3.1 Ervaren welbevinden, relatiesatisfactie en gehanteerde copingstrategieën	pg 19
4.3.2 De invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatiesatisfactie op het ervaren welbevinden van mantelzorgers	pg 22

<b>5. Bespreking</b>	pg 24
5.1 Ervaren welbevinden, relatiesatisfactie en gehanteerde copingstrategieën	pg 24
5.1.1 Ervaren Welbevinden	pg 24
5.1.2 Ervaren relatietevredenheid	pg 25
5.1.3 Gehanteerde copingstrategieën	pg 25
5.2 De invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatietevredenheid op het ervaren welbevinden van mantelzorgers	pg 26
5.3 Beperkingen van het onderzoek en mogelijk vervolgonderzoek	pg 28
5.4 Conclusie en klinische relevantie van dit onderzoek	pg 29

## **Bibliografie**

## Samenvatting

---

Deze eindverhandeling onderzoekt het welbevinden, de relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën van vrouwelijke intensieve mantelzorgers die instaan voor de verzorging van hun levenspartner. Verder wordt de invloed van de gehanteerde copingstrategieën en de relatietevredenheid op het ervaren welbevinden van mantelzorgers nagegaan.

In systematisch onderzoek wordt aangetoond dat zorgen voor een andere persoon zowel emotioneel als lichamelijk belastend kan zijn. Mantelzorgers kunnen een achteruitgang van hun psychische en fysieke gezondheid ervaren als gevolg van de nieuwe rol die ze opnemen. Aangezien mantelzorg een belangrijk deel uitmaakt van de totale zorg aangeboden aan mensen met een chronische ziekte, is een beter begrip omtrent de beleving en de wijze van omgaan met de zorgsituatie vereist.

Het onderzoek bestond uit een schriftelijke bevraging uitgevoerd in 2008. Twee onderzoeksgroepen namen hieraan deel. Een eerste groep bestond uit 31 vrouwelijke, bejaarde en intensieve mantelzorgers (tussen 70 en 80 jaar oud) die instonden voor de verzorging van hun zorgbehoevende echtgenoot. Verder werd een controlegroep gehanteerd van 30 bejaarde vrouwen (tussen 70 en 80 jaar oud) die samenwoonden met hun niet-zorgbehoevende echtgenoot. De vragenlijst omvatte de Utrechtse Coping Lijst, de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen en de Nederlandse Relatievragenlijst.

Een significant model werd bekomen ter voorspelling van het welbevinden van bejaarde, vrouwelijke en intensieve mantelzorgers. Hieruit kon besloten worden dat het welbevinden positief beïnvloed werd door de 'expressie van emoties'. De mantelzorgsituatie 'vermijden', een 'passief reactiepatroon' hanteren en het gebruik maken van een 'palliatieve reactie' hadden een negatieve invloed op het ervaren welbevinden.

Deze resultaten kunnen helpen mantelzorgers te identificeren die risico lopen op een laag ervaren welbevinden als gevolg van het gebruik van disfunctionele copingstrategieën. Vroege ondersteuning op het vlak van gebruikte copingstrategieën gaat mogelijk gepaard met minder negatieve effecten op het leven van de mantelzorger en stelt hen mogelijk in staat de zorg langer te verlenen.

## 1. Inleiding

---

Mantelzorg maakt een belangrijk deel uit van de totale zorg die aangeboden wordt aan mensen met een chronische ziekte (Ekwall e.a., 2006). In systematisch onderzoek wordt aangetoond dat zorgen voor een andere persoon zowel emotioneel als lichamelijk belastend kan zijn. Mantelzorgers kunnen een achteruitgang van hun psychische en fysieke gezondheid ervaren als gevolg van de nieuwe rol die ze opnemen (Nolan et al, 1996; in Ekwall e.a., 2006; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Grafström e.a., 1992; Tjadens e.a., 2000). Dit toenemend bewijs heeft geleid tot een toename van het onderzoek naar de beleving van de mantelzorger met het oog op het identificeren van factoren die de draagkracht van mantelzorgers bevorderen. Hierbij vertrekt men dikwijls vanuit het stress-en-copingparadigma, zoals geformuleerd door Lazarus & Folkman (1984). De zorg voor een zorgbehoevende persoon wordt als een stressor opgevat. Er zijn mediërende factoren zoals het gebruik van bepaalde copingstrategieën die het uiteindelijke resultaat in termen van ervaren stress beïnvloeden (Almber e.a., 1997; Chambers e.a., 2001; Ekwall e.a., 2006; Ekwall & Hallberg, 2007). Naast de gehanteerde copingstrategieën lijken ook verschillende interne en externe bronnen van coping van invloed te zijn op het ervaren welbevinden van de mantelzorger, waaronder: de aanwezigheid van een uitgebreid zorgnetwerk, de kennis van de mantelzorger over het bieden van zorg, de mogelijkheden waarover de zorgbehoevende beschikt om in te staan voor de eigen dagelijkse activiteiten, enzovoort (Ekwall e.a., 2006). De beschikbaarheid van deze bronnen is mee bepalend voor de mate waarin men in staat is adequaat te reageren op de aanpassingsvereisende situatie (Lazarus & Folkman, 1984).

Eerder onderzoek van Jacobs e.a. (2004) toonde aan dat oudere, vrouwelijke, intensieve mantelzorgers de hoogste graad van belasting ervaren ten gevolge van het verlenen van de zorg in vergelijking tot andere mantelzorgers (Jacobs e.a., 2004). In dit onderzoek zal getracht worden meer zicht te krijgen op het ervaren welbevinden, de ervaren relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën bij deze groep mantelzorgers. Bovendien zal de invloed van de gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatietevredenheid op het ervaren welbevinden van mantelzorgers worden nagegaan. Dit kan waardevolle informatie opleveren over de functionaliteit van de gebruikte copingstrategieën in de zorgsituatie waardoor de draagkracht van mantelzorgers eventueel versterkt kan worden.

In het tweede hoofdstuk, de literatuurstudie, zal de mantelzorg als kader van dit onderzoek beschreven worden. Vervolgens zullen we uitgebreid stilstaan bij de beleving en de wijze waarop mantelzorgers met de zorgsituatie omgaan. Hierop volgend worden een kort besluit en de onderzoeksvragen geformuleerd. In het derde hoofdstuk zal de methodologie van deze studie toegelicht worden. De beschrijving van de onderzoeksgroep en het beantwoorden van de geformuleerde onderzoeksvragen worden behandeld in het vierde hoofdstuk. In het vijfde en laatste hoofdstuk worden de bekomen resultaten, de beperkingen en de klinische relevantie van deze studie verder toegelicht.

## **2. Literatuurstudie**

---

### **2.1 Mantelzorg als kader van dit onderzoek**

#### **2.1.1 Mantelzorg: een definitie**

Mantelzorg omvat de "zorg aan een zorgbehoevende persoon die niet in het kader van een beroep of van het georganiseerd vrijwilligerswerk wordt gegeven, maar door één of meer leden uit diens directe omgeving" (Jacobs e.a., 2004, p. ). Een mantelzorger is "een persoon die op regelmatige basis extra zorg geeft (bovenop de gewone gangbare zorg) aan een hulpbehoevende persoon uit zijn/haar directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie die hij/zij heeft met de hulpbehoevende persoon" (Dedry, 2001, p. 11). Een essentieel kenmerk van mantelzorg is dus de aanwezigheid van een sociale of emotionele band tussen mantelzorger en zorgbehoevende die plaatsvindt in een context van nabijheid en betrokkenheid. Een mantelzorger verleent zorg aan een huisgenoot, familielid, vriend, buur of kennis (Jacobs e.a., 2004). Daar de beleving van de mantelzorger en de wijze van omgaan met de zorgsituatie sterk verschilt naargelang de sociale band tussen mantelzorger en zorgbehoevende wordt het begrip "mantelzorger" in deze studie beperkt tot de partner van de zorgbehoevende persoon. Dit impliceert dat wat hierna besproken wordt niet zonder meer veralgemeend kan worden naar andere mantelzorgers.

### **2.2 Evolutie inzake zorgvraag en -aanbod binnen de informele zorgcontext**

Een steeds grotere kloof ontstaat tussen de vragen naar, en het aanbod aan zorgverlening. De toename van de zorgnood voor ouderen gaat gepaard met de afname van de mogelijkheden tot mantelopvang. Mogelijke oorzaken kunnen gesitueerd worden in enkele demografische en maatschappelijke evoluties (Jacobs e.a., 2004; Vogels, 2006).

#### **2.2.1 Toename van de zorgvraag**

De meest besproken oorzaak aan de vraagzijde van de zorg is de toename van de levensverwachting. Een hogere levensverwachting gaat gepaard met de groei van de groep ouderen. Het bevolkingsvoorzicht van het NIS (2000) toont dat het aantal 60-plussers in Vlaanderen tussen 2000 en 2030 zal toenemen met ongeveer 700.000 eenheden, van 1.3 naar 2 miljoen. In dezelfde periode wordt verwacht dat het aantal 80-plussers zal aangroeien van ongeveer 200.000 naar iets meer dan 400.000 (Jacobs e.a., 2004). Wat doorweegt op het volume van de zorgvraag is niet zozeer het oud worden op zich, maar de vergrijzing binnen de vergrijzing, het feit dat het aantal 80-plussers blijft aangroeien (Jacobs e.a., 2004; Verloo e.a., 2002). De kans dat er nood is aan hulp bij de activiteiten van het dagelijkse leven neemt toe met de leeftijd

(Verloo e.a., 2002). De categorie van oudste ouderen vormt bijgevolg een belangrijk onderdeel van een stijgende vraag naar zorg (Jacobs e.a., 2004).

Op basis van de steeds toenemende vergrijzing en de zorgnoden van de oudere bevolking kunnen we verwachten dat de vraag naar ouderenzorg de komende jaren fors zal stijgen. Ook in de populatie van personen met een handicap of een chronische of langdurige ziekte kan men een toenemende nood aan zorg verwachten (Jacobs e.a., 2004). Dankzij een goede gezondheidszorg worden we met zijn allen ouder en ook zwaar zorgbehoevenden hebben nog een behoorlijke levensverwachting (Breda & Geerts, 2004; in Jacobs e.a., 2004; Vogels, 2006).

Het gevolg van deze evoluties is een vergroting van de draaglast voor de onmiddellijke omgeving van de zorgbehoevende. Bijgevolg ontstaat er een grotere nood aan mantelzorgers en professionele thuisverzorgers (Jacobs e.a., 2004). Uit onderzoek dat Dedry (2001) uitvoerde voor de thuiszorgdiensten van de KVLV (Katholieke Vereniging van Landelijke Vrouwen), blijkt dat mantelzorgers een belangrijke voorwaarde zijn om de zorgvraag in de thuisomgeving op te vangen. Bovendien toont de enquête aan dat meer dan de helft van de mantelzorgers samenwoont met de zorgvrager. In de eerste plaats is het dus de levenspartner die de rol van mantelzorger vervult (Dedry, 2001).

### **2.2.2 Daling van het mantelzorgaanbod**

De verwachte toename van de zorgvraag gaat gepaard met een verwachte afname van het aanbod aan mantelzorg. De belangrijkste demografische oorzaak hiervan zijn de lage geboortecijfers van de laatste decennia. Daar waar het aantal jongeren in de samenleving daalt, neemt de groep ouderen toe. De bevolkingspiramide van de Vlaamse bevolking toont het typische beeld van een verouderde bevolking. Verwacht wordt dat dit beeld in de toekomst alleen maar versterkt zal worden (Jacobs e.a., 2004). Sinds jaren wordt gewezen op deze moeilijke demografische evolutie. Er wordt hierbij vooral gefocust op wat nodig is om de pensioenen betaalbaar te houden. Welke gevolgen deze ontwikkelingen zullen hebben op de zorgvraag en wie de zorg in de toekomst zal verstrekken, wordt veel minder bestudeerd (Vogels, 2006).

Samenvattend kunnen we stellen dat de vraag naar zorg onder invloed van een aantal factoren, waaronder de vergrijzing de belangrijkste is, zal blijven toenemen. Enkele demografische evoluties leiden ertoe dat het zorgaanbod dreigt te verminderen, in het bijzonder het aanbod aan mantelzorg. Hierbij kan ook gewezen worden op enkele maatschappelijke evoluties zoals de gezinsverdunding, de frequenter voorkomende eenoudergezinnen en de financiële en psychisch-sociale belasting die maken dat de thuisverzorging van zorgbehoevende ouderen door mantelzorgers, soms op de helling wordt geplaatst.

Een tekort aan hulp van mensen uit de eigen omgeving is vooral problematisch omdat mantelzorg de kwaliteit van de zorgverlening verhoogt (Jacobs e.a., 2004). De belangrijkste intrinsieke motivaties om mantelzorger te worden zijn liefde en moreel plichtsgevoel. Tussen zorgvrager en



mantelzorg heerst een band van vertrouwen en emotionele verbondenheid (Dedry, 2001). Hierbij dient opgemerkt dat vanuit de omgeving met een zekere waarschijnlijkheid verwacht wordt dat de partner de zorg wel wil en kan geven. De sterke emotionele verbondenheid tussen zorgvragende en levenspartner maakt dat deze laatste zich hieraan niet of nauwelijks kan onttrekken (Oostelaar en Wolfswinkel, 2006). Mantelzorgers bieden steun op vlakken die strikt genomen niet tot het takenpakket van de formele zorg behoren. In een context waarin verwacht wordt dat de financiering van het zorgsysteem steeds problematischer zal worden, is dit een belangrijk argument voor het ondersteunen en stimuleren van de mantelzorg (Jacobs e.a., 2004). De verwachte toename van de zorgnood moet echter enigzins genuanceerd worden. Als gevolg van een betere voeding, een gezondere levenswijze en minder belastende lichamelijke arbeid in de voorbije levensfasen is het waarschijnlijk dat de periode waarin mensen gezond blijven, in de toekomst langer wordt. De groei van de zorgnood kan ook getemperd worden door een steeds toenemende zelfredzaamheid. Bovendien wordt sinds enkele jaren een toename van de geboortecijfers waargenomen hetgeen een positieve invloed kan hebben op het mantelzorgaanbod. Tenslotte dient opgemerkt dat de aanwezigheid van betere technologische hulpmiddelen en een verbeterde medische hulp maken dat zorgbehoevenden langer voor zichzelf kunnen instaan (Jacobs e.a., 2004; Vogels, 2006).

### **2.3 Beleving van de mantelzorg**

Mantelzorg maakt een belangrijk deel uit van de totale zorg voor mensen met een chronische ziekte (Ekwall e.a., 2006). Sinds lang wordt verondersteld dat er een verband bestaat tussen het optreden van ingrijpende gebeurtenissen en het ontstaan van psychische en lichamelijke problemen. In systematisch onderzoek werden deze relaties ook empirisch aangetoond (Brown en Harris, 1989; in Scheurs e.a., 1993). Zo is er toenemende aandacht en bewijs voor het feit dat zorgen voor een andere persoon zowel emotioneel als lichamelijk belastend kan zijn. Mantelzorgers kunnen een achteruitgang van hun psychische en fysieke gezondheid ervaren als gevolg van de nieuwe rol die ze opnemen (Oostelaar en Wolfswinkel, 2006; Carretero e.a., 2008; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Grafström e.a., 1992; Tjadens e.a., 2000). Dit toenemend bewijs heeft geleid tot meer onderzoek naar de beleving van de mantelzorg. In het bijzonder is men geïnteresseerd in de ontwikkeling van ondersteuningsprogramma's met het oog op het behouden en ondersteunen van deze zeer belangrijke bron van zorg.

Er kunnen vele redenen aangehaald worden om deze focus op de beleving van de mantelzorg aan te houden. Mantelzorgers die een hoge draaglast ervaren kunnen immers beperkingen ondervinden in hun vermogen om effectief te functioneren, inclusief in hun rol als ondersteuningssysteem voor de zorgbehoevende. Zo kan de zorgbehoevende op zijn beurt onvoldane noden hebben wanneer de mantelzorg een hoge draaglast ervaart. Thuiszorg kan op deze wijze ernstig belemmerd worden. Wanneer de ervaren draaglast de aanwezige draagkracht van de mantelzorg overstijgt kan dit tenslotte leiden tot een vroege institutionalisering van de zorgbehoevende (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004; Tjadens e.a., 2000).

### **2.3.1 Mantelzorg en voldoening**

Ondanks de negatieve gevolgen die gepaard kunnen gaan met het bieden van mantelzorg, kiezen veel mantelzorgers ervoor om zorg te (blijven) verlenen zelfs wanneer de draaglast hierdoor toeneemt (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004). Bij de verklaring hiervan lijkt het tekort aan mogelijkheden tot formele opvang nauwelijks houdbaar. Individuen gaan meer of minder vrijwillig over tot het verlenen van informele zorg, wanneer daar in hun sociale omgeving vraag naar is. De meeste aangeduide redenen om mantelzorg te verlenen zijn het vertrouwen van de zorgbehoevende in de mantelzorger en het vermijden van een opname. Hieruit spreekt de verbondenheid tussen mantelzorger en zorgbehoevende (Jacobs e.a., 2004). Zo stellen Brouwer e.a. (2005) dat het bieden van mantelzorg in veel gevallen leidt tot meer voldoening voor de mantelzorger dan wanneer de zorgtaken volledig zouden overgenomen worden door de formele zorg. Daar waar sommigen opgelucht zouden zijn door het opgeven van de zorgtaken, leidt dit bij andere mantelzorgers tot minder voldoening dan wanneer ze deze taken zelf kunnen opnemen (Brouwer e.a., 2005). De voldoening die voortvloeit uit het verlenen van mantelzorg is echter zelden onderzocht. Nochtans kunnen verschillende factoren onderscheiden worden die dit proces van voldoening beïnvloeden. De wijze waarop de mantelzorger de zorgsituatie waarneemt kan bijvoorbeeld de aanwezige draaglast en het ervaren welbevinden beïnvloeden. Het ontstaan van de zorgvraag kan ook gezien worden als een belangrijke levensgebeurtenis die de mantelzorger dwingt zich aan te passen. Initiële interpretaties kunnen sterk verschillen van mantelzorger tot mantelzorger en gepaard gaan met angst, woede, depressie of een gevoel van uitdaging. Deze initiële cognitieve beoordeling zal ook de wijze waarop de mantelzorger met de zorgsituatie omgaat beïnvloeden (Lazarus & Folkman, 1984).

### **2.3.2 Omgaan met de mantelzorgsituatie**

Coping omvat de wijze waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op aanpassing vereisende omstandigheden reageert. Coping is een proces dat uit vele afzonderlijke componenten bestaat en voortdurend verandert, afhankelijk van nieuwe informatie en resultaten van vroegere gedragingen (Scheurs e.a., 1993). Traditioneel worden grofweg een tweetal copingvormen onderscheiden: probleem-gericht en emotie-gericht. Emotie-gerichte strategieën zijn erop gericht de emotionele impact van de stressvolle situatie te verminderen door deze te herinterpreteren of te herevalueren. Ook kan het gaan om afleiding zoeken of gebruik maken van indirecte acties om niet aan het probleem te hoeven denken. Probleem-gerichte strategieën hebben tot doel de aanpassing vereisende situatie te benaderen of te veranderen op een actieve en constructieve manier. Over het algemeen zullen emotie-gerichte copingstrategieën gehanteerd worden wanneer de aanpassing vereisende situatie geëvalueerd wordt als een situatie die niet of moeilijk gewijzigd kan worden. Het tegenovergestelde geldt voor probleem-gerichte copingstrategieën (Lazarus & Folkman, 1984).

### 2.3.2.1 Kiezen voor een specifieke strategie

Vermits de manier van omgaan met belastende gebeurtenissen het psychisch, fysiek en sociaal welzijn van mensen beïnvloedt, zijn sommige copingvormen effectiever dan andere voor wat betreft effecten op de gezondheid en het psychisch functioneren. Effectief copinggedrag betekent dat men door een bepaald copingpatroon gezondheidsklachten voorkomt en zijn welzijn in stand houdt of bevordert (Scheurs e.a., 1993). Er bestaat echter geen consensus met betrekking tot de vraag welk type van copingstrategieën het meest effectief is, daar deze verschillende gevolgen kunnen hebben in respons tot verschillende stressoren (Almberg e.a., 1997). Buitenlands onderzoek naar de gehanteerde copingstrategieën door mantelzorgers toont echter aan dat strategieën als het systematisch zoeken van oplossingen, het behouden van positieve vooruitzichten en het zoeken van sociale steun gerelateerd zijn aan een betere emotionele aanpassing (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; Quayhagen & Quayhagen, 1988; in Almberg e.a., 1997). Copingstrategieën als passiviteit, of vermijding zijn op hun beurt gerelateerd aan een zwakkere emotionele aanpassing (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; in Almberg e.a., 1997). Ekwall en medewerkers (2006) onderzochten de relatie tussen gehanteerde copingstrategieën en de kwaliteit van het leven van oudere Zweedse mantelzorgers. Ze vonden dat copingstrategieën die gericht zijn op het in stand houden van het zelf, zoals activiteiten en interesses zoeken buiten de mantelzorgsituatie, een betere levenskwaliteit voorspelden. Het vragen om praktische en sociale ondersteuning voorspelde in dezelfde studie een lagere levenskwaliteit, omdat dit gepaard ging met een ervaren ontoereikende sociale ondersteuning (Ekwall e.a., 2006).

Lazarus en Folkman (1984) stellen dat de mate waarin de stressor kan veranderd worden een belangrijke factor is om de effectiviteit van de gebruikte copingstrategieën te bepalen (Lazarus & Folkman, 1984). Zo zijn emotie-gerichte of palliatieve strategieën efficiënter in situaties waarin de mantelzorger geen volledige controle heeft over de aanwezige stressoren, zoals bijvoorbeeld in het geval van intensieve mantelzorg verleend aan een zeer zorgbehoevende persoon (Pearlin & Schooler, 1978; in Almberg e.a., 1997).

Lazarus en Folkman (1984) maken verder een onderscheid tussen interne en externe bronnen van coping. Naast de gehanteerde copingstrategieën zal de beschikbaarheid van deze bronnen mee bepalend zijn voor de mate waarin men in staat is adequaat te reageren op de aanpassingsvereisende situatie (Lazarus & Folkman, 1984). Vertaald naar de mantelzorgsituatie, kunnen interne bronnen begrepen worden als de kwaliteit van de relatie met de persoon voor wie gezorgd wordt, de persoonlijkheid van de mantelzorger en de kennis over het bieden van zorg. Externe bronnen kunnen begrepen worden als het sociaal netwerk waarover de mantelzorger beschikt en de hulp die hij/zij hiervan ontvangt, het vermogen van de zorgbehoevende om in te staan voor de eigen dagelijkse activiteiten of de aanwezige formele zorgbronnen (Ekwall e.a., 2006). Hierna wordt verder ingegaan op enkele van deze bronnen.

### **2.3.3 Bronnen van coping**

#### **2.3.3.1 Kennis over het bieden van zorg**

Omdat zorgen voor een andere persoon gebonden is aan het ontstaan van een zorgbehoefte, neemt men de rol van mantelzorgger vaak onvoorbereid op zich (Tjadens e.a., 2000; Dedry, 2001). Dit gebrek aan voorbereiding kan betekenen dat de mantelzorgger geen of te weinig kennis heeft over de gevolgen van mantelzorg. Zo kan niet worden uitgesloten dat de toekomstige mantelzorgger beperkte mogelijkheden ervaart om zich aan de zorg te onttrekken of niet in staat is de zorg in te passen in de overige rollen (Tjadens e.a., 2000). Wanneer de vraag naar thuiszorg ontstaat zijn vele mantelzorggers dan ook onvoorbereid om deze nieuwe rol op zich te nemen (Nolan & Grant 1989, Ruddle e.a., 1997; Kellet & Mannion, 1999; in Chambers e.a., 2001). Volgens Turner en Street (1999) omvatten de mogelijkheden van de mantelzorgger om met stress en emoties om te gaan, samen met een gebrek aan informatie, de belangrijke gebieden waarbinnen mantelzorggers begeleiding nodig hebben (Turner & Street, 1999; in Chambers e.a., 2001). Smith e.a. (1991) stellen dat er vanuit de formele zorg meer aandacht moet uitgaan naar deze informatiebehoefte en ze identificeren een aantal specifieke gebieden waarop aandacht moet gevestigd worden: namelijk het begrijpen van de medische conditie van de persoon voor wie gezorgd wordt, het verbeteren van coping vaardigheden, het effectief communiceren met ouderen en het omgaan met emoties en lange termijn plannen (Smith e.a., 1991; in Chambers e.a., 2001). Deze bevindingen worden ondersteund door andere onderzoekers die besluiten dat een gebrek aan kennis en vaardigheden over het bieden van zorg in hoge mate kan bijdragen tot de ervaren draaglast in de mantelzorgsituatie (Cantor, 1983; in Chambers e.a., 2001). Bovendien hebben informatie en opleiding een grote invloed op het zelfvertrouwen van de mantelzorgger en zijn mogelijkheden om met de zorgsituatie om te gaan (Schmall, 1995; in Chambers e.a., 2001).

#### **2.3.3.2 Zorgnetwerk**

Mantelzorggers staan zelden alleen in voor de verzorging van de zorgbehoevende persoon. De hulp bij het zorgen kan onder andere komen van andere mantelzorggers, zoals andere gezins- of familieleden (Spruytte, 2000; in Jacobs e.a. 2004). Wanneer familieleden bijspringen, gaat het echter veelal om niet-dagelijkse klusjes als boodschappen doen of het gras maaien en niet om dagelijks terugkerende zaken als hulp bij het aankleden of de maaltijdbereiding (Oostelaar en Wolfswinkel, 2006). Ook professionele hulpverleners of vrijwilligers kunnen de mantelzorgger bijstaan. Al deze personen vormen samen het zorgnetwerk waarover de mantelzorgger beschikt (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004). Onderzoek wijst uit dat hoe ouder de mantelzorgger is, hoe meer betaalde en professionele hulp er bijkomt, vaak zonder de hulp van andere mantelzorggers (Opdebeeck e.a., ibidem; in Dedry, 2001). Deze bronnen van formele zorg vervullen een belangrijke rol in het zo optimaal mogelijk begeleiden en ondersteunen van de mantelzorgger en de zorgbehoevende. Over het algemeen geven mantelzorggers aan zeer tevreden te zijn over hun relatie met de professionele zorgverleners. Zij houden voldoende rekening met de vragen, noden en mogelijkheden van de mantelzorgger, waardoor deze zich begrepen en beluisterd voelt (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004).

### 2.3.3.3 Mogelijkheden van de zorgbehoevende

De mogelijkheden waarover de zorgbehoevende beschikt om in te staan voor de eigen dagelijkse activiteiten wordt weerspiegeld in het aantal zorgtaken dat door de mantelzorgers wordt opgenomen. Het verlenen van zorg kan bestaan uit een heel gamma van concrete activiteiten zoals sociaal-emotionele, medische, huishoudelijke en persoonsverzorgende taken. Op basis van het aantal en het soort opgenomen taken kan een onderscheid gemaakt worden tussen intensieve en minder intensieve mantelzorgers (Ekwall e.a., 2006; Ekwall & Hallberg, 2007; Jacobs e.a., 2004). Verder toont onderzoek aan dat de hoeveelheid taken die door mantelzorgers opgenomen worden sterk samenhangt met het aantal uren dat ze zorg verlenen (Jacobs e.a., 2004).

Uit onderzoek van Jacobs e.a. (2004) blijkt, zoals overigens verwacht, dat er een opvallend verschil bestaat in de beleving van intensieve en minder intensieve mantelzorgers. Zo ervaren intensieve mantelzorgers een grotere fysieke, emotionele en financiële belasting. Ook wat de invloed op het gezins- en sociaal leven betreft, spreken intensieve mantelzorgers zich negatiever uit. Ruim één op vijf intensieve mantelzorgers voelt zich uitgeblust door de mantelzorg. Aan de positieve zijde van de balans is echter ook een opmerkelijk verschil terug te vinden. Zo beschrijven intensieve mantelzorgers de zorgsituatie vaker als een verrijkende ervaring in vergelijking tot minder intensieve mantelzorgers (Jacobs e.a., 2004). Het tegelijkertijd melden dat het geven van mantelzorg zwaar belastend is, maar tevens een bron van voldoening omvat, is de typische tegenstrijdigheid van de mantelzorgproblematiek die doorheen verschillende studies wordt teruggevonden (Grant e.a., 1998; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Ekwall e.a. 2006; Ekwall & Hallberg, 2007).

### **2.3.4 Verschillen in beleving naar gender en leeftijd**

Uit onderzoek blijkt dat vrouwelijke mantelzorgers, ongeacht de intensiteit van de geboden zorg, meer fysieke en emotionele belasting ondervinden dan mannelijke mantelzorgers (Almberg e.a., 1998; Navaie-Waliser e.a., 2002). Almberg en medewerkers (1998) stellen dat vrouwelijke mantelzorgers een verhoogde belasting ervaren omdat de ondersteunende rol die wordt opgenomen een negatieve invloed heeft op de relaties met familie en anderen (Almberg e.a., 1998). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat wanneer vrouwen de rol van primaire verzorger op zich nemen, ze over het algemeen, ook een impact ervaren op hun leven buiten de mantelzorgcontext terwijl deze impact voor mannen beperkter is (Pines & Aronson, 1988; in Almberg e.a., 1998). Een vergelijkende studie van Jacobs e.a. (2004) ondersteunt deze hypothese gedeeltelijk. Zo vinden vrouwelijke intensieve mantelzorgers vaker dat ze door de mantelzorg te weinig tijd voor zichzelf hebben in vergelijking tot mannelijke intensieve mantelzorgers (Jacobs e.a., 2004). Buitenlands onderzoek toont verder aan dat vrouwelijke mantelzorgers minder sociale ondersteuning en een groter gebrek aan positieve vooruitzichten ervaren (Almberg e.a., 1998). Dit gebrek aan positieve vooruitzichten is op zijn beurt gerelateerd aan meer ervaren draaglast en gevoelens van depressiviteit (Pines & Aronson, 1988; Borden & Berlin, 1990; Vitaliano e.a., 1991; in Almberg e.a., 1998). De beschikbaarheid van sociale ondersteuning kan hierbij gezien worden als een belangrijke bron van coping waaruit de mantelzorgers zowel informatie als emotionele en

materiële begeleiding kan putten (Pines & Aronson, 1988; in Almborg e.a., 1998; Lazarus & Folkman, 1984). Sociale ondersteuning kan dan ook gezien worden als een manier om de zorgrol te delen en kan daardoor de ervaren draaglast beperken (Almborg e.a., 1998). Mannelijke mantelzorgers melden over het algemeen een hogere graad van satisfactie in vergelijking tot vrouwelijke mantelzorgers. Het zorgen stelt hen in staat te groeien als persoon, betekenis te verlenen aan het leven en versterkt ook de band met familie en vrienden (Ekwall & Hallberg, 2007).

Ongeacht de intensiteit van de mantelzorg, geldt dat de hierdoor ervaren fysieke en financiële belasting bij oudere mantelzorgers (65 tot 79 jaar) meer uitgesproken is dan bij jongere. Door het zorgen vinden ze ook vaker dat ze te weinig tijd hebben voor zichzelf, ervaren ze een grotere impact op hun sociaal leven en voelen ze zich vaker uitgeblust (Jacobs e.a., 2004).

## **2.4 Besluit**

Mantelzorgers kunnen een achteruitgang in hun psychische en lichamelijke gezondheid ervaren als gevolg van de nieuwe rol die wordt opgenomen (Oostelaar en Wolfswinkel, 2006; Carretero e.a., 2008; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Grafström e.a., 1992; Tjadens e.a., 2000). Vooral intensieve mantelzorgers, vrouwen (Almborg e.a., 1998; Navaie-Waliser e.a., 2002) en ouderen ervaren meer belasting (Jacobs e.a., 2004). Dit alles heeft geleid tot meer onderzoek naar de beleving van de mantelzorger. In het bijzonder is men geïnteresseerd in de ontwikkeling van ondersteuningsprogramma's met het oog op het behouden en ondersteunen van deze zeer belangrijke bron van zorg. Hierbij vertrekt men dikwijls vanuit het stress-en-coping paradigma, zoals geformuleerd door Lazarus & Folkman (1984). De zorg voor een zorgbehoevende persoon wordt hierbij als een stressor benaderd. Mediërende factoren zoals het gebruik van bepaalde copingstrategieën en de aanwezigheid van bepaalde bronnen van coping, beïnvloeden de ervaren stress. Het effect van het verlenen van zorg en de mate van ervaren stress, wordt hierbij meestal gemeten aan de hand van de mate van ervaren belasting, depressie of welbevinden (Almborg e.a., 1997; Chambers e.a., 2001; Ekwall e.a., 2006; Ekwall & Hallberg, 2007). Buitenlands onderzoek toont aan dat copingstrategieën als het systematisch zoeken van oplossingen, het behouden van positieve vooruitzichten en de aanwezigheid van sociale steun gerelateerd zijn aan een betere emotionele aanpassing (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; Quayhagen & Quayhagen, 1988; in Almborg e.a., 1997) terwijl copingstrategieën als passiviteit of vermijding gerelateerd zijn aan een zwakkere emotionele aanpassing (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; in Almborg e.a., 1997). Naast de gehanteerde copingstrategieën lijken verschillende bronnen van coping het ervaren welbevinden van de mantelzorger te bepalen, waaronder: de aanwezigheid van een uitgebreid zorgnetwerk, de kennis van de mantelzorger over het bieden van zorg, de mogelijkheden waarover de zorgbehoevende beschikt om in te staan voor de eigen dagelijkse activiteiten, enzovoort (Ekwall e.a., 2006).

Het doel van deze studie is de invloed van de ervaren relatietevredenheid, als een interne bron van coping, en de gehanteerde copingstrategieën na te gaan op het ervaren welbevinden van de mantelzorger. Hierbij zullen we ons beperken tot een specifieke onderzoeksgroep, namelijk:

vrouwelijke, bejaarde, intensieve mantelzorgers die instaan voor de verzorging van hun zorgbehoevende partner. Eerder onderzoek van Jacobs e.a. (2004) toonde reeds aan dat deze groep meer belasting van de mantelzorg ervaart dan anderen. Om de invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatietevredenheid op het welbevinden van de mantelzorgers duidelijk in kaart te brengen zal de groep mantelzorgers verder vergeleken worden met een controlegroep van niet-mantelzorgers.

## **2.5 Onderzoeksvragen**

We onderscheiden in dit onderzoek 4 onderzoeksvragen. Ten eerste wordt nagegaan of er significante verschillen aanwezig zijn tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers wat betreft het ervaren welbevinden, de ervaren relatietevredenheid en gehanteerde copingstrategieën.

- **Hypothese 1:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen van elkaar op het vlak van het ervaren welbevinden.
- **Hypothese 2:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen niet van elkaar op het vlak van de ervaren relatietevredenheid. Daar mantelzorg ontstaat uit gevoelens van liefde of morele plicht en voortvloeit uit de sociale of emotionele band tussen mantelzorgers en zorgbehoevende (Dedry, 2001), worden er op het vlak van de relatietevredenheid weinig verschillen verwacht.
- **Hypothese 3:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen van elkaar op het vlak van de gehanteerde copingstrategieën. Mantelzorg wordt hierbij beschouwd als een belangrijke levensgebeurtenis die gepaard gaat met het ontstaan van nieuw en specifiek copinggedrag.

Verder wordt getracht meer zicht te krijgen op de invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatiesatisfactie op het welbevinden van mantelzorgers.

- **Hypothese 4a:** Copingstrategieën als de 'expressie van emoties', de situatie 'actief aanpakken', 'sociale steun zoeken', gebruik maken van 'geruststellende en troostende gedachten' hebben een positieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.
- **Hypothese 4b:** Copingstrategieën als 'vermijden', een 'palliatieve reactie hanteren' en gebruik maken van een 'passief reactiepatroon' hebben een negatieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.
- **Hypothese 4c:** De ervaren relatietevredenheid heeft een positieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.

### **3. Onderzoeksmethodologie**

---

#### **3.1 Onderzoeksdesign en steekproef**

Het onderzoek bestaat uit een schriftelijke bevraging uitgevoerd in 2008. Twee onderzoeksgroepen namen hieraan deel. Een eerste groep bestaat uit 31 vrouwelijke, bejaarde en intensieve mantelzorgers (tussen 70 en 80 jaar oud) die instaan voor de verzorging van hun zorgbehoevende echtgenoot. Alle leden van deze groep ontvangen een mantelzorgtoelage. De controlegroep bestaat uit 30 bejaarde vrouwen (tussen 70 en 80 jaar oud) die samenwonen met hun niet-zorgbehoevende echtgenoot. Omwille van psychiatrische problemen werd één lid van de controlegroep niet opgenomen in deze studie. Voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksgroepen verwijzen we naar § 4.1.

#### **3.2 Procedure**

De opzet van dit onderzoek werd schriftelijk en mondeling meegedeeld aan voorzitters van seniorenverenigingen en hobbyclubs in de provincie Vlaams-Brabant voor de selectie van de groep niet-mantelzorgers. De vragenlijsten werden aan de voorzitters meegegeven die ze vervolgens per post aan de groep niet-mantelzorgers bezorgden. Deze vragenlijsten waren: de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen en de Nederlandse Relatievragenlijst (NRV). Deze controlegroep werd door de onderzoeker niet begeleid bij het invullen van de vragenlijsten. Een beschrijving van de doelstellingen en de opzet van het onderzoek werden schriftelijk toegevoegd alsook een uitgebreide uitleg omtrent de wijze waarop de vragenlijsten dienden ingevuld te worden.

Voor de selectie van de groep mantelzorgers werd de opzet van dit onderzoek schriftelijk en mondeling meegedeeld aan de diensthoofden van OCMW's, thuiszorgdiensten van het Wit-Gele Kruis en Christelijke en Liberale Mutualiteiten in de provincie Vlaams-Brabant. Aan de mantelzorgers werd gevraagd dezelfde drie vragenlijsten in te vullen die door de onderzoeker aan hun thuisadres werden bezorgd. Ook tijdens het invullen van de vragenlijsten bleef de onderzoeker aanwezig om indien nodig uitleg te geven. Verder werd bij deze groep de intensiteit van de verleende mantelzorg nagegaan door te peilen naar de aard en hoeveelheid zorgtaken die door de mantelzorger werden opgenomen. Voor een uitgebreide beschrijving van de operationalisering van dit zorgbegrip verwijzen we naar § 3.3.1.



### 3.3 Meetinstrumenten

#### 3.3.1 Operationalisering van het begrip zorg

Het verlenen van zorg kan bestaan uit een heel gamma van taken en activiteiten die kunnen ingedeeld worden in categorieën. Voor onze indeling van zorgtaken gaan we ervan uit dat de zorg die opgenomen wordt door mantelzorgers bestaat uit sociaal-emotionele, huishoudelijke en persoonsverzorgende zorgtaken (zie tabel 1) (Jacobs e.a., 2004). Hiermee sluiten we aan bij de indeling die door Jacobs en medewerkers (2004) wordt gehanteerd. Ook in eerder Vlaams en buitenlands onderzoek is deze indeling terug te vinden (Spruytte e.a., 2000; in Jacobs e.a., 2004; Carretero e.a., 2008). Medische taken worden niet opgenomen in deze indeling omdat mantelzorgers zich over het algemeen niet wagen aan taken die een dergelijke deskundigheid vereisen. Deze zorgtaken zouden te weinig voorkomen om ze als aparte zorgcategorie op te nemen (Timmermans & Schellingerhout, 2003; in Jacobs e.a., 2004).

*Tabel 1: Overzicht van zorgtaken bij de vraag naar het opnemen van zorg (Jacobs e.a., 2004)*

<b>Categorie zorgtaken</b>		<b>Zorgtaak</b>
Sociaal-emotionele taken	a	Gewoon aanwezig zijn, gezelschap houden
	b	Luisteren naar problemen
	c	Ondersteuning bij verdriet
	d	Vervoer/begeleiding naar dokter ziekenhuis
	e	Vervoer/begeleiding bij bezoek aan familie of bij uitstapjes
	f	Vervoer/begeleiding bij boodschappen, bezoek aan bank, ...
Huishoudelijke taken	g	Poetsen
	h	Kleren wassen en strijken
	i	Huisdieren verzorgen
	j	Boodschappen doen
	k	Klusjes in/buiten huis opknappen
	l	Bereiden van eten, afwassen
	m	Organiseren van het huishouden
	n	Helpen bij het invullen van papieren
Persoonsverzorgende taken	o	Toezicht houden op medicatie
	p	Helpen bij het eten
	q	Helpen bij het aan- en uitkleden
	r	Helpen bij het zich wassen
	s	Helpen bij het toiletbezoek en verversen incontinentiemateriaal
Andere taken	t	Andere ( <i>vul in</i> )

Op basis van bovenstaande vraag naar het opnemen van zorg kan aan de hand van de CBGS-norm een onderscheid gemaakt worden tussen intensieve en minder intensieve mantelzorgers. Deze CBGS-norm stelt dat men van een intensieve mantelzorger op het gebied van sociaal-emotionele zorgtaken spreekt wanneer minstens 4 sociaal-emotionele zorgtaken worden opgenomen. Een intensieve mantelzorger op het gebied van huishoudelijke zorgtaken neemt minstens 4 huishoudelijke zorgtaken op. Tenslotte spreekt men van een intensieve mantelzorger op het gebied van persoonsverzorgende taken wanneer minstens 2 persoonsverzorgende taken worden opgenomen. Om over de drie groepen zorgtaken heen de intensieve mantelzorgers van de minder intensieve te onderscheiden, krijgen de categorieën zorgtaken een gewicht toegekend. Als men aan het criterium voor twee categorieën zorgtaken voldoet (en dus bijvoorbeeld minstens 4 huishoudelijke én minstens 4 sociaal-emotionele zorgtaken opneemt) is er sprake van intensieve mantelzorg. Voor de persoonsverzorgende zorgtaken geldt dat wanneer minsten 2 van deze taken worden opgenomen men al zeker gerekend wordt tot de intensieve mantelzorgers, ongeacht of deze persoon ook sociaal-emotionele of huishoudelijke taken opneemt. De CBGS-norm wordt beschouwd als een goede maat om intensieve van minder intensieve mantelzorgers te onderscheiden (Jacobs e.a., 2004).

### **3.3.2 De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV)**

Om de relatietevredenheid tussen enerzijds de mantelzorger en haar zorgbehoevende echtgenoot en anderzijds de koppels die deel uitmaken van de controlegroep in kaart te brengen, werd de Nederlandse Relatievragenlijst (NRV) gebruikt. De NRV heeft tot doel zicht te krijgen op de belangrijkste aspecten van intieme relaties. Hierdoor is het mogelijk om met behulp van de NRV te bepalen of en waar zich binnen een intieme relatie problemen voordoen. De NRV kan afgenomen worden bij iedereen ouder dan 17 jaar die een intieme partnerrelatie heeft. Bij de constructie van de NRV werd op basis van de literatuur een itempool geconstrueerd waarin zo veel mogelijk aspecten van relatiekwaliteit waren vertegenwoordigd. Door middel van factoranalytisch onderzoek werd vervolgens bepaald welke hoofddimensies van relatiekwaliteit ten grondslag lagen aan deze itempool. Op deze wijze werden de uiteindelijke vijf schalen van de NRV geconstrueerd: Onafhankelijkheid, Emotionele saamhorigheid, Identiteit, Conflicthantering en Seksualiteit. Deze bestaan samen uit 80 items, te beantwoorden op een tweepuntenschaal. Hieronder volgt een korte beschrijving van de vijf verschillende schalen, hierbij is de "je-vorm" gebruikt voor de onderzochte persoon (Barelds e.a., 2003).

- 1) Onafhankelijkheid: dit wil zeggen, je partner heeft respect voor je en probeert niet je te veranderen, maar accepteert je zoals je bent. Hoge scores sluiten aan bij bovenstaande beschrijving. Lage scores daarentegen worden gekenmerkt door een gebrek aan respect, vrijheid, eerlijkheid en naar elkaar luisteren.
- 2) Emotionele saamhorigheid: je laat regelmatig merken dat je van de ander houdt. Er kan goed over gevoelens worden gepraat en deze worden ook geuit. Lage scores worden gekenmerkt door een gebrek aan: affectie, expressiviteit, emotionele saamhorigheid en afhankelijkheid.

- 3) Identiteit: een positieve evaluatie van jezelf als partner en, mede door de relatie, een positief zelfbeeld en algemene levenssatisfactie. Lage scores worden gekenmerkt door een gebrek aan positieve evaluatie, een negatief zelfbeeld en lage algemene levenssatisfactie.
- 4) Conflicthantering: jij en je partner gaan op een adequate manier met conflicten om, door rustig met elkaar te praten en op een rustige manier tot een oplossing proberen te komen. Lage scores worden gekenmerkt door een gebrek aan communicatieve vaardigheden met betrekking tot het bespreken en oplossen van problemen.
- 5) Seksualiteit: je bent tevreden over de seksualiteit en over de afstemming tussen jou en je partner met betrekking tot jullie individuele behoeftes op seksueel gebied. Lage scores worden gekenmerkt door een lage seksuele satisfactie en een slechte seksuele compatibiliteit.

Aan de hand van de NRV kan verder een totaal score bepaald worden als een maat voor de totale relatiekwaliteit. Deze wordt bepaald door een hoge mate van onafhankelijkheid, emotionele saamhorigheid, identiteit, conflicthantering en seksualiteit (Barelds e.a., 2003). De NRV beschikt verder over goede psychometrische eigenschappen (COTAN-beoordeling in 2004).

### **3.3.3 De Utrechtse Coping Lijst (UCL)**

De gehanteerde copingstrategieën door de groep mantelzorgers en de controlegroep werden nagegaan aan de hand van de Utrechtse Coping Lijst (UCL). Het doel van de UCL is het vaststellen van het karakteristieke copinggedrag bij confrontatie met problemen of aanpassingvereisende gebeurtenissen. De UCL is het beste te plaatsen onder de opvatting van coping als persoonlijkheidsstijl. Dit betekent niet dat de copingvormen die iemand hanteert worden opgevat als onveranderlijke eigenschappen, maar wel dat er vanuit wordt gegaan dat er sprake is van bepaalde voorkeuren voor copingvormen over een aantal situaties heen. Deze reactiewijzen zijn mede tot stand gekomen door vroegere leerervaringen, opvoedingspatronen en persoonlijkheidskenmerken. Een belangrijk doel van de UCL is de effectiviteit van verschillende coping-vormen te onderzoeken. Het onderzoek naar effectiviteit van copinggedrag in de zin van het voorkomen van gezondheidsklachten, psychisch of sociaal disfunctioneren, dient hierbij plaats te vinden in een multifactorieel model. Hierin zal dan aandacht besteed worden aan levensomstandigheden, de aard van de aanpassing vereisende problemen en de perceptie daarvan. Met de UCL is het mogelijk om in een dergelijk model verschillende coping-reacties te onderscheiden (Scheurs e.a., 1993).

De UCL kan bij iedereen die "tesbaar" is, vanaf 14 jaar worden afgenomen. De UCL is in de eerste plaats ontwikkeld voor onderzoeksdoeleinden, maar kan ook individueel gebruikt worden. De UCL bestaat uit 7 schalen met 47 items te beantwoorden op een vier-keuzeschaal (Likert-type). Onderstaand volgt een korte beschrijving van de 7 schalen waaruit de UCL is opgebouwd (Scheurs e.a., 1993).

- 1) Actief aanpakken: de situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen
- 2) Palliatief reactiepatroon: afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, te drinken of zich wat te ontspannen.
- 3) Afwachten, vermijden: de zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.
- 4) Sociale steun zoeken: het zoeken van troost en begrip bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
- 5) Passief reactiepatroon: zich volledig door de problemen en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat om iets aan de situatie te doen; piekeren over het verleden.
- 6) Expressie van emoties: het laten blijken van ergernis of kwaadheid; spanning afreageren.
- 7) Geruststellende gedachten hanteren: zichzelf geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijns komt, dat anderen het ook weleens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren; jezelf moed inspreken.

De UCL beschikt over matige tot redelijke psychometrische kwaliteiten (Evers e.a., 2000).

### **3.3.4 De Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen**

Om het welbevinden van de groep mantelzorgers en de controlegroep in kaart te brengen werd de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen gebruikt (Marcoen e.a., 2002). Deze schaal bestaat uit 56 items die worden beantwoord op een zevenpuntsschaal (Likert-type). De items van de Leuvense Schaal Welbevinden Ouderen zijn verdeeld over volgende zes dimensies:

- 1) Psychisch welbevinden: heeft betrekking op het zich al dan niet goed voelen bij de eigen percepties, gedachten, herinneringen, wensen en emoties. Het verwijst naar een positief zelfbeeld en aanvaarding van het eigen verleden en heden.
- 2) Existentieel welbevinden: heeft betrekking op de existentiële ervaring te zijn geboren en te moeten sterven in een niet te vatten universum. Het hangt samen met de grote vragen over de betekenis van het bestaan en de individuele levensloop. Het heeft betrekking op het al dan niet hebben van een levenskader, het al dan niet ervaren van de zin in het leven en het zich kunnen stellen van doelen in het leven.
- 3) Lichamelijk welbevinden: houdt in dat men tevreden is met zijn zintuiglijk en motorisch functioneren. De afwezigheid van pijn en ziekte, zich goed voelen in het eigen lichaam, ervan houden zoals het is en een positieve beleving van het uiterlijk, dragen bij tot het ervaren van lichamelijk welbevinden.
- 4) Sociaal Welbevinden: betekent tevredenheid met de sociale contacten die men heeft, zowel kwantitatief als kwalitatief. Zelf iets hebben aan anderen en het gevoel hebben om voor anderen iets te betekenen, zowel voor familie, burens, vrienden als kennissen, draagt bij tot tevredenheid op sociaal vlak.

- 5) Materieel welbevinden: houdt in dat men tevreden is met zijn materieel milieu en zijn materiële levenscondities. Het gaat hier onder andere om behuizing, noodzakelijke faciliteiten, comfort en financiële toestand, zoals beleefd door de persoon in kwestie.
- 6) Cultureel welbevinden: wordt omschreven als een zich goed voelen in de huidige maatschappij, niet overspoeld worden door allerlei vernieuwingen die worden doorgevoerd en het kunnen vasthouden aan de gewoonten waaraan men belang hecht.

De 56 items waaruit de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen is opgebouwd kunnen tevens worden opgeteld om tot een totaalscore te komen waarmee het algemeen welbevinden wordt uitgedrukt. Deze schaal beschikt over een goede interne consistentie, de Cronbach alfacoefficienten situeren zich tussen alpha 0,89 en 0,61 (Marcoen e.a., 2002).

### **3.3.5 Andere onderzoeksvariabelen**

Van de mantelzorgers en niet-mantelzorgers werden de leeftijd, de burgerlijke staat, het opleidingsniveau en de sociaal-economische status bevraagd. Verder werd binnen de groep van mantelzorgers gepeild naar de belangrijkste aandoening waaraan de zorgbehoevende persoon lijdde en hoelang de mantelzorg al wordt opgenomen.

## 4. Resultaten

---

### 4.1 Beschrijving van de onderzoeksgroepen

Er werden in totaal 23 voorzieningen in Vlaams-Brabant aangesproken voor de selectie van de groep mantelzorgers: 10 OCMW's, 5 Christelijke mutualiteiten, 2 Liberale Mutualiteiten en 6 thuiszorgdiensten van het Wit-Gele Kruis. Hiervan gingen 7 voorzieningen akkoord met de deelname aan het onderzoek (responsrate = 30,4%). Van 10 voorzieningen werd geen reactie ontvangen op de vraag naar medewerking (43,5%) en 6 voorzieningen (26,1%) weigerden mee te werken aan dit onderzoek omdat de vragenlijsten als emotioneel te belastend werden beoordeeld, ter bescherming van de privacy van de mantelzorgers of omwille van tijdsgebrek. Voor de selectie van de groep niet-mantelzorgers werden twee hobbyclubs en één seniorenvereniging in de provincie Vlaams-Brabant aangesproken. Deze gingen allen akkoord met de deelname aan het onderzoek.

In totaal participeerden 31 mantelzorgers en 30 niet-mantelzorgers aan deze studie. Mantelzorgers ( $X = 73,48$  ;  $sd = 2,51$ ) en niet-mantelzorgers ( $X = 74,60$  ;  $sd = 3,33$ ) verschillen niet van elkaar voor wat betreft hun leeftijd ( $t = 1,474$ ;  $df = 53,97$ ;  $p = 0,146$ ) en burgerlijke staat. Ook qua opleidingsniveau worden geen verschillen teruggevonden ( $t = 0,127$ ;  $df = 59$ ;  $p = 0,899$ ), gemiddeld behaalden beide groepen een diploma van het lager middelbaar onderwijs. Het maandelijks inkomen van mantelzorgers ( $X =$  tussen 999 en 1499 euro) is verder significant lager dan dat van niet-mantelzorgers ( $X =$  tussen 1499 en 1999 euro) ( $t = 4,075$ ;  $df = 59$ ;  $p = 0,000$ ). Binnen de groep mantelzorgers voldoen alle respondenten aan de classificatie van intensieve mantelzorger aan de hand van CBGS-norm (Jacobs e.a., 2004). In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de sociaal-emotionele, huishoudelijke en persoonsverzorgende zorgtaken die door de mantelzorgers worden opgenomen.

*Tabel 2: Percentage mantelzorgers die hulp bieden op het vlak van sociaal-emotionele, huishoudelijke en persoonsverzorgende zorgtaken (n = 31).*

---

Zorgtaken	Ja %
Sociaal-emotionele taken	
Gewoon aanwezig zijn, gezelschap houden	100
Luisteren naar problemen	100
Ondersteuning bij verdriet	93,5
Vervoer/begeleiding naar dokter ziekenhuis	100
Vervoer/begeleiding bij bezoek aan familie of bij uitstapjes	77,4
Vervoer/begeleiding bij boodschappen, bezoek aan bank, ...	64,5

---

<b>Zorgtaken</b>	<b>Ja %</b>
<b>Huishoudelijke taken</b>	
Poetsen	93,5
Kleren wassen en strijken	100
Huisdieren verzorgen	58,1
Boodschappen doen	93,5
Klusjes in/buiten huis opknappen	80,6
Bereiden van eten, afwassen	100
Organiseren van het huishouden	100
Helpen bij het invullen van papieren	93,5
<b>Persoonsverzorgende taken</b>	
Toezicht houden op medicatie	93,5
Helpen bij het eten	54,8
Helpen bij het aan- en uitkleden	67,7
Helpen bij het zich wassen	61,3
Helpen bij het toiletbezoek en verversen van incontinentiemateriaal	48,4

Een analyse van de variëteit van het takenpakket toont dat de overgrote meerderheid (87,1%) van de mantelzorgers voldoet aan de classificatie van intensieve mantelzorgers voor zowel sociaal-emotionele, huishoudelijke als persoonsverzorgende zorgtaken. De overige 12,9% van de mantelzorgers voldoet aan de classificatie van intensieve mantelzorgers voor sociaal-emotionele en huishoudelijke zorgtaken. Gemiddeld wordt er reeds 5 jaar mantelzorg verleend (waarden variëren tussen 2 jaar en 15 jaar). Er worden in totaal vier verschillende aandoeningen onderscheiden waaraan de zorgbehoevende echtgenoot van de mantelzorgers lijdt, namelijk: handicap (35,5%), chronische ziekte (45,2%), dementie (12,9%) en terminale ziekte (6,5%).

#### **4.2 Interne consistentie van de gebruikte meetinstrumenten**

Cronbach's alpha voor de zeven copingstrategieën van de UCL varieert tussen 0,597 en 0,779. De totale relatietevredenheid zoals bepaald door de som op de 5 dimensies van de NRV behaalt een Cronbach's alpha van 0,936 (Cronbach's alpha op de 5 dimensies varieert tussen 0,663 en 0,859). Het totaal welbevinden zoals bepaald door de som op de 6 dimensies van welbevinden van de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen beschikt over een Cronbach's alpha van 0,953 (Cronbach's alpha op de 6 dimensies varieert tussen 0,634 en 0,870).

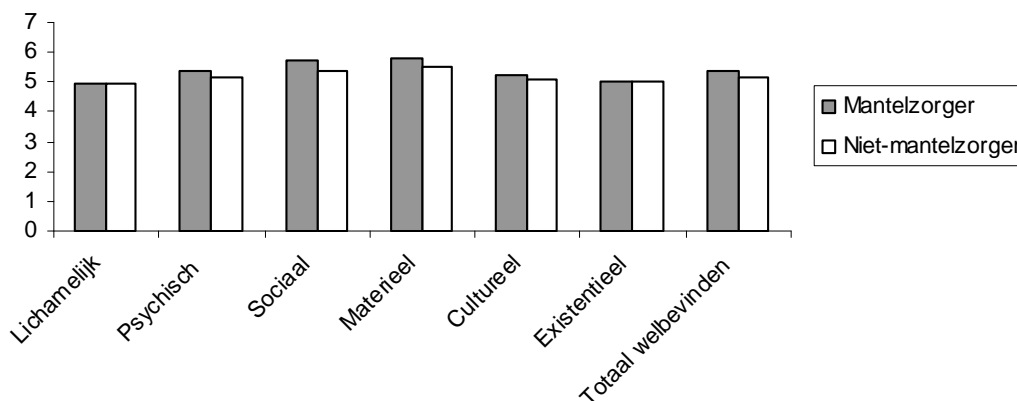
### 4.3 Toetsing van de onderzoekshypothesen

#### 4.3.1 Ervaren welbevinden, relatiesatisfactie en gehanteerde copingstrategieën

**Hypothese 1:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen van elkaar op het vlak van het ervaren welbevinden.

Een *t*-test werd uitgevoerd voor de toetsing van bovenstaande onderzoeksvraag. Voor wat betreft de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen werden er geen significante verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers teruggevonden voor het gemiddeld ervaren lichamelijk ( $p = 0,816$ ), psychisch ( $p = 0,469$ ), sociaal ( $p = 0,115$ ), materieel ( $p = 0,146$ ), cultureel ( $p = 0,558$ ) en existentieel welbevinden ( $p = 0,964$ ). Ook op het vlak van het totaal welbevinden worden gemiddeld geen significante verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers teruggevonden ( $p = 0,355$ ) (zie figuur 1).

*Figuur 1:* Overzicht van het gemiddeld welbevinden volgens de Leuvense Schaal voor Welbevinden Ouderen bij mantelzorgers ( $n = 31$ ) en niet-mantelzorgers ( $n = 30$ ).



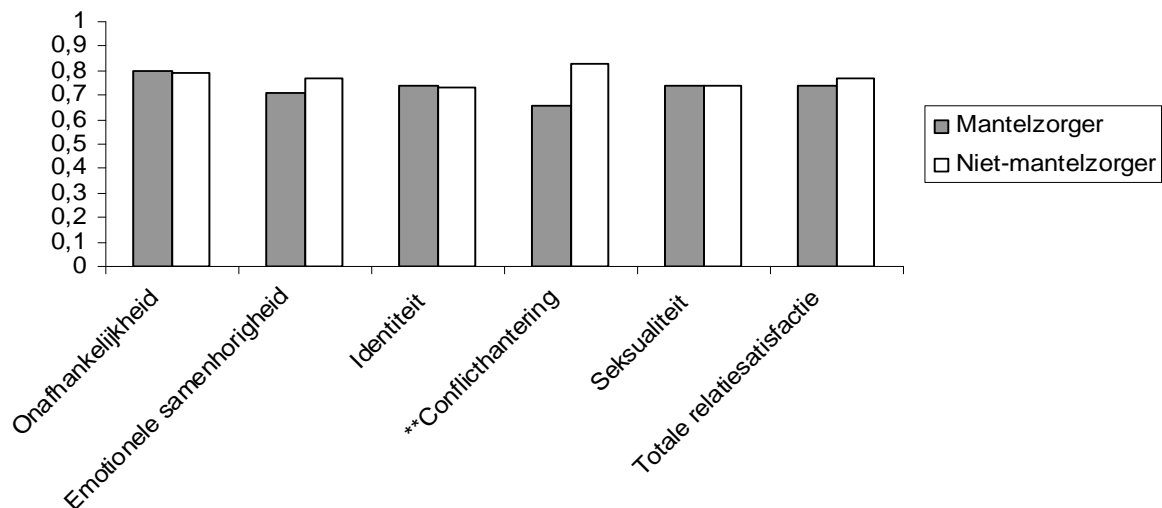
**Hypothese 2:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen niet van elkaar op het vlak van de ervaren relatietevredenheid.

Een vergelijkende analyse van de gemiddelde scores op de 5 hoofddimensies van relatiekwaliteit van de NRV toont gemiddeld geen significant verschil tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers voor wat betreft de mate van ervaren onafhankelijkheid ( $p = 0,811$ ), emotionele samenhang ( $p = 0,263$ ), identiteit ( $p = 0,927$ ) en seksualiteit ( $p = 0,903$ ). Mantelzorgers behalen gemiddeld een significant lagere score op het vlak van conflicthantering in vergelijking tot niet-mantelzorgers ( $p = 0,012$ ), hetgeen mogelijk duidt op moeilijkheden met betrekking tot het bespreken en oplossen van problemen binnen de intieme relatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende. Hierbij dient opgemerkt dat de Nederlandse Relatievragenlijst niet aangepast is aan de mantelzorgsituatie waardoor het onduidelijk blijft hoe dit gevonden verschil kan geïnterpreteerd worden. Uit



observaties tijdens het afnemen van de vragenlijsten blijkt immers dat de wijze waarop mantelzorgers omgaan met conflicten sterk afhankelijk is van het ziektebeeld van hun zorgbehoevende echtgenoot. Zo ondervinden mantelzorgers moeilijkheden om problemen te bespreken of op te lossen wanneer het ziektebeeld van de zorgbehoevende gekenmerkt wordt door gedragsproblemen en agressiviteit. Dezelfde moeilijkheden worden echter ook teruggevonden wanneer het ziektebeeld van de echtgenoot gekenmerkt wordt door een verminderde responsiviteit, een grote mate van afhankelijkheid of wanneer de zorgbehoevende bedlegerig is. De significant lagere score op het vlak van conflicthantering lijkt bij deze groep mantelzorgers echter niet gerelateerd te zijn aan moeilijkheden inzake het bespreken en oplossen van problemen, maar zou eerder op de afwezigheid van conflicten tussen mantelzorgers en zorgbehoevende kunnen wijzen. Tenslotte worden op het vlak van de totale relatiesatisfactie gemiddeld geen significante verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers teruggevonden ( $p = 0,466$ ) (zie figuur 2).

*Figuur 2: Overzicht van de gemiddelde relatiesatisfactie en hoofddimensies van relatiekwaliteit (NRV) bij mantelzorgers ( $n = 31$ ) en niet-mantelzorgers ( $n = 30$ ).*



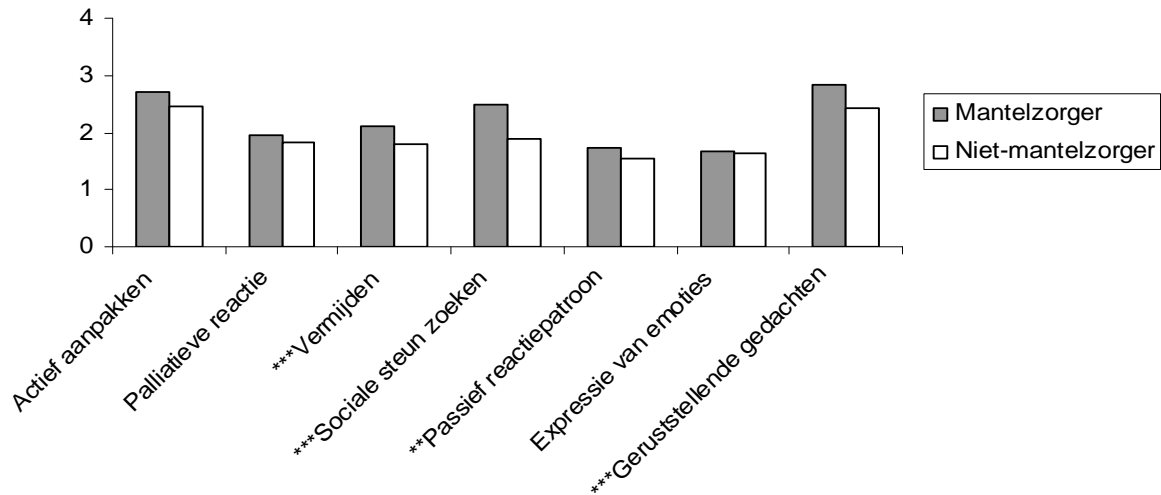
\*\* $p < 0,05$

**Hypothese 3:** Mantelzorgers en niet-mantelzorgers verschillen van elkaar op het vlak de gehanteerde copingstrategieën.

Een vergelijkende analyse van de gemiddelde scores op de 7 copingstrategieën van de UCL toont gemiddeld geen significant verschil tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers voor wat betreft de copingstrategieën: palliatieve reactie ( $p=0,122$ ) en expressie van emoties ( $p=0,931$ ). Mantelzorgers behalen, in vergelijking tot niet-mantelzorgers, gemiddeld een significant hogere score voor wat betreft de copingstrategieën: vermijden ( $p=0,003$ ), sociale steun zoeken ( $p=0,000$ ), passief reactiepatroon ( $p=0,045$ ) en geruststellende gedachten ( $p=0,001$ ). Tenslotte gebruiken

mantelzorgers (marginaal) significanter de copingstrategie actief aanpakken ( $p=0,066$ ) in vergelijking tot niet-mantelzorgers (zie figuur 3).

*Figuur 3: Overzicht van de gemiddelde scores op de 7 copingstrategieën van de UCL bij mantelzorgers ( $n = 31$ ) en niet-mantelzorgers ( $n = 30$ ).*



\*\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,01$

De hypothese die verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers veronderstelt op het vlak van ervaren welbevinden en gehanteerde copingstrategieën, wordt slechts gedeeltelijk bevestigd. Significante verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers zijn terug te vinden voor wat betreft het gebruik van de copingstrategieën 'vermijden', 'sociale steun zoeken', 'passief reactiepatroon' en het 'hanteren van geruststellende gedachten'. Op het vlak van het ervaren welbevinden blijken mantelzorgers echter niet significant te verschillen van niet-mantelzorgers. De hypothese die geen verschillen veronderstelt tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers op het vlak van de ervaren relatietevredenheid wordt grotendeels bevestigd. Beide groepen verschillen niet significant op het vlak van de totaal ervaren relatietevredenheid en de mate van onafhankelijkheid, emotionele samenhang, identiteit en seksualiteit. Significante verschillen worden echter wel teruggevonden op het vlak van conflicthantering. Zoals eerder vermeld dient dit best geïnterpreteerd te worden rekening houdend met het ziektebeeld van de zorgbehoevende echtgenoot. De moeilijkheden met betrekking tot het bespreken en oplossen van problemen binnen de intieme relatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende lijken aanwezig te zijn in gevallen waarbij het ziektebeeld van de zorgbehoevende gekenmerkt wordt door agressiviteit en gedragsproblemen. Indien het ziektebeeld van echtgenoot echter gekenmerkt wordt door een verminderde responsiviteit, een grote mate van afhankelijkheid of wanneer de zorgbehoevende bedlegerig is, lijkt er eerder sprake te zijn van een afwezigheid van conflicten.

#### 4.3.2 De invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatiesatisfactie op het ervaren welbevinden van mantelzorgers

**Hypothese 4a:** Copingstrategieën als de “expressie van emoties”, “de situatie actief aanpakken”, “sociale steun zoeken” en “gebruik maken van geruststellende en troostende gedachten” hebben een positieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.

**Hypothese 4b:** Copingstrategieën als “vermijden”, een “palliatieve reactie hanteren” en gebruik maken van een “passief reactiepatroon” hebben een negatieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.

**Hypothese 4c:** De ervaren relatietevredenheid heeft een positieve invloed op het ervaren welbevinden van mantelzorgers.

De mate waarin de gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatiesatisfactie bijdragen tot het ervaren welbevinden van mantelzorgers wordt nagegaan door een stapsgewijze lineaire regressieanalyse met als afhankelijke variabele het totaal ervaren welbevinden en als onafhankelijke variabelen de gehanteerde copingstrategieën en de ervaren totale relatiesatisfactie.

Deze stapsgewijze lineaire regressieanalyse toont aan dat de ervaren totale relatiesatisfactie ( $\beta = -0,161$ ;  $p = 0,281$ ) en de copingstrategieën ‘actief aanpakken’ ( $\beta = 0,110$ ;  $p = 0,412$ ), ‘sociale steun zoeken’ ( $\beta = 0,032$ ;  $p = 0,849$ ) en ‘geruststellende gedachten hanteren’ ( $\beta = -0,138$ ;  $p = 0,271$ ) geen significante bijdrage blijken te leveren aan het totaal ervaren welbevinden in deze steekproef.

De copingstrategieën: palliatieve reactie, vermijden, passief reactiepatroon en expressie van emoties leveren een significante bijdrage aan het huidig ervaren welbevinden en worden in deze regressieanalyse weerhouden als voorspellende variabelen. Dit resulteert in een significant model ( $R^2 = 0,720$ ;  $F_{4, 26} = 16,734$ ;  $p < 0,001$ ) waaruit blijkt dat de vier variabelen een unieke bijdrage leveren aan de variantie van het totaal ervaren welbevinden van intensieve mantelzorgers (zie tabel 2). Samen “verklaren” ze bij benadering 72% van deze variantie.

Tabel 3: Lineaire regressieanalyse met het totaal ervaren welbevinden van mantelzorgers als afhankelijke variabele en de totale ervaren relatiesatisfactie en gehanteerde copingstrategieën als onafhankelijke variabelen.

	Gest. $\beta$	$R^2$	$R^2$ change	F	F change
<b>Ervaren welbevinden van mantelzorgers</b>					
Vermijden	-0,428***				
Passief reactiepatroon	-0,911***				
Expressie van emoties	0,716***				
Palliatieve reactie	-0,399**	0,720	0,083	16,734***	7,740**

\*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

**Hypothese 4a** die een positieve invloed veronderstelt van de copingstrategieën 'expressie van emoties', 'actief aanpakken' en 'sociale steun zoeken' op het totaal welbevinden van intensieve mantelzorgers, wordt gedeeltelijk bevestigd. De stapsgewijze lineaire regressieanalyse toont dat enkel de copingstrategie 'expressie van emoties' een significant positieve bijdrage levert aan het totaal ervaren welbevinden van intensieve mantelzorgers. Het gebruik van de copingstrategieën 'actief aanpakken' en 'sociale steun zoeken' beïnvloeden het ervaren welbevinden niet significant.

**Hypothese 4b** die een negatieve invloed van de copingstrategieën 'vermijden', 'palliatieve reactie' en 'passief reactiepatroon' op het totaal welbevinden van intensieve mantelzorgers vooropstelt, wordt bevestigd. Deze drie copingstrategieën leveren elk een unieke bijdrage aan de variantie van het totaal ervaren welbevinden van intensieve mantelzorgers.

**Hypothese 4c** die een positieve invloed van de ervaren relatietevredenheid op het welbevinden van intensieve mantelzorgers veronderstelt, wordt niet bevestigd. De ervaren relatietevredenheid beïnvloedt het welbevinden in de huidige steekproef niet significant.

## 5. Bespreking

---

In dit onderzoek wordt verslag uitgebracht over het welbevinden, de ervaren relatiesatisfactie en de gehanteerde copingstrategieën van vrouwelijke, bejaarde en intensieve mantelzorgers in vergelijking tot niet-mantelzorgers. Tegelijkertijd werd onderzocht of het ervaren welbevinden van mantelzorgers beïnvloed wordt door de gehanteerde copingstrategieën binnen de zorgsituatie en de ervaren relatiesatisfactie.

### 5.1 Ervaren welbevinden, relatiesatisfactie en gehanteerde copingstrategieën

#### 5.1.1 Ervaren Welbevinden

**Hypothese 1** die veronderstelt dat mantelzorgers en niet-mantelzorgers van elkaar verschillen op het vlak van ervaren welbevinden wordt niet bevestigd. Vrouwelijke, bejaarde intensieve mantelzorgers verschillen niet significant van vrouwelijke, bejaarde niet-mantelzorgers voor wat betreft het ervaren psychisch, existentieel, lichamelijk, sociaal, materieel en cultureel welbevinden. Dit lijkt in strijd met vorige onderzoeken die de psychische, lichamelijke, sociale en financiële gevolgen die gepaard gaan met het opnemen van de mantelzorg nagingen. Zo identificeren Jacobs e.a. (2004) de groep vrouwelijke, bejaarde, intensieve mantelzorgers als degenen die de hoogste graad van belasting ervaren in vergelijking tot andere mantelzorgers. Nefaste gevolgen worden beschreven op fysiek, emotioneel, financieel en sociaal vlak ten gevolge van de nieuwe zorgrol die wordt opgenomen. Anderzijds beschrijven intensieve mantelzorgers de zorgsituatie vaker als een verrijkende ervaring (Jacobs e.a., 2004). Hoewel het verlenen van mantelzorg zwaar belastend is, blijkt ze tevens een bron van voldoening te zijn (Grant e.a., 1998; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Ekwall e.a. 2006; Ekwall & Hallberg, 2007). Een mogelijke verklaring ligt dan ook in het feit dat de aanwezige fysieke, emotionele, sociale en financiële belasting niet, of slechts gedeeltelijk, voorspellend is voor het ervaren welbevinden van mantelzorgers. Zo melden Dedry (2001) en Jacobs e.a. (2004) dat mantelzorgers er bewust voor kiezen om zorg te (blijven) verlenen, zelfs wanneer de draaglast die hiermee gepaard gaat op de voorgrond treedt (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004). De keuze voor het verlenen van de mantelzorg vloeit hierbij voort uit het vertrouwen van de zorgbehoevende in de mantelzorger en het vermijden van een institutionalisering (Jacobs e.a., 2004). Zo stellen Brouwer e.a. (2005) dat het bieden van mantelzorg vaak leidt tot meer voldoening voor de mantelzorger dan wanneer de zorg volledig overgenomen zou worden door formele zorgbronnen (Brouwer e.a., 2005). Mogelijk wegen deze factoren dan ook op tegen de ervaren draaglast in het voorspellen van het welbevinden van mantelzorgers.

### **5.1.2 Ervaren relatietevredenheid**

**Hypothese 2** die geen verschillen tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers vooropstelt met betrekking tot de ervaren relatietevredenheid wordt grotendeels bevestigd. Er worden geen significante verschillen teruggevonden voor wat betreft de totaal ervaren relatietevredenheid en de tevredenheid over de subjectief ervaren mate van onafhankelijkheid, emotionele samenhang, identiteit en seksualiteit binnen de partnerrelatie. Aangezien mantelzorg voortvloeit uit de sociale of emotionele band tussen mantelzorger en zorgbehoevende is dit niet verwonderlijk. De belangrijkste intrinsieke motivaties om mantelzorger te worden zijn immers liefde en moreel plichtsgevoel. Tussen zorgvrager en mantelzorger heerst een band van vertrouwen en emotionele verbondenheid (Dedry, 2001). De kwaliteit van de relatie tot de persoon voor wie gezorgd wordt kan tevens gezien worden als een interne bron van coping voor de mantelzorger (Ekwall e.a., 2006). In vergelijking tot niet-mantelzorgers behalen mantelzorgers echter een significant lagere score op het vlak van conflicthantering. Zoals eerder opgemerkt kan dit niet zonder meer geïnterpreteerd worden als een onvermogen van de mantelzorger om binnen de zorgsituatie met problemen om te gaan. Afhankelijk van het ziektebeeld van de zorgbehoevende krijgt dit gevonden verschil immers een andere invulling. De moeilijkheden met betrekking tot het bespreken en oplossen van problemen binnen de intieme relatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende lijken aanwezig te zijn als het ziektebeeld van de zorgbehoevende echtgenoot gekenmerkt wordt door agressiviteit en gedragsproblemen. Indien het ziektebeeld echter een verminderde responsiviteit, een grote mate van afhankelijkheid omvat of wanneer de zorgbehoevende bedlegerig is, lijkt er eerder sprake te zijn van een afwezigheid van conflicten.

### **5.1.3 Gehanteerde copingstrategieën**

**Hypothese 3** die ervan uitgaat dat mantelzorgers en niet-mantelzorgers van elkaar verschillen op het vlak van gehanteerde copingstrategieën, wordt gedeeltelijk bevestigd. Mantelzorgers beroepen zich significant vaker op copingstrategieën als 'vermijden' waarbij men de situatie uit de weg tracht te gaan of eerder afwacht wat er gaat gebeuren en 'het hanteren van een passief reactiepatroon' waarbij men zich volledig door de problemen en de situatie in beslag laat nemen en de zaak eerder somber inziet. Mantelzorgers zoeken significant vaker 'sociale steun', troost en begrip bij anderen. Tevens hanteren mantelzorgers significant vaker 'geruststellende en troostende gedachten' in vergelijking tot niet-mantelzorgers door zichzelf moed in te spreken en gerust te stellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt of dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben. Tenslotte wordt een marginale tendens opgemerkt voor wat betreft het gebruik van de copingstrategie 'actief aanpakken' waarop mantelzorgers zich vaker beroepen in vergelijking tot niet-mantelzorgers. Zo zullen mantelzorgers vaker doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om problemen binnen de zorgsituatie op te lossen. Er worden geen significante verschillen teruggevonden tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers voor wat betreft de copingstrategieën 'palliatieve reactie' waarbij men afleiding zoekt om niet aan het probleem te hoeven denken en 'expressie van emoties' waarbij men ergernis laat blijken en spanningen tracht af te reageren.

Zoals eerder beschreven beïnvloedt de manier van omgaan met belastende gebeurtenissen het welzijn van mensen, hetgeen impliceert dat sommige copingvormen effectiever zijn dan andere in termen van probleemoplossing of positieve effecten op de gezondheid en het psychisch functioneren. Effectief copinggedrag betekent hierbij dat men door een bepaald copingpatroon het welzijn in stand houdt of bevordert (Scheurs e.a., 1993). De mate waarin de gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatietevredenheid het ervaren welbevinden van mantelzorgers beïnvloeden, wordt onderstaand in § 5.2 uitvoerig beschreven.

## **5.2 De invloed van gehanteerde copingstrategieën en de ervaren relatietevredenheid op het ervaren welbevinden van mantelzorgers**

**Hypothese 4a** die stelt dat de copingstrategieën 'actief aanpakken', 'expressie van emoties', 'sociale steun zoeken' en gebruik maken van 'geruststellende en troostende gedachten' een positieve invloed hebben op het welbevinden van mantelzorgers wordt slechts gedeeltelijk bevestigd. Enkel de copingstrategie 'expressie van emoties' wordt aanvaard als een significante positieve voorspeller voor het welbevinden van mantelzorgers.

Deze resultaten zijn enigszins verrassend. Zo blijkt de copingstrategie 'actief aanpakken' geen significante bijdrage te leveren aan het ervaren welbevinden. In de literatuur wordt echter gewezen op de positieve invloed die copingstrategieën als het systematisch zoeken van oplossingen uitoefenen op de emotionele aanpassing van mantelzorgers (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; Quayhagen & Quayhagen, 1988; in Almborg e.a., 1997). Deze veronderstelling wordt in dit onderzoek niet ondersteund. Een verklaring ligt mogelijk in feit dat enkel intensieve mantelzorgers aan deze studie deelnamen. Wanneer er vanuit wordt gegaan dat intensieve mantelzorg ook gepaard gaat met een grote zorgbehoefte en een slecht gezondheidsperspectief, kan 'actief aanpakken' als contraproductief gezien worden indien frequent toegepast in een eerder uitzichtloze situatie. In dit verband stellen Lazarus en Folkman (1984) dat de mate waarin de stressor kan veranderd worden een belangrijke factor is om de effectiviteit van de gebruikte copingstrategieën te bepalen. Zo worden probleem-gerichte strategieën als minder efficiënt gezien in situaties waarin de mantelzorger geen volledige controle heeft over de aanwezige stressoren (Lazarus & Folkman, 1984). De significante positieve invloed die de emotie-gerichte copingstrategie 'expressie van emoties' uitoefent op het ervaren welbevinden lijkt deze veronderstelling te ondersteunen. De emotie-gerichte copingstrategie 'geruststellende en troostende gedachten hanteren' levert echter geen significante bijdrage aan het ervaren welbevinden van intensieve mantelzorgers. Deze tegenstrijdige resultaten doen vermoeden dat de CBGS-norm die in deze studie wordt gehanteerd niet adequaat genoeg is om een onderscheid te maken tussen intensieve en minder intensieve mantelzorgers. Een heterogene steekproef bestaande uit intensieve en minder intensieve mantelzorgers zou deze tegenstrijdige resultaten uitklaren. Anderzijds is het mogelijk dat het gebruik van de copingstrategie 'geruststellende en troostende gedachten hanteren' geen effectieve copingstrategie is in een situatie waarin het gezondheidsperspectief eerder slecht is. Een aanvaardende houding lijkt in dit geval adequater. Wat betreft het 'zoeken van sociale steun' lijkt er geen consensus te zijn rond de effectiviteit van deze copingstrategie in de mantelzorgsituatie. Buitenlands onderzoek toont aan dat dit gerelateerd kan zijn aan een betere emotionele

aanpassing (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; Quayhagen & Quayhagen, 1988; in Almborg e.a., 1997), terwijl Ekwall e.a. (2006) stellen dat het zoeken van sociale steun voorspellend is voor een lagere levenskwaliteit vermits het gepaard gaat met het ervaren van een ontoereikende sociale ondersteuning (Ekwall e.a., 2006). In deze studie blijkt 'sociale steun zoeken' geen significante bijdrage te leveren aan het welbevinden van mantelzorgers. Uit § 4.3.1 bleek reeds dat het zoeken van sociale steun vaker toegepast wordt door mantelzorgers in vergelijking tot niet-mantelzorgers. Verder werden geen significante verschillen teruggevonden tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers voor wat betreft het sociaal welbevinden. Mogelijk ervaren intensieve mantelzorgers de geboden sociale steun binnen de mantelzorgsituatie niet als kwaliteitsvol of authentiek en slagen ze er niet in troost en begrip te vinden bij anderen. Anderzijds is het ook mogelijk dat het zoeken van sociale steun mantelzorgers in staat stelt hun niveau van welbevinden te behouden. Deze copingstrategie wordt niet verwacht voorspellend te zijn voor het welbevinden van mantelzorgers, maar versterkt mogelijk hun draagkracht door te voorkomen dat ze zich slechter gaan voelen.

**Hypothese 4b** die een negatieve invloed van de copingstrategieën 'vermijden', een 'palliatieve reactie hanteren' en gebruik maken van een 'passief reactiepatroon' op het welbevinden van mantelzorgers veronderstelt, wordt volledig bevestigd. Uit § 4.3.1 bleek tevens dat mantelzorgers significant vaker de copingstrategieën 'vermijden' en 'passief reactiepatroon' hanteren in vergelijking tot niet-mantelzorgers. De negatieve invloed die deze copingstrategieën hebben op de emotionele aanpassing van mantelzorgers is herhaaldelijk aangetoond (Vitaliano e.a., 1985; Haley e.a., 1987; in Almborg e.a., 1997). Hierbij speelt voornamelijk het tijdsperspectief een rol, waarbij een onderscheid kan gemaakt worden tussen effecten op korte en op lange termijn. Hoewel het gebruik van deze copingvormen tijdelijk effectief kan zijn in het reduceren van spanning, worden ze best vervangen door ander copinggedrag wanneer de bron van stress blijft aanhouden (Scheurs e.a., 1993).

**Hypothese 4c** die een positieve invloed van de ervaren relatietevredenheid op het ervaren welbevinden van mantelzorgers voorspelt, wordt niet bevestigd. Uit eerder Vlaams onderzoek is reeds gebleken dat de belangrijkste intrinsieke motivaties om mantelzorg te worden liefde en moreel plichtsgevoel zijn. Het opnemen van de zorg vloeit voort uit de sociale of emotionele band tussen zorgbehoevende en mantelzorg. Tussen beiden heerst een band van vertrouwen, betrokkenheid en emotionele verbondenheid (Dedry, 2001; Jacobs e.a., 2004). Een mogelijke verklaring is dat niet de huidige ervaren relatietevredenheid, maar de kwaliteit van de relatie in het verleden voorspellend is voor het huidig welbevinden. Vermits de mantelzorg werd opgestart vanuit gevoelens van liefde en morele plicht, kunnen deze gevoelens het huidig welbevinden beter voorspellen dan de huidige relatietevredenheid. Anderzijds kan niet uitgesloten worden dat binnen deze steekproef de mantelzorg werd opgestart vanuit andere motieven dan liefde en moreel plichtsgevoel. Mogelijk zijn de financiële voordelen gebonden aan het bieden van mantelzorg belangrijker dan algemeen wordt aangenomen.



### **5.3 Beperkingen van het onderzoek en mogelijk vervolgonderzoek**

- Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De CBGS-norm lijkt geen duidelijk onderscheid te maken tussen intensieve en minder intensieve mantelzorgers. Hierdoor kan de homogeniteit van de steekproef in deze studie niet verzekerd worden. In hoofdstuk 2 werd de mantelzorger gedefinieerd als "een persoon die op regelmatige basis extra zorg geeft (bovenop de gewone gangbare zorg) aan een hulpbehoevende persoon uit haar directe omgeving" (Dedry, 2001, p. 11). Bij de operationalisering van het zorgbegrip werd er vervolgens van uitgegaan dat de zorg die door mantelzorgers opgenomen wordt, bestaat uit sociaal-emotionele, huishoudelijke en persoonsverzorgende taken. De vraag kan gesteld worden in welke mate deze taken, in het bijzonder de sociaal-emotionele en huishoudelijke zorgtaken, niet behoren tot de "gewone gangbare zorg" die een bejaarde vrouw verleent aan haar echtgenoot. Het onderscheid tussen intensieve en minder intensieve mantelzorgers lijkt bijgevolg best te worden gemaakt aan de hand van het aantal persoonsverzorgende taken die binnen de zorgsituatie worden opgenomen.
- Verder werd het invullen van de vragenlijsten door mantelzorgers vaak als lichamelijk belastend ervaren. Tijdens de afname werden daarom voldoende pauzes voorzien. Een minder uitgebreide vragenlijst kan naar de toekomst toe deze afname aangenamer en minder belastend maken. De controlegroep bestaande uit niet-mantelzorgers gaf deze lichamelijke belasting niet aan.
- Een bijkomende beperking van dit onderzoek is dat de gebruikte vragenlijsten niet aangepast zijn aan de mantelzorgsituatie, waardoor de Nederlandse Relatievragenlijst soms als emotioneel te confronterend werd ervaren. Zo is bijvoorbeeld vraag 44 uit de NRV ("Wanneer we ruzie hebben, loopt mijn partner nooit het huis uit") zeer ongepast in een context waarin de zorgbehoevende niet in staat is zelfstandig te lopen. Het feit dat de NRV niet aangepast is aan de mantelzorgsituatie brengt verder met zich mee dat er onduidelijkheid bestaat over de invulling van de hoofddimensies van relatiekwaliteit. Deze kan immers sterk verschillen van mantelzorger tot mantelzorger naargelang het ziektebeeld van hun zorgbehoevende echtgenoot. In dit verband werd reeds gewezen op de implicaties hiervan op de interpretatie van de significant lagere score, van mantelzorgers, op het vlak van conflicthantering. Verder kan niet uitgesloten worden dat ook de overige hoofddimensies hieraan onderhevig zijn. Een aan de mantelzorgsituatie aangepaste vragenlijst, die voldoende rekening houdt met de aandoening waaraan de zorgbehoevende persoon lijdt, lijkt aangewezen.
- In dit onderzoek werd verder het huidig welbevinden, de relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën op groepsniveau nagegaan. Dit wil zeggen dat men bestudeert of er verschillen in groepsgegevens zijn op een bepaalde variabele. Het welbevinden, de relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën op caseniveau

blijven echter onduidelijk. Dit soort onderzoek op caseniveau kan meer betekenisvolle informatie verschaffen betreffende bovengenoemde variabelen op individueel niveau.

- Ook de opzet van het onderzoek maakt dat de nodige voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van de resultaten. Het betreft hier namelijk een momentopname van het ervaren welbevinden, de relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën. Een longitudinale opzet kan meer informatie verschaffen over de stabiliteit en de continuïteit van de onderzochte variabelen. Ook werd in dit onderzoek de invloed nagegaan van de relatietevredenheid en de gehanteerde copingstrategieën op het welbevinden van mantelzorgers. Er zijn echter nog andere factoren die een invloed kunnen uitoefenen op dit ervaren welbevinden (zoals bvb. de kennis over het bieden van zorg en de persoonlijkheid van de mantelzorgers) en die in verder onderzoek kunnen worden nagegaan.
- Tenslotte dient in dit onderzoek rekening gehouden met sociale wenselijkheid die mogelijk een vertekening van de resultaten heeft veroorzaakt bij zowel de groep mantelzorgers als bij de groep niet-mantelzorgers.

#### **5.4 Conclusie en klinische relevantie van dit onderzoek**

In dit onderzoek werd verslag uitgebracht over het welbevinden, de ervaren relatiesatisfactie en de gehanteerde copingstrategieën van vrouwelijke, bejaarde en intensieve mantelzorgers in vergelijking tot niet-mantelzorgers.

We kunnen concluderen dat zowel de groep mantelzorgers als de groep niet-mantelzorgers het meest tevreden zijn over het ervaren materieel, sociaal en psychisch welbevinden. Het materieel welbevinden beschrijft hierbij de beleving van het materieel milieu en de materiële levenscondities, waaronder behuizing, comfort en de financiële toestand van de persoon in kwestie. Het sociaal welbevinden verwijst naar de mate van tevredenheid met de sociale contacten die men heeft, zowel kwantitatief als kwalitatief. Het ervaren psychisch welbevinden tenslotte, verwijst naar een positief zelfbeeld en de aanvaarding van het eigen verleden en heden. Het onderzoek naar de kwaliteit van de relatie tussen de mantelzorgers en hun zorgbehoevende echtgenoot toont dat mantelzorgers een hoge mate van onafhankelijkheid en identiteit ervaren binnen de intieme relatie. De mate van onafhankelijkheid verwijst hierbij naar de acceptatie en het respect van de zorgbehoevende voor de mantelzorgers. De ervaren identiteit omvat een positief zelfbeeld en een algemene levenssatisfactie die mede door de relatie is ontstaan. De groep niet-mantelzorgers ervaart in de eerste plaats een hoge mate van conflicthantering of de vaardigheid om op een adequate manier met conflicten om te gaan, gevolgd door de ervaren mate van onafhankelijkheid. Tenslotte blijkt dat het 'hanteren van geruststellende gedachten', de situatie 'actief aanpakken' en het 'zoeken van sociale steun' de meest frequent aangewende copingstrategieën zijn bij zowel mantelzorgers als niet-mantelzorgers. Beide groepen zullen bijgevolg over het algemeen dezelfde copingstrategieën gebruiken bij confrontatie met een aanpassingvereisende situatie.

De vergelijkende analyse tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers toont aan dat de voorspelde verschillen op het vlak van het subjectief ervaren welbevinden in deze studie niet werden teruggevonden. Hoewel reeds herhaaldelijk aangetoond is dat mantelzorgers een achteruitgang van hun psychische en fysieke gezondheid kunnen ervaren als gevolg van de nieuwe rol die wordt opgenomen, kan deze hypothese in het huidig onderzoek niet ondersteund worden (Oostelaar en Wolfswinkel, 2006; Carretero e.a., 2008; Jacobs e.a., 2004; Dedry, 2001; Grafström e.a., 1992; Tjadens e.a., 2000). Bij de verklaring hiervan dient rekening gehouden met het sociaal wenselijkheids effect. Tevens kan niet uitgesloten worden dat aanwezige verschillen in het ervaren subjectief welbevinden verdoken blijven omwille van een te heterogene onderzoeksgroep.

Mantelzorgers en niet-mantelzorgers blijken verder niet significant te verschillen op het vlak van hun relatiesatisfactie en hun tevredenheid over de mate van ervaren onafhankelijkheid, emotionele samenhang, identiteit en seksualiteit binnen de intieme relatie. Aangezien mantelzorg meestal voortvloeit uit de sociale of emotionele band tussen mantelzorg en zorgbehoevende is dit niet verwonderlijk (Dedry, 2001). Significante verschillen werden echter wel teruggevonden op het vlak van conflictbehandling in het nadeel van de groep mantelzorgers. Zoals eerder besproken lijkt de interpretatie van dit gevonden verschil afhankelijk te zijn van het ziektebeeld van de zorgbehoevende echtgenoot. In gevallen waarbij het ziektebeeld gekenmerkt wordt door agressiviteit en gedragsproblemen lijkt inderdaad sprake te zijn van moeilijkheden met betrekking tot het bespreken en oplossen van problemen. Indien het ziektebeeld daarentegen gepaard gaat met een verminderde responsiviteit, een grote mate van afhankelijkheid of wanneer de zorgbehoevende bedlegerig is, lijkt eerder sprake te zijn van een afwezigheid van conflicten en bijgevolg kan er niet met conflicten worden omgegaan. De intieme relatie tussen mantelzorg en zorgbehoevende lijkt een eigen dynamiek te vertonen die niet zonder meer kan vergeleken worden met andere relaties waar van mantelzorg of zorgbehoevendheid geen sprake is. Hoewel er in deze studie weinig verschillen werden teruggevonden op het vlak van relatietevredenheid kan niet uitgesloten worden dat de invulling van de hoofddimensies van relatiekwaliteit (de tevredenheid over de mate van ervaren onafhankelijkheid, emotionele samenhang, identiteit, seksualiteit en conflictbehandling) verschillen van mantelzorg tot mantelzorg naargelang het ziektebeeld van de zorgbehoevende echtgenoot. Een aan de mantelzorgsituatie aangepaste vragenlijst, die voldoende rekening houdt met de aandoening waaraan de zorgbehoevende persoon lijdt, lijkt aangewezen om een beter inzicht te krijgen op de wijze waarop mantelzorgers deze intieme relatie beleven.

De vergelijkende analyse voor wat betreft de gehanteerde copingstrategieën toonde aan dat mantelzorgers significant vaker de copingstrategieën 'vermijden', 'sociale steun zoeken', 'passief reactiepatroon' en 'gebruikt maken van geruststellende en troostende gedachten' hanteren in vergelijking tot niet-mantelzorgers. Tevens wordt een relatief marginale tendens waargenomen voor wat betreft het gebruik van de copingstrategie 'actief aanpakken' die door mantelzorgers vaker gehanteerd zou worden. Verder werden er geen significante verschillen teruggevonden tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers voor wat betreft de copingstrategieën 'palliatieve reactie' en de 'expressie van emoties'. De effectiviteit van deze copingstrategieën, in het bijzonder voor wat betreft de groep mantelzorgers, moet blijken uit de mate waarin ze in staat zijn een positieve invloed uit te oefenen op het welbevinden. Aan de hand van een lineaire

regressieanalyse werd een significant model bekomen ter voorspelling van het welbevinden van bejaarde, vrouwelijke en intensieve mantelzorgers die instaan voor de verzorging van hun echtgenoot. Hieruit kon besloten worden dat het ervaren welbevinden positief beïnvloed wordt door de 'expressie van emoties', wat begrepen kan worden als het laten blijken van ergernis of kwaadheid en het afreageren van spanningen. De mantelzorgsituatie 'vermijden', een 'passief reactiepatroon' hanteren en het gebruik maken van een 'palliatieve reactie' hebben een negatieve invloed op het ervaren welbevinden wanneer aangewend in de mantelzorgsituatie. Door dit model te vergelijken met het karakteristieke copinggedrag van mantelzorgers valt het gebruik van disfunctionele copingstrategieën op. Zoals eerder reeds bleek, zullen mantelzorgers in vergelijking tot niet-mantelzorgers significant vaker de copingstrategieën 'vermijden' en 'passief reactiepatroon' hanteren. Dit houdt in dat mantelzorgers gemiddeld vaker de zaken op hun beloop laten, de situatie uit de weg gaan of de zaken eerder somber inzien. Deze reacties kunnen als contraproductief gezien worden indien aangewend in de mantelzorgsituatie en zullen waarschijnlijk een negatieve invloed uitoefenen op het welbevinden van mantelzorgers.

Dit onderzoek kan gezien worden als een aanzet om beter te begrijpen hoe gehanteerde copingstrategieën het subjectief ervaren welbevinden van intensieve mantelzorgers beïnvloeden. Hoewel er in deze studie geen verschillen zijn vastgesteld tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers op het vlak van welbevinden, is de vraag wat de lange termijn gevolgen zijn van het gebruik van contraproductieve copingstrategieën en de moeilijkheden die althans een deel van de onderzochte mantelzorgers ondervindt op het vlak van conflicthantering. De resultaten wijzen erop dat ondersteuning op het vlak van gebruikte copingstrategieën aangewezen kan zijn voor intensieve mantelzorgers. Hierbij is het waarschijnlijk dat het succes van deze interventies afhankelijk zullen zijn van de mate waarin ze in staat zijn rekening te houden met de wensen en noden van iedereen die betrokken is bij de mantelzorg, gaande van de zorgverlener tot de zorgbehoevende.

## Bibliografie

---

Almberg, B., Grafström, M. & Winblad, B. (1997). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 683-691.

Almberg, B., Jansson, W., Grafström, M. & Winblad, B. (1998). Differences between and within genders in caregiving strain: a comparison between caregivers and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 849-858.

Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Arrindell, W.A. (2003). *Nederlandse Relatievragenlijst: NRV*. Swets & Zeitlinger.

Brouwer, W.B.F., van Exel, N.J.A., van den Berg, B., van den Bos, G.A.M. & Koopmanschap, M.A. (2004). Process utility from providing informal care: benefit of caring. *Health Policy*, 74, 85-99.

Carretero, S., Garcés, J., Rodenas, F. & Sanjosé, V. (2008). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, doi: 10.1016/j.archger.2008.05.004

Chambers, M., Ryan, A.A. & Connor, S.L. (2001) Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 99-106.

Dedry, A. (2001). *Mantelzorgers, doorbloeiërs in het zorglandschap*. Leuven: VZW Ons Zorgnetwerk.

Deeken, J.F., Taylor, K.L., Mangan, P., Yabroff, K.R. & Ingham, J.M. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26, 922-953.

Ekwall, A.K. & Hallberg, I.R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 832-844.

Ekwall, A.K., Sivberg, B. & Hallberg, I.R. (2006). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 584-596.

Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel 1 en 2*. Amsterdam/Assen: NIP/Van Gorcum

Jacobs, T. & Lodewijckx, E. (2004). *Zicht op zorg: studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. Brussel: CBGS-Werkdocument, 11.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Marcoen, A., Van Cotthem, K., Billiet, K. & Beyers, W. (2002). Dimensies van subjectief welbevinden bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie*, 33, 156-165.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. & Feldman, P.H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical Care*, 40, 1249-1259.

Nationaal Instituut voor de statistiek, Federaal Planbureau (2000), Mathematische demografie. *Bevolkingsvoorzichten 2000-2050, per arrondissement*. Geraadpleegd op 11 februari, 2008, van [http://www.statbel.fgov.be/figures/d23\\_nl.asp#Bevolkingsvoorzichten](http://www.statbel.fgov.be/figures/d23_nl.asp#Bevolkingsvoorzichten)

Oostelaar, D. & Wolfswinkel, G. (2006). *Ouderen in de samenleving*. Bussum: Coutinho

Scheurs, P.J.G., Van De Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Swets & Zeitlinger.

Verloo, H., Depoorter, A.M. & Van Oost, P. (2002). *Naar continuïteit in zorg voor thuiswonende dementerende en andere kwetsbare ouderen in Vlaanderen*. Brussel: VUBPRESS.

Vogels, M. (2006). *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*. Leuven: LannooCampus

Tjadens, F. & Duijnste, M. (2000). *Visie op mantelzorg*. Utrecht: NIZW.