

# Hoe zwaar weegt de mantel? Determinanten van de ervaren zorgbelasting bij Vlaamse mantelzorgers

*Benedicte De Koker en Thérèse Jacobs*

## 1. Inleiding

Wanneer iemand zorgbehoevend is omwille van ziekte, handicap of ouderdom, verlenen personen uit de nabije sociale omgeving (gezinsleden, andere familieleden, vrienden, buren en kennissen) doorgaans het overgrote deel van de zorg (Vanderleyden & Vanden Boer 2004; Craeynest 2006). De laatste jaren groeide het bewustzijn dat de inbreng van deze mantelzorgers onmisbaar is, maar ook dat het verlenen van mantelzorg risico's inhoudt voor het welbevinden van de mantelzorgers zelf. Onderzoek toont aan dat mantelzorgers in vergelijking met personen die geen zorg verlenen of de algemene bevolking, over een slechtere mentale gezondheid beschikken: zij vertonen o.a. meer depressieve symptomen, meer angstgevoelens en meer psychologische spanningen (Schulz e.a. 1995; Marks, Lambert & Choi 2002; Hirst 2003; Buntinx e.a. 2005). Hoewel de resultaten met betrekking tot de fysieke gezondheid minder eenduidig zijn (Taylor, Ford & Dunbar 1995; Hirst 2004), vinden verschillende studies dat het verlenen van mantelzorg gepaard gaat met een slechtere ervaren gezondheid, meer fysieke gezondheidsklachten, een verlaagde immuniteit en zelfs een hoger mortaliteitsrisico (Schulz & Beach 1999; Vitaliano, Zhang & Scanlan 2003; Barrow & Harrison 2005; Deboosere e.a. 2006).

In de verklaring van de wijze waarop mantelzorg inwerkt op het welbevinden, speelt het concept 'ervaren zorgbelasting' een belangrijke rol (Lawton e.a. 1989, 1991; Braithwaite 1996; Yates, Tennstedt & Chang 1999). Niettegenstaande verschillende definities voorkomen in de literatuur, duidt dit in alle gevallen op de mate waarop de zorg als belastend of problematisch wordt ervaren door de mantelzorger. Onderzoekresultaten tonen aan dat een hogere zorgbelasting gepaard gaat met meer depressieve symptomen (Lawton e.a. 1991; Braithwaite 1996; Yates, Tennstedt & Chang 1999) en een hoger mortaliteitsrisico (Schulz

& Beach, 1999). De zorgbelasting kan echter ook worden beschouwd als een op zich staande uitkomst van het verlenen van mantelzorg en is zelf onderhevig aan de invloed van een resem factoren, die via deze weg een indirecte impact uitoefenen op het welbevinden (Lawton e.a 1991; Braithwaite 1996; Yates, Tennstedt & Chang 1999).

In deze bijdrage staat de vraag centraal welke factoren een impact hebben op de ervaren zorgbelasting van de mantelzorgers in Vlaanderen. Het bestuderen van de determinanten van de zorgbelasting is enerzijds wetenschappelijk relevant. Onderzoek naar de belasting die mantelzorgers ervaren is omvangrijk, maar de resultaten zijn uiteenlopend en dikwijls beperkt tot specifieke doelgroepen die worden afgebakend op basis van het ziektebeeld van de zorgontvanger (bv. dementerenden), of de relatie met de zorgbehoevende persoon (bv. partners). Het exploreren van de impact in een ruime groep van mantelzorgers in Vlaanderen vormt de opzet van dit artikel. Anderzijds is inzicht in de determinerende factoren van de zorgbelasting onontbeerlijk voor het ontwikkelen en evalueren van initiatieven ter ondersteuning van de mantelzorgers. Naarmate meer en meer ouderen nood zullen hebben aan zorg en hiervoor een beroep doen op familieleden, vrienden, kennissen en burens, wint het begrijpen van de mantelzorg in al haar facetten nog aan belang.

## 2. Theorie

De zorgbelasting en de gevolgen die mantelzorg heeft voor het welbevinden, worden vaak bestudeerd vanuit een stress-theoretisch perspectief. Gemeenschappelijk aan de sociale stresstheorieën is dat de zorgnood van een naaste hierin als een stressvolle gebeurtenis (stressor) wordt beschouwd, die uitdagingen stelt aan de mantelzorgers. Verschillen in de wijze waarop mantelzorgers hierop reageren, worden toegeschreven aan een reeks tussenliggende factoren en achtergrondfactoren die variëren naargelang het conceptuele model en vaak procesmatig met elkaar zijn verbonden (Pearlin e.a. 1990; Goode e.a. 1998).

Het *stress-appraisal model* van Yates, Tennstedt & Chang (1999) integreert elementen van het 'stress-process model' van Pearlin en collega's (1990) en het 'appraisal model' van Lawton e.a. (1989, 1991) ter verklaring van het psychologische welbevinden van de mantelzorgers. Via het inbrengen van de subjectieve beoordeling – kenmerkend voor het appraisal model – binnen het stress-process model, trachten de auteurs de sterktes van beide benaderingen samen te brengen en wordt een centrale rol toebedeeld aan de zorgbelasting die de mantelzorgers ervaart. Volgens het stress-appraisal model van Yates, Tennstedt & Chang (1999) oefenen vier componenten samen een invloed uit op het psychologische welbevinden van de mantelzorgers. *Primaire stressoren* duiden op de

aard en de omvang van de zorgnoden van de zorgontvanger. Deze primaire stressoren leiden tot een *primaire beoordeling* ('primary appraisal') van de hoeveelheid zorg die nodig is, wat zich uitdrukt in een bepaalde graad van intensiteit van verleende zorg. De verwachting hierbij is dat de intensiteit van de zorg hoger is naarmate de zorgnoden zwaarder zijn, maar ook dat de geleverde zorg afhankelijk is van de inschatting van de mantelzorger. Niet alle mantelzorgers die worden geconfronteerd met eenzelfde objectieve zorgnood, verlenen immers dezelfde hoeveelheid zorg. De primaire stressoren oefenen enerzijds op directe wijze en anderzijds op indirecte wijze – via de primaire beoordeling – een impact uit op de *secundaire beoordeling*, hetgeen duidt op de perceptie van de mantelzorger overbelast te zijn door de dagelijkse zorg. De secundaire beoordeling of de ervaren zorgbelasting wordt daarnaast beïnvloed door een aantal *mediërende factoren of bronnen* die het effect van de stressoren en de beoordeling ervan kunnen wijzigen. De verwachting is dat interne bronnen (aanwezigheid van emotionele steun, gevoel van controle ('mastery'), kwaliteit van de relatie met de zorgontvanger) en externe bronnen (gebruik van formele zorg) de mate van belasting zullen verminderen. In een laatste fase heeft de ervaren belasting – in samenspel met de andere componenten – een impact op het psychologische welbevinden van de mantelzorger. Naarmate de zorgbelasting hoger is, verwachten de auteurs dat de mate van depressiviteit (als belangrijke indicator van het psychologische welbevinden) zal toenemen.

*Achtergrond- en contextfactoren* zoals het geslacht van de mantelzorger en de aard van de sociale relatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende, maken geen deel uit van het theoretische model van Yates, Tennstedt & Chang (1999). Andere stresstheoretische auteurs, waaronder onder andere Pearlin e.a. (1990) wijzen echter op het belang van dergelijke factoren voor het begrijpen van de gevolgen van de zorg. Uit studies naar geslachtsverschillen in de beleving van de zorg, komt doorgaans naar voren dat vrouwen een hogere belasting ervaren dan mannen (Barusch & Spaid 1989; Yee & Schulz 2000). Resultaten rond de impact van de sociale relatie geven een minder eenduidig beeld. Waar sommige studies vinden dat partners het meeste risico lopen op overbelasting (George & Gwyther 1986) rapporteren anderen geen significante verschillen tussen kinderen en partners – dit zijn de twee groepen die het vaakst worden vergeleken – (Raschick & Ingersoll-Dayton 2004), of vinden zij dat kinderen een hogere belasting ervaren (Young & Kahana 1989). De impact van de zorg verleend aan vrienden, burens en kennissen werd nog maar weinig bestudeerd, maar Marks, Lambert & Choi (2002) suggereren dat niet-familiale zorg minder negatieve effecten teweeg brengt bij de mantelzorger. Het effect van de sociale relatie lijkt volgens deze auteurs bovendien mede afhankelijk te zijn van het al dan niet samenwonen van mantelzorger en zorgbehoevende. Door de band genomen blijkt het verlenen van zorg binnen het huishouden meer belastend te zijn dan de zorg voor een niet-huisgenoot (Schulz, Visintainer & Williamson 1990, in Marks, Lambert & Choi 2002).

Een ander type determinant dat in het model van Yates, Tennstedt & Chang (1999) buiten beeld blijft, zijn de andere activiteiten of rollen die de mantelzorgers opneemt. Studies geïnspireerd door de *rollentheorie* wijzen echter op het belang van het aantal en het type rollen dat iemand opneemt voor de zorgbelasting en het algemene welbevinden. Volgens Hong & Seltzer (1995) beschouwden vroege roltheoretici het uitoefenen van verschillende rollen als een oorzaak van psychologische spanningen. De 'schaarstehypothese' gaat er van uit dat de menselijke tijd en energie beperkt zijn en dat het opnemen van verschillende rollen aanleiding kan geven tot rolverbelasting en conflicten die op hun beurt de oorzaak zijn van psychologische spanningen (Hong & Seltzer 1995; Mui 1995). De 'rolaccumulatie hypothese' daarentegen, stelt dat het uitoefenen van verschillende rollen positieve gevolgen heeft voor het psychologische welbevinden en argumenteert dat menselijke bronnen (tijd, energie) flexibel zijn en gecontroleerd en geconstrueerd kunnen worden naargelang de betrokkenheid bij de verschillende rollen (Marks 1977, in Hong & Seltzer 1995, 387). Studies naar de impact van andere rollen zoals tewerkstelling en ouderschap op de belasting bij mantelzorgers geven een gemengd beeld. Een aantal studies (bv. Murphy e.a. 1997) tonen aan dat het opnemen van meerdere rollen aanleiding kan geven tot een hogere zorgbelasting. Andere studies vinden dat het hebben van verschillende rollen een buffer vormt tegen de negatieve effecten van de zorg aangezien deze dienen als een bron van integratie, sociale steun en zelfvertrouwen (Hong & Seltzer, 1995; Martire, Stephens & Atienza 1997). Nog anderen vinden weinig of geen verband tussen de zorgbelasting en de andere rollen van de mantelzorgers (Mui 1995; Thiede-Call e.a. 1999).

Samenvattend gesteld, zullen we in dit artikel de impact van vier types factoren op de ervaren zorgbelasting nagaan. De primaire beoordeling en de bronnen ontleen we aan het stress-appraisal model van Yates, Tennstedt & Chang (1999). We verwachten dat een hogere intensiteit van de verleende zorg (de primaire beoordeling) samengaat met een hogere belasting, terwijl de interne en externe bronnen de belasting zullen milderden. Aangezien de dataset een relatief homogene groep mantelzorgers van zwaar zorgbehoevende personen betreft en geen gedetailleerde informatie bevat over de aard van de zorgnoden, worden de primaire stressoren uit dit model niet opgenomen. Een derde reeks factoren heeft betrekking op het combineren van rollen door de mantelzorgers en is geïnspireerd door de rollentheorie. Aangezien de literatuur uiteenlopende resultaten toont, stellen we geen hypothese voorop met betrekking tot de impact van de concurrerende rollen op de zorgbelasting. Een vierde reeks factoren zijn de context- en achtergrondfactoren. Het geslacht van de mantelzorgers en de aard van de sociale relatie tussen de zorgbehoevende en de mantelzorgers komen uit voorgaand onderzoek als relevante determinanten van de zorgbelasting naar voren, en worden bijgevolg ter controle opgenomen in de analyses.

### 3. Data

De gegevens voor deze bijdrage zijn afkomstig uit de postenquête “Mantelzorg in Vlaanderen”, die in 2003 werd georganiseerd door het toenmalige Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (Jacobs & Lodewijckx 2004). De enquête werd verstuurd naar 4000 personen tussen 25 en 79 jaar, die eind 2002 geregistreerd waren bij de Vlaamse zorgverzekering als mantelzorger van een zwaar zorgbehoevende persoon (d.w.z. een persoon die beschikt over een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen). Om in aanmerking te komen voor registratie, dienden de mantelzorgers – eventueel samen met andere mantelzorgers – minstens drie dagen per week hulp te bieden in de thuisomgeving van de zorgbehoevende persoon. Het betreft met andere woorden mantelzorgers die worden geconfronteerd met een intensieve zorgsituatie.

De netto-respons van de enquête was redelijk hoog (68%), wat resulteerde in bruikbare informatie over 2735 geregistreerde mantelzorgers. Aangezien het socio-demografische profiel van respondenten weinig afwijkt van dat van de volledige populatie geregistreerde mantelzorgers, mag worden gesteld dat het gaat om een representatieve steekproef (Lodewijckx 2004). In de multivariate analyses worden enkel deze personen opgenomen van wie volledige informatie over alle opgenomen variabelen aanwezig is (N = 1816). Doordat de vraag-specifieke non-respons hoger lag bij ouderen en lager opgeleiden (Lodewijckx 2004) is de bestudeerde groep in dit opzicht wel enigszins vertekend.

De enquête had als doel brede informatie te verzamelen over de situatie van de mantelzorgers in Vlaanderen, die tot dan toe weinig gedocumenteerd was. Aangezien het een postenquête betrof en het bereiken van een zo hoog mogelijke respons voorop stond, werden de vragen zo eenvoudig mogelijk en beperkt in aantal gehouden (Craeynest 2004). Hier hangt onder andere mee samen dat geen gebruik werd gemaakt van uitgebreide meetinstrumenten en dat over bepaalde aspecten zoals de situatie van de zorgbehoevende persoon weinig informatie beschikbaar is. Aan de andere kant is de informatie, in tegenstelling tot in vele andere studies, niet beperkt tot mantelzorgers die geconfronteerd worden met één bepaald ziektebeeld zoals bv. dementie of tot één type mantelzorgers, bv. kinderen die zorgen voor hun ouder. De omvang van de steekproef is bovendien groot genoeg om multivariate analyses te kunnen uitvoeren met verschillende variabelen en per deelgroep.

### 4. Variabelen en methode

De afhankelijke variabele *ervaren zorgbelasting* wordt gemeten door een schaal van 8 items die peilen naar de mate waarin men vindt dat de zorg een negatie-

ve impact heeft op verschillende levensdomeinen en het algemene energieniveau (tabel 1). Deze items werden voorafgegaan door de vraag 'In welke mate bent u akkoord met volgende uitspraken over het geven van mantelzorg'. De schaalscore bestaat uit het gemiddelde van de antwoorden op de verschillende items. Aangezien er vijf antwoordcategorieën zijn (helemaal niet akkoord – ... – helemaal akkoord), varieert deze schaalscore tussen één en vijf. Een hogere score duidt op een hogere zorgbelasting. Om het aantal personen in de analyse zo hoog mogelijk te houden werd de schaalscore, indien informatie voor maximum vijf items ontbrak, berekend op basis van het gemiddelde op de stellingen die men wel beantwoordde. Cronbach's alpha voor de 8 items bedraagt 0,88, wat duidt op een goede betrouwbaarheid.

**Tabel 1.** Gemiddelde score en standaardafwijking van de 'ervaren zorgbelasting' schaal en de verschillende deelitems.

	Gemiddelde (standaardafwijking)
Ik vind het emotioneel belastend	3,45 (1,40)
Ik vind het fysiek belastend	3,26 (1,45)
Ik heb hierdoor te weinig tijd voor mezelf	2,82 (1,43)
Mijn sociaal leven lijdt eronder	2,78 (1,47)
Mijn gezinsleven lijdt eronder	2,58 (1,37)
Mijn gezondheid lijdt eronder	2,39 (1,41)
Ik vind het financieel belastend	2,38 (1,46)
Ik ben erdoor uitgeblust	2,20 (1,32)
<b>Schaal zorgbelasting (N = 2368)</b>	<b>2,75 (1,08)</b>

De onafhankelijke variabelen kunnen worden onderverdeeld in de achtergrond- en contextvariabelen, de primaire beoordeling- of intensiteitvariabelen, de bronnen en de concurrerende rollen.

*Achtergrond- en contextvariabelen* die ter controle worden ingebracht zijn enerzijds het geslacht (0 = man, 1 = vrouw) en de leeftijd (continue variabele) van de mantelzorg, en anderzijds de sociale relatie met de zorgontvanger (de zorgbehoevende persoon is (schoon)ouder, kind, ander familielid, vriend/kennis/ buur vs. partner, 4 dummyvariabelen) en het al dan niet samenwonen met deze persoon (0 = niet samenwonend, 1 = samenwonend). Aangezien de mantelzorg voor meer dan één persoon kan zorgen, werd gevraagd om de vragen te beantwoorden met de persoon voor wie men het meeste zorgt in het achterhoofd (met uitzondering van de vragen naar de hoeveelheid tijd besteed aan de zorg en de verleende taken die men opneemt). De relatie heeft bijgevolg betrekking op de relatie met de 'centrale' zorgbehoevende persoon.

De *primaire beoordeling* duidt volgens Yates, Tennstedt & Chang (1999) op de intensiteit van de verleende zorg, gemeten in de uren die men besteedt aan de zorg. In deze analyse nemen we niet enkel het aantal uren op dat men gemiddeld per week zorg verleent, maar tevens de duur van de zorg (gemeten in jaren) en het type zorg dat men opneemt (dummy 'allround zorg', 0 = neen, 1 = ja). De typologie van de zorg vloeit voort een clusteranalyse waarin rekening werd gehouden met de hoeveelheid, de aard en de frequentie van de verleende taken. Personen die allround zorg verlenen onderscheiden zich van de andere mantelzorgers door het feit dat zij een zeer ruim gamma zorgtaken opnemen. Waar andere mantelzorgers voornamelijk sociaal-emotionele en huishoudelijke zorg opnemen, verlenen de allround mantelzorgers daarnaast ook persoonsverzorgende taken. Zij verlenen bovendien op meest geregelde basis zorg (d.w.z. vaker dagelijks) (Heylen & Mortelmans 2006).

De *bronnen* waarover de mantelzorger beschikt, zijn onder te verdelen in de interne en de externe bronnen. Interne bronnen situeren zich in de mantelzorger zelf en in de relatie met de zorgbehoevende. Aangezien de dataset geen informatie bevat over de copingstijl van de mantelzorger maar wel over het opleidingsniveau, dat volgens verschillende studies gerelateerd is aan een hoger gevoel van controle (Skaff, Pearlin & Mullan 1996), nemen we het beschikken over een diploma hoger onderwijs (0 = neen, 1 = ja) op als interne bron. De kwaliteit van de relatie met de zorgbehoevende persoon wordt gemeten via de aanwezigheid van wederkerigheid in de relatie en het gevoel dat overheerst bij het verlenen van zorg. Wat de wederkerigheid betreft, worden mantelzorgers die aangeven een of andere beloning te ontvangen van de zorgbehoevende (dit kan zowel een symbolische beloning zijn zoals dankbaarheid als een financiële tegemoetkoming) geplaatst tegenover degenen die geen enkele beloning ontvangen (0 = geen wederkerigheid, 1 = wel wederkerigheid). Het overheersende gevoel wordt gemeten via de vraag 'Welk gevoel speelt bij u het meest mee bij het verlenen van mantelzorg?', en resulteert in drie categorieën, nl. liefde/vriendschap (de referentiecategorie), moreel plichtsgevoel en een ander gevoel. Externe bronnen duiden op de hulp die de zorgbehoevende persoon ontvangt van anderen. Drie dummy variabelen meten de aanwezigheid van hulp van professionelen, van andere mantelzorgers (dit kunnen ook niet-geregistreerde mantelzorgers zijn) en van vrijwilligers (0 = geen hulp van desbetreffende categorie, 1 = wel hulp).

*Concurrerende rollen* die worden opgenomen in de analyse hebben betrekking op tewerkstelling en andere familiale verantwoordelijkheden. Wat de tewerkstelling betreft worden voltijds en deeltijds werkenden vergeleken met personen die geen betaald werk uitoefenen. De aanwezigheid van kinderen in het huishouden (0 = neen, 1 = ja) en het verlenen van mantelzorg aan meer dan één zorgbehoevende persoon (0 = neen, 1 = ja) meten de concurrerende rollen in de familiale sfeer.

De samenhang tussen de determinanten en de zorgbelasting wordt eerst op bivariate wijze geanalyseerd. Vervolgens wordt een hiërarchische lineaire regressieanalyse uitgevoerd om de impact van de variabelen na te gaan onder controle van de overige variabelen. Aangezien de correlatie tussen de onafhankelijke variabelen nooit groter is dan 0,60 stellen er zich geen problemen m.b.t. multicollineariteit.

## 5. Resultaten

Tabel 2 geeft een beschrijving van de onafhankelijke variabelen en de bivariate relaties met de zorgbelasting. Wat de achtergrondvariabelen betreft, blijkt dat deze alle vier significant gerelateerd zijn aan de ervaren zorgbelasting: vrouwen, oudere mantelzorgers, personen die samenwonen met de zorgbehoevende persoon en mantelzorgers van een partner of kind voelen zich meer belast.

Uit de intensiteitvariabelen blijkt dat de geregistreerde mantelzorgers doorgaans zeer intensieve zorg verlenen: gemiddeld besteden ze meer dan een voltijdse werkweek aan de zorg en iets meer dan de helft onder hen verleent allround zorg. Zoals verwacht is een hogere zorgintensiteit (zowel gemeten in aantal uren zorg per week, duur van de zorg als de aard van de verleende taken) significant gerelateerd aan een hoger niveau van belasting.

De resultaten met betrekking tot de bronnen geven een gemengd beeld. De aanwezigheid van de verschillende types interne bronnen is zoals voorspeld significant gerelateerd aan een lagere belasting. Van de externe bronnen toont enkel de aanwezigheid van hulp van andere mantelzorgers een negatief verband met de ervaren zorgbelasting, de hulp van professionelen en vrijwilligers maakt geen verschil uit. Uit de beschrijving van de variabelen komt verder een hoge relatiekwaliteit naar voren: de mantelzorgers ondervinden een hoge mate van wederkerigheid in de zorgrelatie en worden in eerste instantie gemotiveerd om te zorgen door gevoelens van liefde en vriendschap. Wat het opleidingsniveau betreft, blijkt dat slechts een minderheid een hogere opleiding heeft genoten. Mantelzorgers ontvangen het vaakst hulp van professionele zorgverleners, vrijwilligers zijn het minst vaak betrokken in de zorg.

De concurrerende rollen die de mantelzorger opneemt zijn onderverdeeld in betaald werk en andere familiale verantwoordelijkheden. Voltijds werkenden vertonen het laagste niveau van belasting terwijl personen zonder betaald werk (zij vormen de grote meerderheid) de hoogste belasting rapporteren. Wie samenwoont met kinderen rapporteert een lagere belasting dan wie geen kinderen in het huishouden wonen heeft. Het zorgen voor meer dan één zorgbehoevende persoon toont in de bivariate analyses geen verband met de ervaren zorgbelasting.



**Tabel 2.** Beschrijving van de onafhankelijke variabelen en de bivariate samenhang met de zorgbelasting (t-test, F-test of correlatie).

	Beschrijving onafhankelijke variabele (gemiddelde en standaardafwijking of percentages)	Samenhang met zorgbelasting (gemiddelde zorgbelasting naar subgroep of correlatie)	Significantie samenhang
<b>Achtergrond- en contextvariabelen</b>			
Leeftijd (jaren)	56,2 (12,5)	Pearson R = 0,13	p < 0,001
Geslacht			
• Man	34,8%	2,62	t = -4,23
• Vrouw	65,2%	2,81	p < 0,001
Samenwonend met zorgbehoevende			
• Neen	50,2%	2,41	t = -16,07
• Ja	49,8%	3,09	p < 0,001
Sociale relatie: zorgbehoevende is...			
• Partner	23,6%	3,27	F = 80,22
• (Schoon)ouder	50,6%	2,62	p < 0,001
• Kind	10,4%	3,11	
• Ander familielid	9,8%	2,18	
• Vriend/kennis/buur	5,6%	2,07	
<b>Intensiteit zorg</b>			
Duur van de zorg (jaren)	8,9 (9,4)	Pearson R = 0,11	p < 0,001
Gemiddeld aantal uren zorg per week	45,2 (54,9)	Pearson R = 0,37	p < 0,001
Allround zorg			
• Neen	47,2	2,31	t = -19,27
• Ja	52,8	3,11	p < 0,001
<b>Interne bronnen</b>			
Hogere opleiding			
• Neen	82,7%	2,77	t = 2,79
• Ja	17,3%	2,61	p < 0,01
Wederkerigheid			
• Neen	13,6%	3,18	t = 7,67
• Ja	86,4%	2,68	p < 0,001
Meest belangrijke gevoel			
• Liefde/vriendschap	64,2%	2,71	F = 3,38
• Moreel plichtsgevoel	27,1%	2,81	p < 0,05
• Ander gevoel	8,7%	2,87	
<b>Externe bronnen</b>			
Hulp van professionelen			
• Neen	26,9%	2,76	t = 0,57
• Ja	73,1%	2,74	N.S.

	Beschrijving onafhankelijke variabele (gemiddelde en standaardafwijking of percentages)	Samenhang met zorgbelasting (gemiddelde zorgbelasting naar subgroep of correlatie)	Significantie samenhang
Hulp van andere mantelzorgers			
• Neen	52,0%	2,89	t = 6,52
• Ja	48,0%	2,60	p < 0,001
Hulp van vrijwilligers			
• Neen	86,5%	2,75	t = 0,70
• Ja	13,5%	2,70	N.S.
<b>Concurrerende rollen</b>			
Betaald werk			
• Geen betaald werk	67,1	2,85	F = 22,77
• Deeltijds	12,9	2,65	p < 0,001
• Voltijds	20,0	2,49	
Samenwonend met kinderen			
• Neen	56,7	2,81	t = 3,33
• Ja	43,3	2,66	p < 0,01
Zorg voor meer dan 1 zorgbehoevende			
• Neen	78,9	2,77	t = 1,96
• Ja	21,1	2,66	N.S.

N.S.: p > = 0,05

In de multivariate analyse (tabel 3) wordt vervolgens nagegaan in welke mate de verbanden blijven bestaan na controle voor de overige variabelen.

Uit het eerste model, waarin enkel de achtergrondfactoren zijn opgenomen, komt naar voren dat vrouwen en mantelzorgers die het huishouden delen met de zorgbehoevende persoon, een hogere belasting ervaren. De mantelzorg voor een partner wordt als meer belastend ervaren dan de zorg voor een (schoon)ouder, ander familielid of vriend, kennis of buur en even belastend als de zorg voor een zwaar zorgbehoevend kind. Het positieve verband tussen leeftijd en belasting valt weg na controle voor de andere achtergrondkenmerken.

De intensiteit van de verleende zorg heeft in het tweede model een sterke impact op de zorgbelasting: de belasting ligt hoger naarmate men meer uren zorg verleent per week, naarmate men langer zorgt en wanneer men allround zorg opneemt. Na controle voor de intensiteit van de verleende zorg wordt het effect van de achtergrondfactoren gereduceerd: minstens een deel van de verschillen is dus toe te schrijven aan de verschillende intensiteit waarmee deze groepen zorg verlenen.

**Tabel 3.** Resultaten hiërarchische regressieanalyse met ervaren zorgbelasting als afhankelijke variabele (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten).

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
<b>Achtergrond- en contextvariabelen</b>				
Leeftijd (jaren)	0,042	0,014	-0,002	-0,006
Geslacht (1 = vrouw)	0,156***	0,107***	0,122***	0,111***
Samenwonend met zorgbehovende (1 = ja)	0,211***	0,043	0,056	0,056
Sociale relatie: zorgbehovende is...				
• Partner (= 0, ref.)				
• (Schoon)ouder	-0,159***	-0,112**	-0,145***	-0,149***
• Kind	-0,045	-0,031	-0,030	-0,018
• Ander familielid	-0,216***	-0,173***	-0,186***	-0,189***
• Vriend/kennis/buur	-0,191***	-0,136***	-0,154***	-0,164***
<b>Intensiteit zorg</b>				
Duur van de zorg (jaren)		0,048*	0,051*	0,057*
Gemiddeld aantal uren zorg per week		0,171***	0,170***	0,171***
Allround zorg (1 = ja)		0,211***	0,221***	0,220***
<b>Bronnen</b>				
Hogere opleiding (1 = ja)			0,025	0,022
Wederkerigheid zorgrelatie (1 = ja)			-0,127***	-0,130***
Meest belangrijke gevoel				
• Liefde/vriendschap (= 0, ref.)				
• Moreel plichtsgevoel			0,102***	0,103***
• Ander gevoel			0,091***	0,093***
Hulp van professionals (1 = ja)			0,085***	0,083***
Hulp van andere mantelzorgers (1 = ja)			-0,011	-0,010
Hulp van vrijwilligers (1 = ja)			0,021	0,020
<b>Concurrerende rollen</b>				
Tewerkstelling				
• Geen betaald werk (0, ref.)				
• Deeltijds				0,034
• Voltijds				-0,006
Samenwonend met kinderen (1 = ja)				-0,049*
Zorg voor meer dan 1 zorgbehovende (1 = ja)				0,048*
	R <sup>2</sup> = 0,171 R <sup>2</sup> change = 0,171***	R <sup>2</sup> = 0,237 R <sup>2</sup> change = 0,066***	R <sup>2</sup> = 0,280 R <sup>2</sup> change = 0,043***	R <sup>2</sup> = 0,285 R <sup>2</sup> change = 0,005*

\* p &lt; 0,05, \*\* p &lt; 0,01, \*\*\* p &lt; 0,001

In het derde model wordt ook het belang van de bronnen bevestigd, al loopt de impact niet in alle gevallen zoals verwacht. De kwaliteit van de relatie oefent een sterke impact uit: het ervaren van wederkerigheid en gemotiveerd worden door liefde of vriendschap dragen ook na controle van de overige factoren in belangrijke mate bij tot een lagere belasting. Het beschikken over een hogere opleiding is in de multivariate analyse echter niet langer significant gerelateerd aan een lagere zorgbelasting, net als de aanwezigheid van hulp van andere mantelzorgers. Wie hulp ontvangt van professionele hulpverleners is daarentegen significant meer belast. De aanwezigheid van hulp van vrijwilligers houdt nog steeds geen verband met de ervaren zorgbelasting.

In het vierde model ten slotte, wordt de impact van de andere rollen van de mantelzorger getest. De bijdrage tot een verklaring van het niveau van zorgbelasting is gering, zo toont de verandering in de totale verklaarde variantie (0,005). Het uitoefenen van voltijds of deeltijds betaald werk houdt, na controle voor de overige factoren, geen verband meer met de belasting. Het resultaat dat wie zorg verleent aan meer dan één zorgbehoevende persoon meer belasting ervaart, biedt ondersteuning voor de idee dat de combinatie van rollen tot overbelasting kan leiden. Het feit dat de aanwezigheid van kinderen in het huishouden gepaard gaat met een lagere zorgbelasting, biedt dan weer evidentie voor de accumulatiehypothese, die de positieve gevolgen van het combineren van rollen beklemtoont.

## 6. Discussie en besluit

Eerdere studies hebben aangetoond dat het verlenen van mantelzorg negatieve gevolgen kan hebben voor het mentale en fysieke welbevinden, en dat de zorgbelasting die de mantelzorger ervaart hierbij een belangrijke verklarende rol speelt. Deze bijdrage buigt zich over de vraag welke factoren een invloed uitoefenen op de ervaren zorgbelasting van de mantelzorgers in Vlaanderen, aan de hand van het stress-appraisal model van Yates, Tennstedt & Chang (1999) en de rollentheorie. Uit de resultaten blijkt dat de sterkste effecten op de zorgbelasting uitgaan van de intensiteit van de verleende zorg, de kwaliteit van de relatie met de zorgbehoevende persoon, het geslacht van de mantelzorger en de aard van de sociale band met de zorgbehoevende persoon. De externe bronnen en de andere rollen die de mantelzorgers opnemen, dragen slechts in geringe mate bij tot een verklaring van het niveau van zorgbelasting en leveren gemengde resultaten.

Het resultaat dat alle indicatoren van de intensiteit van de verleende zorg een significante bijdrage bieden tot de verklaring van de zorgbelasting, biedt bevestiging voor onze hypothese en benadrukt het belang van de 'primaire beoordeling' uit het model van Yates, Tennstedt & Chang (1999). Yates en colle-

ga's namen in hun onderzoek enkel de tijdsinvestering in de zorg als indicator op. Uit onze analyses blijkt dat ook de aard van de verleende taken en de duur van de zorg een rol spelen. In tegenstelling tot de meeste huishoudelijke taken, vereisen persoonsverzorgende taken – die kenmerkend zijn voor het type 'allround' zorg – vaak een onmiddellijke aanpak. Bovendien rust op het uitvoeren van dit type zorgtaken een cultuurgebonden taboe, in het bijzonder wanneer de zorgbehoevende een persoon van het andere geslacht is (Campbell & Martin-Matthews 2000). Beide zaken kunnen mogelijk verklaren waarom het verlenen van allround zorg als meer belastend wordt ervaren. Met betrekking tot de impact van de duur van de zorg, staan in de literatuur twee hypothesen voorop. De 'Wear and tear-hypothese' of slijtagehypothese stelt dat naarmate de zorg langer duurt, de mantelzorgers ten gevolge van de blootstelling aan chronische stress, meer negatieve gevolgen ervaren voor het welbevinden. Volgens de aanpassingshypothese daarentegen, passen mantelzorgers zich naarmate hun ervaring toeneemt beter aan de situatie aan en ondervinden zij minder problemen bij het verlenen van de zorg (Townsend e.a. 1989). De resultaten uit onze analyses bieden bevestiging voor de slijtagehypothese: naarmate de zorg langer duurt, voelt men zich meer belast en kan men bijgevolg meer negatieve gevolgen voor het welbevinden ondervinden.

Naast de zorgintensiteit, werden ook het concept van de bronnen en de hypothese dat de aanwezigheid van interne en externe bronnen de zorgbelasting zou milderden, ontleend aan het model van Yates, Tennstedt & Chang (1999). Wat de interne bronnen betreft, wordt het belang van de kwaliteit van de relatie bevestigd: de resultaten tonen aan dat het in eerste instantie gemotiveerd worden door liefde of vriendschap en het gevoel iets terug te krijgen voor de zorg samengaan met een lagere zorgbelasting.

De kwaliteit van de zorgrelatie en de relationele aspecten van de zorg in het algemeen, komen in stresstheoretische verklaringen traditioneel minder aan bod (Braithwaite 1992; Baronet 2003), maar komen ook uit ander recent internationaal en Belgisch onderzoek naar voren als uiterst belangrijk om de gevolgen voor de mantelzorger te voorspellen (Spruytte 2003; Raschick & Ingersoll-Dayton 2004; Buntinx e.a. 2005). Het opleidingsniveau, de interne bron die werd verwacht samen te gaan met een hoger gevoel van controle en bijgevolg een lagere belasting, komt in onze multivariate resultaten niet als een relevante determinant naar voren.

Ook de externe bronnen hebben in tegenstelling tot de hypothese, geen verlagend effect op het niveau van zorgbelasting. De aanwezigheid van hulp van professionele zorgverleners gaat zelfs gepaard met een zwaardere zorgbelasting. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is dat de gebruikte maten voor de hulp te algemeen zijn: er is geen informatie beschikbaar over de hoeveelheid en de aard van de verleende hulp. Daarnaast kan dit resultaat veroorzaakt worden doordat mantelzorgers pas hulp vragen wanneer ze de zorg niet

langer alleen aankunnen: het zich overbelast voelen is dan de aanleiding voor het inroepen van professionele hulp (de Boer, Timmermans & Schellingerhout 2005). Ook verschillende andere buitenlandse studies hebben aangetoond dat een positief effect van professionele hulp niet vanzelf spreekt (Twigg, Atkin & Perring 1991; Nolan e.a. 2003). Het gebrek aan overtuigende resultaten betekent voor sommigen dan ook een aanzet tot het diepgaand bekijken van welke aspecten mantelzorgers belangrijk vinden bij professionele ondersteuning (Ashworth & Baker 2000; Nolan e.a. 2003).

Aan de rollentheorie werd de idee ontleend dat ook de andere rollen die de mantelzorger opneemt een impact kunnen hebben op de ervaren zorgbelasting. Bevestiging voor de idee dat het combineren van rollen leidt tot overbelasting (de schaarstehypothese) wordt geleverd door het resultaat dat mantelzorgers die zorgen voor meerdere zorgbehoevende personen een hogere belasting rapporteren. Het feit dat de aanwezigheid van kinderen in het huishouden gepaard gaat met een lagere belasting biedt dan weer evidentie voor de accumulatiehypothese. Belangrijk om hierbij te vermelden is evenwel dat er geen maximumleeftijd voor de kinderen werd gesteld: het kan dus zowel gaan om kleine kinderen die zelf nog zorg nodig hebben als volwassen kinderen die hun steentje kunnen bijdragen in het huishouden. Het uitoefenen van voltijds of deeltijds betaald werk is in de multivariate analyses niet gerelateerd aan de zorgbelasting. Deze uiteenlopende resultaten geven een aanwijzing dat niet zozeer het uitoefenen van andere rollen op zich een impact heeft, maar dat het belangrijk is om de aard van de rollen in rekening te nemen. Als geheel genomen, dragen de rolelementen niet in belangrijke mate bij tot een verhoging van de verklarende waarde van het model en zijn ze dus minder relevant om de mate van belasting te voorspellen.

De context- en achtergrondfactoren tenslotte, hebben wel een belangrijke impact op de mate van belasting. In overeenstemming met andere studies (o.a. Barusch & Spaid 1989; Yee & Schulz 2000) rapporteren vrouwen – ook na controle voor de intensiteit van de zorg – een hogere zorgbelasting. Een van de mogelijke verklaringen hiervoor is dat vrouwen een andere copingstijl aannemen dan mannen: terwijl vrouwen de zorg gevoelsmatig invullen en geneigd zijn zichzelf te verliezen in de zorg, zouden mannen meer grenzen stellen en hierdoor een groter gevoel van controle behouden (Boeije & Van Doorne-Huiskes 2007). Ook de aard van de sociale relatie met de zorgbehoevende is uiterst relevant: de zorg voor een partner en de zorg voor een kind zijn met voor-sprong de meest belastende vormen van mantelzorg. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de manier waarop de zorgbelasting ontstaat, kan verschillen naargelang de zorg uitgaat naar een partner, ouder, kind of ander familielid (o.a. Marks, Lambert & Choi 2002; Chumbler e.a. 2003). Doordat onze studie gericht is op het verklaren van de zorgbelasting binnen een ruime groep van mantelzorgers, kwam deze diversiteit in de beleving van de mantelzorg minder aan bod. Verdere analyses op het databestand “Mantelzorg in Vlaanderen”

moeten aantonen of en in welke zin de determinanten van de zorgbelasting verschillen naargelang de aard van de relatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende.

Naast de sociale relatie, kunnen ook de aard van de gezondheidsproblemen (psychisch/fysiek) en aanwezigheid van probleemgedrag bij de zorgbehoevende persoon, een rol spelen bij de ervaren zorgbelasting. Aangezien de enquête weinig (betrouwbare) informatie bevat over de aard van de zorgbehoefte, is het niet mogelijk om deze aspecten in rekening te brengen. Resultaten van Yates, Tennstedt & Chang (1999), suggereren echter dat deze elementen geen rechtstreekse impact hebben op de zorgbelasting, maar een invloed uitoefenen via de hoeveelheid zorg die wordt verleend en de kwaliteit van de zorgrelatie (elementen die wél aanwezig zijn in ons verklaringsmodel). De aanwezigheid van meer functionele problemen en cognitieve problemen geeft volgens Yates en collega's aanleiding tot het verlenen van meer uren zorg en bijgevolg tot een hogere zorgbelasting, terwijl wie zorgt voor een persoon met gedragsproblemen de relatie met de zorgbehoevende als minder kwaliteitsvol ervaart en zich via deze weg meer belast voelt.

Een ander element dat onderbelicht bleef in dit artikel zijn de eventuele positieve gevolgen van het verlenen van mantelzorg. Recente studies wijzen er op dat de zorgbelasting slechts één aspect is van de totale zorgervaring, en dat mantelzorgers ook voldoening en zingeving ontleen aan de zorg (Opdebeeck, Vanhove & Vanaudenhove 2003). Eerdere analyses op het databestand "Mantelzorg in Vlaanderen" (De Koker 2006; Vanbrabant & De Koker 2006) toonden aan dat de positieve zorgervaring moeilijker te voorspellen is dan de ervaren zorgbelasting. Een element dat hierbij wel opnieuw van groot belang is, is het feit of de mantelzorger in eerste instantie wordt gemotiveerd door liefde of moreel plichtsgevoel: wie gevoelens van affectie als belangrijkste motivatie aangeeft ervaart de zorg als meer verrijkend en zinvol.

De zorg die wordt verleend door familieleden, vrienden, buren en kennissen, is cruciaal in een periode waarin wordt verwacht dat chronische gezondheidsproblemen in belang zullen toenemen. De vergrijzing van de bevolking, in combinatie met een verwachte daling in de beschikbaarheid en bereidheid tot het opnemen van mantelzorg, noopt ertoe 'zorgzaam' om te springen met dit mantelzorgpotentieel. Aan de hand van de resultaten is het mogelijk om enkele aanknopingspunten te bieden voor een betere ondersteuning van de mantelzorgers.

Met oog op een optimale ondersteuning is het in de eerste plaats van belang dat de hulpverlening niet alleen aandacht besteedt aan de situatie van de zorgbehoevende en deze van de mantelzorger, maar ook aan de relatie tussen beide partijen. Indien de mantelzorger in staat is om wederkerigheid te ervaren in de zorgrelatie, bv. via het opvangen van signalen van dankbaarheid, kan de zorgbelasting worden verminderd. Een kwaliteitsvolle zorgrelatie ver-

onderstelt tevens dat mantelzorg voor alle betrokkenen zoveel mogelijk een keuze wordt en motieven van affectie en liefde de bovenhand blijven houden boven plichtsgevoelens. Wanneer de mantelzorger het gevoel heeft in eerste instantie te zorgen vanuit een morele plicht, dan is de zorg moeilijker om dragen. De uitdaging is om de zorg zo te organiseren dat er keuzemomenten worden ingebouwd en dat voldoende alternatieven beschikbaar zijn in de vorm van een divers, voldoende groot en toegankelijk professioneel zorgaanbod, zodat mantelzorg een echte keuze wordt. De aanwezigheid van professionele hulp kan ook op een andere manier een positieve uitwerking hebben op de zorgbelasting, namelijk via het verminderen van de intensiteit van de verleende zorg. Een belangrijke vaststelling is immers dat het verlenen van méér intensieve mantelzorg waaronder het verlenen van persoonsverzorgende zorg, gepaard gaat met een hogere belasting. Aangezien persoonsverzorging niet de categorie zorgtaken is waarvoor vrijwilligers in eerste instantie ingeschakeld mogen/kunnen worden, ligt het voor de hand dat indien er prioriteiten moeten worden gelegd bij de organisatie van de beroepsmatige hulp, deze categorie in de eerste plaats verder wordt geprofessionaliseerd. Een laatste aandachtspunt tenslotte betreft de bereidheid van de mantelzorgers om hulp te aanvaarden. Het resultaat dat mantelzorgers die professionele hulp ontvangen zich meer belast voelen, kan er op duiden dat het inroepen van hulp wordt uitgesteld tot het moment waarop men de zorg niet langer alleen aankan. Professionele hulpverleners maar ook familieleden, vrienden, burens en kennissen, moeten oog hebben voor de signalen van overbelasting van de mantelzorger en hem of haar indien nodig aansporen tot het tijdig inroepen en aanvaarden van professionele hulp. Het vermijden van overbelasting bij de mantelzorger heeft niet alleen positieve gevolgen voor het welbevinden van de mantelzorger, maar ook voor de kwaliteit van de zorg en bij uitbreiding voor de houdbaarheid van de thuiszorg.

## BIBLIOGRAFIE

- Ashworth, M. & A. Baker (2000), 'Time and space', carers' views about respite care, *Health and Social Care in the Community*, 8(1), 50-56.
- Baronet, A. (2003), The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caretaking activities, *Family Relations*, 52(2), 137-142.
- Barrow, S. & R. Harrison (2005), Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment, *Journal of Public Health*, 27(3), 292-297.
- Barusch, A. & W. Spaid (1989), Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burdens? *The Gerontologist*, 29(5), 667-676.
- Boeije, H. & A. van Doorne-Huiskes (2007), Fulfilling a sense of duty: how men and women giving care to spouses with multiple sclerosis interpret this role, *Community, Work and Family*, 6(3), 223-244.



- Braithwaite, V. (1992), Caregiving burden. Making the concept scientifically useful and policy relevant, *Research on Aging*, 14(1), 3-27.
- Braithwaite, V. (1996), Understanding stress in informal caregiving. Is burden a problem of the individual or of society?, *Research on Aging*, 18(2), 139-174.
- Buntinx, F., J. De Lepeleire, O. Fontaine & M. Ylief (eds.) (2005), *Qualidem II: Eindrapport 2002-2005, Deel B*. Leuven-Luik (<http://www.ulg.ac.be/psysante/qualidem>).
- Campbell, L. & A. Martin-Matthews (2000), Primary and proximate. The importance of coresidence and being the primary provider of care for men's filial care involvement, *Journal of Family Issues*, 21(8), 1006-1030.
- Chumbler, N., J. Grimm, M. Cody & C. Beck (2003), Gender, kinship and caregiver burden: the case of community dwelling memory impaired seniors, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 722-732.
- Craeynest, K. (2004), Onderzoeksinstrument en -methode, pp. 35-44 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. CBGS-Werkdocument 2004/11, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Craeynest, K. (2006), Zorgnood en zorgvoordeur, pp. 37-64 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant.
- de Boer, A., J. Timmermans & R. Schellingerhout (2005), Gebruik van ondersteuning door mantelzorgers, pp. 47-60 in A. de Boer (ed.), *Kijk op informele zorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Deboosere, P., S. Demarest, V. Lorant, P.J. Miermans, M.-I. Portet & H. Van Oyen (2006), *Socio-Economische Enquête 2001 Monografieën. Gezondheid en mantelzorg*. Brussel: FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie.
- De Koker, B. (2006), Mantelzorg binnen het huishouden, pp. 115-142 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant.
- George, L. & L. Gwyther (1986), Caregiver wellbeing: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259.
- Goode, K., W. Haley, D. Roth & G. Ford (1998), Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model, *Health Psychology*, 14(2), 190-198.
- Hirst, M. (2003), Caring related inequalities in psychological distress in Britain during the 1990s, *Journal of Public Health Medicine*, 25(4), 336-343.
- Hirst, M. (2004), *Health inequalities and informal care*, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- Heylen, L. & D. Mortelmans (2006), Determinanten van mantelzorg, pp. 65-90 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant.
- Hong, J. & M. Seltzer (1995), The psychological consequences of multiple roles: the nonnormative case, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(dec), 386-398.
- Jacobs, T. & E. Lodewijckx (2004), *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. CBGS-Werkdocument 2004/11, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Lawton, M., M. Kleban, M. Moss, M. Rovine & A. Glicksman (1991), Measuring caregiving appraisal, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(3), 61-71.
- Lawton, M., M. Moss, M. Kleban, A. Glicksman & M. Rovine (1991), A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46(4), 181-189.
- Lodewijckx, E. (2004), Steekproef en respons, pp. 35-44 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. CBGS-Werkdocument 2004/11, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.

- Marks, N., J. Lambert & H. Choi (2002), Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: A prospective U.S. national study, *Journal of Marriage and the Family*, 64(aug.), 657-667.
- Martire, L., M. Stephens & A. Atienza (1997), The interplay of work and caregiving: relationships between role satisfaction, role involvement and caregiver's well-being, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(5), 279-289.
- Mui, A. (1995), Multidimensional predictors of caregiver strain among older persons caring for frail spouses, *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 733-740.
- Murphy, B., H. Schofield, J. Nankervis, S. Bloch, H. Herrman & B. Singh (1997), Women with multiple roles: The emotional impact of caring for ageing parents, *Ageing and Society*, 17, 277-291.
- Nolan, M., U. Lundh, G. Grant & J. Keady (eds.) (2003), *Partnerships in family care: understanding the caregiving career*, Maidenhead: Open University Press.
- Opdebeeck, S., H. Van Hove & Ch. Van Audenhove (2003), *Zin in zorg? Reflecties en gesprekken over zingeving aan mantelzorg*. Leuven: LUCAS.
- Pearlin, L., J. Mullan, S. Semple & M. Skaff (1990), Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures, *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Raschick M. & B. Ingersoll-Dayton (2004), The costs and rewards of caregiving among aging spouses and adult children, *Family Relations*, 53(3), 317-325.
- Schulz, R., A. O'Brien, M. Bookwala & K. Fleissner (1995), Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes, *The Gerontologist*, 35(6), 771-791.
- Schulz, R. & S. Beach (1999), Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
- Skaff, M., L. Pearlin & J. Mullan (1996), Transitions in the caregiving career: effects on sense of mastery, *Psychology and Aging*, 11(2), 247-275.
- Spruytte, N. (2003), *Expressed emotion bij mantelzorgers van dementerende ouderen*, Proefschrift tot het verkrijgen van de graad van Doctor in de Psychologische Wetenschappen, Leuven: KULeuven.
- Taylor, R., G. Ford & M. Dunbar (1995), The effects of caring on health: a community based longitudinal study, *Social Science and Medicine*, 40(10), 1407-1415.
- Thiede-Call, K., M. Finch, S. Huck & R. Kane (1999), Caregiver burden from a social exchange perspective: caring for older people after hospital discharge, *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 688-699.
- Townsend, A., L. Noelker, G. Deimling & D. Bass (1989), Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health, *Psychology and Aging*, 4(4), 393-401.
- Twigg, J., K. Atkin & C. Perring (1991), *Carers and services: a review of research*. London: HMSO.
- Vanbrabant, A. & B. De Koker (2006), Mantelzorg buiten het huishouden, pp. 143-166 in T. Jacobs & E. Lodewijckx (eds.), *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant.
- Vanderleyden, L. & L. Vandenboer (2004), Zorg en ondersteuning, pp. 139-180 in T. Jacobs, L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen: Garant.
- Vitaliano, P., J. Zhang & J. Scanlan (2003), Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Yates, M., S. Tennstedt & B. Chang (1999), Contributors to and mediators of psychological well-being for informal carers, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54(1), 12-24.
- Yee, J. & R. Schulz (2000), Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis, *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.