

IS POPULARITEIT DE BRUG TUSSEN ZORGCOMPETENTIES EN WELBEVINDEN BIJ JONGEREN? EEN SOCIOMETRISCHE STUDIE BIJ JONGEREN

Aantal woorden: 19.510

Laura Van Damme

Studentennummer: 01711189

Promotor: Prof. dr. Wim Beyers

Masterproef II voorgelegd voor het behalen van de graad master in de Klinische Psychologie

Academiejaar: 2020 – 2021



Geassocieerde Masterproef

Voor deze masterproef werd in de opzet van het onderzoek en de dataverzameling samengewerkt met Yousra Achbari (01608280). Hierdoor is er enige overlap mogelijk in Inleiding en de Methode. De tekst van deze masterproef inclusief de onderzoeksvragen, het uitgevoerde kwantitatieve onderzoek en de uitgevoerde analyses zijn echter individueel en kwamen in overleg met de promotor tot stand.

Corona Preamble

Deze masterproef heeft onder invloed van de coronamaatregelen moeilijkheden ondervonden in het verzamelen van data. Gezien de data werden verzameld in middelbare scholen gedurende de verhoogde maatregelen voor het onderwijs was het niet evident om scholen te overtuigen mee te werken aan het onderzoek. Enkele scholen waar Technisch Secundair Onderwijs (TSO) werd aangeboden kozen er hierdoor voor om niet mee te werken aan ons onderzoek. Dit had implicaties voor de uitwerking. Jongeren uit het TSO zijn slechts beperkt aanwezig in onze steekproef. We dienden hiermee rekening te houden in de data-analyse en discussie. Deze preamble werd in overleg tussen de student en de promotor opgesteld en door beide goedgekeurd.

Dankwoord

Het schrijven van de masterproef was het sluitstuk van een intensieve, maar vooral leerrijke opleiding. Gedurende de laatste twee jaar werd er hard gewerkt om dit onderzoek vorm te geven. Deze periode was een erg leerrijke ervaring waarin ik de kans kreeg om wetenschappelijk onderzoek van heel dichtbij mee te maken. Het leerde me dat dit met vallen en opstaan was. Dit traject doorliep ik natuurlijk niet alleen. Daarom wil ik de mensen bedanken die mij tijdens mijn onderzoek hebben geholpen en ondersteund. Zij stimuleerden me om samen na te denken, te verbeteren, te groeien en vooral te waarderen welke stappen ik hierin zette.

Ten eerste wil ik de scholen bedanken die deelnamen aan het onderzoek. Dankzij de bereidwillige medewerking aan deze masterproef door Leiepoort campus Sint-Hendrik te Deinze, het Atheneum Bellevue te Izegem, het Stedelijk Lyceum Pestalozzi te Antwerpen en het Stedelijk Lyceum Zuid te Antwerpen kon dit onderzoek vorm krijgen. Zowel de jongeren, als de directie, secretariaatsmedewerkers en leerkrachten investeerden kostbare tijd om mijn vragenlijsten in te vullen en de afnames tot een goed einde te brengen. Ik ben ontzettend dankbaar dat zij de moeite wilden doen om, in een jaar waarin het onderwijs onder druk stond door de coronapandemie, zich samen in te zetten om onder de best mogelijke omstandigheden de nodige data te helpen verzamelen.

Daarnaast bedankt ik ook graag Nguyễn Phước Cát Tường aangezien haar doctoraatsonderzoek mee de inspiratie was voor deze masterproef. Ook mijn oprechte dank aan Yousra Achbari om constructief samen te werken in functie van onze dataverzameling.

Ook wil ik graag mijn ouders, vrienden en medestudenten bedanken. Zij waren er steeds om te luisteren naar mijn bezorgdheden, om mij aan te moedigen onderweg, maar ook om me de nodige ontspanning te bezorgen tijdens een heel intense periode. Ook voeg ik hier graag een bijzondere bedanking in aan twee vrienden die, nog voor ik goed en wel aan de opleiding was gestart, al onwezenlijk in mij geloofden, maar helaas door medische omstandigheden de eindmeet met mij niet hebben mogen meemaken. Maya en Wouter, ik weet dat jullie onwezenlijk trots zouden zijn dat ik mijn droom heb kunnen waarmaken. Bedankt om wie jullie waren en zijn voor mij.

Tot slot wil ik ook in het bijzonder mijn promotor Prof. Dr. Wim Beyers bedanken. Hij stond steeds klaar met raad en daad doorheen het hele proces. Zijn onmisbare adviezen zorgden ervoor dat deze masterproef steeds naar een hoger niveau kon worden getild.

Abstract

Binnen dit onderzoek werd het verband onderzocht tussen zorgcompetenties, populariteit en welzijn. In de literatuur stelden we een opmerkelijke relatie vast tussen deze drie concepten, waarbij we bovendien de potentieel mediërende rol van populariteit opmerkten. Hiertoe werden met vragenlijsten, die een sociometrisch luik bevatten, gegevens verzameld bij 434 adolescenten uit vier middelbare scholen in Vlaanderen. Resultaten toonden aan dat er sterke evidentie is voor het directe verband tussen zorgcompetenties, maar ook het falen ervan, en welzijn van adolescenten. Dit analoog met de bevindingen uit de literatuur. Tegen alle verwachtingen in werd er geen link gevonden tussen zorgcompetenties en sociale aanvaarding bij jongeren, maar wel met sociale populariteit. Betere zorgcompetenties zorgen ervoor dat iemand minder snel als niet populair wordt aanzien. Ook bij de link tussen populariteit en welzijn ligt het gewicht vooral in het kamp van de sociale populariteit. Sociale aanvaarding krijgt met andere woorden een veel kleinere rol toebedeeld dan er oorspronkelijk werd voorzien. De voorspelling van de mediatie kunnen we vervolgens ook niet hard maken. Populariteit zal geen brug vormen tussen zorgcompetenties en welzijn. De bevestiging dat het bezitten of falen van zorgcompetenties wel een directe link bezit met welzijn, geeft veel mogelijkheden om binnen de klinische praktijk het proces te begrijpen die jongeren afleggen wanneer ze in opname komen, om gericht mensen te trainen in deze competenties, of om het falen beter op te vangen. De rol die is weggelegd voor zorgcompetenties binnen de klinische praktijk is zo onmiskenbaar.

Inhoudstafel

Inleiding	1
Probleemstelling	1
Zorgcompetenties	3
Wat is ‘zorg’?	3
Zorgen is een competentie	4
Zelfzorg	6
Zorg ontvangen	7
Zorg verlenen	9
Falen van zorg	10
Welzijn bij Jongeren	12
Zelfwaarde	13
Link tussen zorgcompetenties en welzijn	13
Populariteit als de Sociale Status binnen de Peergroep van de Adolescent	16
Populariteit	16
Invloed van zorgcompetenties op populariteit	19
Invloed van populariteit op welzijn	20
Huidig Onderzoek	22
Methode	25
Steekproef	25
Instrumenten	26
Zorgcompetenties	26
Populariteit	27
Welzijn	28
Procedure	29
Resultaten	31
Preliminare Analyses	31
Missing analyse	32
Descriptieve statistiek	32
Verbanden met achtergrondvariabelen	32

Hypothesetoetsende Analyses	34
Verband tussen zorgcompetenties en zelfwaarde	34
Verband tussen zorgcompetenties en populariteit	37
Verband tussen populariteit en zelfwaarde	38
Mediatieverbanden	41
Discussie	51
Bespreking Resultaten en Theoretische Implicaties	51
Praktische en Klinische Implicaties	56
Sterktes en Beperkingen van het Onderzoek	57
Suggesties voor Verder Onderzoek	58
Conclusie	59
Referenties	60
Bijlagen	

Inleiding

Probleemstelling

Het gaat niet goed met sommige jongeren in Vlaanderen. Jaarlijks zet Rode Neuzen Dag dit extra in de aandacht en maar best ook (DPG Media NV, 2018), want uit de cijfers van de Vlaamse Jeugdraad bij 1124 jongeren tussen 14 en 25 jaar blijkt dat maar liefst 38% van onze Vlaamse jongeren kampt met psychische problemen. Bovendien geeft 80% van de jongeren aan dat minimum twee van hun vrienden niet goed in hun vel zitten (Vlaamse Jeugdraad, 2017). Deze cijfers zijn enorm deprimerend, zeker als we zien dat veel psychologische problemen op latere leeftijd, zoals depressie, hun oorsprong vinden in de adolescentie (IPS, 2018). Toch moeten we de cijfers van de Vlaamse Jeugdraad (2017) nuanceren aangezien dit een open bevraging was van jongeren en geen representatieve studie. De wereldwijde schatting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2019) betreffende de mentale gezondheid van de adolescenten tussen 10 en 19 jaar, geeft aan dat ongeveer 10 tot 20% van de jongeren kampt met psychologische problemen. Ook het Jeugdonderzoekplatform (JOP) toonde aan dat er een grote groep gelukkige en tevreden jongeren bestaat in Vlaanderen, maar we mogen de groep die dat niet is niet verwaarlozen. Dit is namelijk ongeveer één op de tien van de Vlaamse jongeren (Bradt, Pleysier, Put, Siongers, & Spruyt, 2019). Ondanks we de mentale gezondheid van de jongeren dus niet te zwart moeten zien, benadrukt de WHO dat de gevolgen op zowel de fysieke als mentale gezondheid op latere leeftijd erg groot zijn wanneer mentale gezondheidsproblemen in de adolescentie niet adequaat worden aangepakt (WHO, 2019). Om hieraan tegemoet te komen valt op dat steeds meer eerstelijnsvoorzieningen hun aanbod specifiek aanpassen aan jongeren en bovendien wil de overheid de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp fors uitbreiden. Hoewel in het algemeen het welbevinden van jongeren dus steeds meer in de aandacht komt, blijft de taboesfeer wel sterk aanwezig in de Westerse cultuur (Vlaamse Overheid, n.d.). Bovendien blijven wachtlijsten ellenlang in psychologische centra waar jongeren gratis terecht kunnen, waardoor een heleboel jongeren niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Twee op de vijf jongeren geeft bovendien aan dat problemen op school één van de redenen zijn waarom ze zich niet goed voelen (Vlaamse Jeugdraad, 2017). Noddings (2005) haalde daarrond al aan dat een positief schoolklimaat erg belangrijk is. Dit houdt

in dat er binnen de schoolcontext een warme sfeer is waarbinnen jongeren met hun bekommernissen terecht kunnen bij ofwel het Centrum voor Leerlingbegeleiding (CLB), een vertrouwensfiguur of een peer. Voorlopig geeft minder dan één jongere op vier aan dat hij of zij op school praat over hoe hij of zij zich voelt (Vlaamse Jeugdraad, 2017). Dit is enerzijds erg jammer, maar anderzijds ook een erg gemiste kans voor het onderwijs. Het is immers hun taak jongeren voor te bereiden op het leven. Jongeren leren hoe ze voor zichzelf en anderen moeten zorgen, maar hen ook leren dat ze bij problemen ergens terecht kunnen, zijn belangrijke kwaliteiten die preventief kunnen inwerken op een heleboel psychologische problemen. Helaas komt dit op dit moment nog veel te weinig aan bod (Vlaamse Jeugdraad, 2017). De WHO riep hierdoor extra op om echt uit de startblokken te schieten om het welbevinden bij jongeren te verhogen (WHO, 2019).

Hier tracht dit onderzoek aan bij te dragen. Zorgcompetenties zijn een vrij nieuw begrip binnen de onderzoekswereld, maar uit de eerste onderzoeksresultaten lijken ze belangrijk te zijn voor het welzijn van jongeren (Nguyễn Phước, Beyers, & Valcke, 2020a, 2020b). Tijdens de adolescentie winnen peers aan belang voor jongeren ten opzichte van ouders of andere verzorgende volwassenen (Fasick, 1984; Wang, Peterson, & Morpheu, 2007). De vraag rijst hierbij welke invloed peer relaties en in het bijzonder de peer status of populariteit bijdragen aan het effect van zorgcompetenties op welzijn. Daaruit volgt ook de vraag in hoeverre de peer status van jongeren verschilt naargelang ze meer of minder beschikken over zorgcompetenties en welke invloed dat heeft op hun welzijn. Doorheen de inleiding zullen we deze begrippen dieper verkennen, maar ook literatuur bundelen die evidentie aanhaalt voor mogelijke mediatie tussen deze concepten. Evidentie voor deze mediatie kan een basis vormen voor het uitwerken van sociale vaardigheidstrainingen om zorgcompetenties van jongeren te versterken, hun sociale positie in de peergroep te verbeteren en op lange termijn hun welbevinden te verhogen. Ook kan dit onderzoek het klinische werkveld, in de eerste plaats de eerstelijns hulpverlening voor jongeren, inzicht verschaffen in de processen rond zorgcompetenties die zich tijdens de adolescentie afspelen, om zo concrete aangrijpingspunten te hebben om hiermee aan de slag te gaan.

Zorgcompetenties

Wat is ‘zorg’? Zorg is een hot topic binnen de sociologie, psychologie en gezondheidszorg, maar toch kan er niet zomaar een eenduidige definitie worden gevonden (Thomas, 1993). Desondanks kan in de literatuur worden vastgesteld dat zorg verweven zit in de fundamenteën van de menselijke psyche. Zo stelt de Zelfdeterminatie Theorie van Ryan en Deci (2017) dat mensen drie universele psychologische basisbehoeftes hebben, met name de behoefte aan autonomie, de behoefte aan competentie en de behoefte aan relationele verbondenheid. De behoefte aan autonomie kan opgevat worden als het ervaren van psychologische vrijheid, keuze bij het uitvoeren van een activiteit en het volledig achter de uitgevoerde activiteiten staan. Deze behoefte resulteert in het gevoel volledig zichzelf te kunnen zijn. Versterken van deze autonomie draagt bij aan zorg voor zichzelf. Ten tweede, de behoefte aan competentie, die inhoudt dat er een gevoel is van bekwaamheid en van effectiviteit om een activiteit succesvol uit te kunnen voeren. Er moet een gevoel van competentie heersen willen we motivatie ervaren om bijvoorbeeld voor zichzelf of anderen te zorgen. Als derde, de behoefte aan relationele verbondenheid, die kan worden gezien als het ervaren van een warme en hechte band met anderen. Deze band ervaren we wanneer we het gevoel hebben dat er voor jou wordt gezorgd door anderen, maar ook in de samenhang met anderen en het gevoel van significant belang te zijn voor anderen. Het zorgen voor elkaar toont zich dus overduidelijk in deze basisnood aan verbondenheid.

Zorg is dus belangrijk om als mens psychologisch te kunnen groeien en is in dat opzicht een erg subjectieve ervaring, maar daarnaast is het ook praktisch onmisbaar om te kunnen overleven. Hierin zien we het fysiologische aspect van zorg (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, & Johnson, 1990). Mensen hebben elkaar vaak nodig om op een constructieve wijze datgene wat het leven biedt het hoofd te bieden. Denk bijvoorbeeld aan hoe hulpeloos een kind wordt geboren en hierbij volledig is aangewezen op de zorg van zijn moeder en vader (Leininger, 1988). Alle zorg binnen dit fysiologische aspect steunt op aandacht, sensitiviteit en ook het effectief beantwoorden van bepaalde noden (responsiviteit). Zorg is dus niet louter een attitude, maar ook een actie (Held, 2006). Niet voor niets is zorg dus één van de centrale kenmerken van onze maatschappij.

Zorgen is een competentie. Goede zorg vraagt echter meer dan de juiste intentie volgens Gastmans (2006). Het is een combinatie van activiteiten, attitudes en kennis van de situatie. Zorg kan dus ook worden benaderd als een competentie juist omdat het die combinatie vraagt van kennis, vaardigheden, attitudes en gedrag om een bepaald individu in staat te stellen om een bepaalde taak op een bepaald niveau uit te voeren (Blömeke, Gustafsson, & Shavelson, 2015). Zorg wordt bij Blömeke et al. gestructureerd als een multifactorieel concept met cognitieve, affectieve en gedragsmatige facetten waarop afzonderlijk competentie kan worden verworven. Het cognitieve aspect kan gezien worden als een bewustzijn van een bepaalde behoefte bij een individu. Hierbij wordt begrepen waarom een bepaalde nood aan zorg aanwezig is bij die persoon. Vervolgens houdt het affectieve aspect in dat er op een empathische manier wordt gereageerd op die noden. Ze worden erkend ten opzichte van het individu en er wordt meegevoeld met deze persoon. Het gedragsmatige aspect gaat dan echt in op het tegemoetkomen aan de noden van een individu. Het kind ontvangt bijvoorbeeld voedsel of er wordt ingegaan op een nood naar fysieke nabijheid (Nguyễn Phước et al., 2020a).

Noddings (2005) benadrukte dat, los van de facetten rond het opmerken, (h)erkennen en reageren op zorgvragen, er ook aandacht moet zijn voor dimensies die deze facetten overstijgen. Als eerste een actor-dimensie. Hierbij wordt er gedoeld op het feit dat zorg bestaat in een wederkerige en wederzijdse relatie tussen twee mensen of actoren, waarbij ieder lid afwisselend de rol opneemt van ofwel de verzorger, ofwel de verzorgde. In volwassen relaties is de rolomkering van om beurten zorgen voor de ander en zorg ontvangen heel duidelijk aanwezig. Er kan dan worden gesproken over een gelijkwaardige relatie. Bij ouder-kind relaties is er veel minder sprake van die rolomkering door de relatief afhankelijke rol van het kind, deze relatie is dus niet gelijkwaardig. Deze relatie schept namelijk de verwachting dat er één iemand is die vooral de verzorgende rol opneemt en de ander noodzakelijk verzorgd wordt. De actoren hebben hoe dan ook in elk van deze rollen belangrijke functies te vervullen rond de eerder genoemde facetten. Bijvoorbeeld zal een moeder het ongemak van het kind opmerken, dit erkennen als honger en als reactie hierop het kind de borst geven. Echter heeft ook het kind een belangrijke functie om te reageren op deze zorg door de aanbieder van voedsel op te merken, te zien als een antwoord op zijn behoefte en te reageren met genietende

geluiden of blikken. Dit verwijst naar de competentie om zorg te ontvangen. Op deze manier is het zorggeven van de moeder een belonende ervaring voor zowel moeder als kind. Op elk van deze facetten kunnen er zaken mislopen, waarna de zorg potentieel kan falen. Een ouder die de noden van zijn kind wel opmerkt, maar weigert te reageren faalt in het geven van zorg, maar evengoed als een kind de zorg, bijvoorbeeld getroost worden, niet wil aanvaarden faalt het zorg ontvangen (Noddings, 2005). Op deze manier krijgen de dimensies zorg verlenen en zorg ontvangen hun plaats binnen het ruime concept zorg.

Naast deze twee dimensies krijgt ook zelfzorg steeds meer een plaats als belangrijke zorgdimensie, die de laatste jaren bovendien aan sterke populariteit wint als bescherming tegen bijvoorbeeld stress en bijdraagt aan een hogere levenskwaliteit (Ayala, Winseman, Johnsen, & Mason, 2018), maar ook nuttig is in klinische psychopathologie en hulpverlening (Kickbusch, 1989). Zelfzorg houdt in dat een individu stilstaat bij het eigen welzijn, de eigen noden, groei en competenties in functie van de psychologische en emotionele balans, maar ook dat het hem in staat stelt om in wederzijdse relaties te stappen, waarbinnen de andere zorgdimensies plaatsvinden (Noddings, 2005). Zoals Hamington en Sander-Staudt (2011, p.180) stelden: “De uitdaging hierbinnen is zelfzorg te balanceren met de zorg voor en door anderen”.

De drie vormen van zorg, zorg verlenen, zorg ontvangen en zelfzorg, komen ook duidelijk terug in het werk van het Mind and Life Institute (Makrasky & Dodson-Lavelle, 2014). Zoals weergegeven in Figuur 1, kunnen deze dimensies duidelijk worden onderscheiden van elkaar, maar kunnen ze elkaar ook versterken en beïnvloeden.



Figuur 1. De drie zorgcompetenties (Makrasky & Dodson-Lavelle; 2014).

Zelfzorg. Makransky en Dodson-Lavelle (2014) omschrijven zelfzorg heel algemeen als een soort innerlijke aandacht voor veiligheid, gezondheid en welzijn. Zelfzorg bevordert bij een individu ontspanning, biedt een gevoel van innerlijke veiligheid en helpt moeilijke gedachten en emoties met mededogen een plaats te geven, maar geeft ook bescherming tegen stress en vermoeidheid. Dit door bijvoorbeeld het aangeven van grenzen. Het inzetten op zelfzorg biedt hierbij een heel waardevolle interventie bij onder andere burn-out. Zo krijgen yoga, meditatie en mindfulness een populaire rol toebedeeld als vormen van zelfzorg. Bovendien kan zelfzorg ons in staat stellen om een stabiele bron van steun en zorg te zijn voor anderen (Makransky & Dodson-Lavelle, 2014).

In een studie van Tsay en Healstead (2002) rond de levenskwaliteit van nierdialyse patiënten werd heel mooi het belang van zelfzorg en het geloof in de eigen competenties aangetoond. Deze auteurs stelden vast dat maar liefst 47.5% van de variantie in levenskwaliteit werd verklaard door zelfzorg self-efficacy. In deze studie citeren de auteurs de self-efficacy theorie van Bandura (1997) waarin wordt gesteld dat iemands overtuiging rond zijn of haar capaciteit om zich te engageren in zelfzorggedragingen bepalend is in het bereiken van de gewenste uitkomst, in dit geval een positieve levenskwaliteit. In deze studie gaat het dan om therapietrouw, gezondheid bevorderende gedragingen en minder fysieke en/of psychische symptomen als aspecten van zelfzorg. De theorie maakt dus als het ware een brug tussen kennis over zelfzorg en het daadwerkelijk zorgen voor jezelf (Tsay & Healstead, 2002).

Het is dus duidelijk dat zelfzorg als proces verloopt doorheen de eerder genoemde facetten van zorg van Blömeke et al. (2015). Het cognitieve facet van zelfzorg houdt in dat de eigen noden worden opgemerkt en begrepen. Het affectieve facet houdt in dat we empathisch omgaan met die noden ten opzichte van onszelf en de eigen situatie en noden accepteren. Tot slot wordt op het gedragsmatige vlak gehandeld om aan de eigen noden tegemoet te komen (Blömeke et al., 2015).

Noddings diepte het concept zelfzorg heel concreet uit in haar boek *The Challenge to Care in Schools* (2005). Ze situeert zelfzorg binnen vier grote domeinen. Als eerste het fysieke leven. Hier zien we dat zelfzorg bestaat uit activiteiten rond beweging, rust, gezonde voeding, gezondheidsmanagement maar ook huishoudeconomie,

bestuurdersopleiding met aandacht voor veiligheid, seksuele opvoeding, drugspreventie, gezondheid, hygiëne en opvoeding. Belangrijk is hierbij op te merken dat de focus echt ligt op waarom en hoe iemand zich kan engageren om zelfbewust met deze thema's om te gaan. Mensen doen dit dus echt uit eigen beweging met een algemeen besef van hun persoonlijke en interpersoonlijke verantwoordelijkheden en aanwezige intrinsieke motivatie. Een tweede domein waarin zelfzorg tot uiting komt is het spirituele leven waarbij geloof, kritisch denken, respect, stromingen, muziek en kunst een plaats krijgen. De kern hier is het onderhoud, herstel en de verrijking van de geest. Ten derde het beroepsleven waarbij de klemtoon ligt op doen wat je graag doet of waarvoor je talent hebt om zo volledig tot je recht te komen. Jongeren en volwassenen die dit bereiken in hun studie of job kunnen adequater omgaan met ontwikkelingstaken en de uitputting van een energieslopende job. Hier ligt dus een mooie kans weggelegd voor langdurige burn-out preventie. Immers als je doet wat je intrinsiek graag doet, ga je met je hele hart geëngageerd zijn voor je studies of job en is de lijn tussen werk en plezier dun. Het vierde en laatste domein is dan de vrijetijdsbesteding. Hieronder valt alles waarvan oprecht wordt genoten, ons mentaal verfrist en goed doet voelen. In de ideale situatie kan dat ook in meer of mindere mate terug worden gevonden binnen het beroepsleven, maar de nadruk ligt hier op het idee dat dit de vermoeidheid van het werk en de verveling van de dagdagelijkse verantwoordelijkheden verlicht. We vinden hier opnieuw fysieke activiteiten terug, maar evengoed mentale, emotionele en sociale recreatie (Noddings, 2005).

Zorg ontvangen. De eerste zorg die ieder van ons ontvangt, in normale omstandigheden, is die van onze eerste betekenisvolle anderen, in de meeste gevallen dus onze moeder en vader. Bowlby (1969) noemt deze duurzame affectieve relatie hechting. Hechting kan veilig of onveilig zijn afhankelijk van verschillende factoren zoals continuïteit van zorgverleners, sensitiviteit en responsiviteit. Het ontbreken van een veilige hechting leidt potentieel tot een heel arsenaal aan psychosociale en emotionele problemen waar hier niet verder op ingegaan wordt. Bovendien stelt hij dat de hechting in verband staat met de globale zelfwaarde van kinderen (Bowlby, 1969, 1973, 1977), wat ook ondersteund werd in onderzoek met kinderen (bv. Verschueren & Marcoen,

1999) en adolescenten (bv. Harvey & Bird, 1998; Lucktong, Salisbury, & Chamrathirong, 2018).

Algemeen kunnen we in het leven van een individu vaststellen dat gehechtheid een prototype vormt voor hoe we in relatie treden met anderen. De prototype hypothese (Bowlby, 1973, 1980, 1988; Owens et al., 1995) stelt dat onze gehechtheidservaringen, die vroeg in de kindertijd plaatsvonden onder invloed van de sensitiviteit en responsiviteit in het zorg ontvangen van onze verzorgers, zorgen voor een intern werkmodel van gehechtheidsrelaties. Dit intern werkmodel omvat onze verwachtingen over beschikbaarheid en de responsiviteit van gehechtheidsfiguren, maar evengoed ons basisvertrouwen dat een hele grote rol speelt in hoe we in interactie treden met anderen. Zo construeren we in wisselwerking ook het interne werkmodel van het zelf. We kunnen dit werkmodel begrijpen als onze zelfwaarde en in welke mate we onszelf waard vinden om zorg te ontvangen van een ander. Dit alles heeft invloed op onze sociaal-emotionele competenties en dus onze relaties met anderen, meer bepaald hoe waardevol vinden we onszelf om zorg te ontvangen, maar ook hoe waarschijnlijk is het dat wij zorg aan anderen gaan geven, en ook op welke manier we in interactie treden met anderen en hoe we in die relaties staan (Roisman, Collins, Sroufe, & Egeland, 2005). Dit wijst op een potentieel positief verband tussen zowel het zorg geven als zorg ontvangen en de populariteit of sociale status van een persoon.

“Intens zorg ontvangen stelt ons in staat intens en goed voor anderen te zorgen.” (Makransky & Dodson-Lavelle, 2014, Receiving care, para. 1). Hechting en zorg ontvangen spelen doorheen ons hele leven een rol in de interacties en relaties die we aangaan met anderen, hoe we die relaties beleven en hoe we in staat zijn te zorgen voor anderen. Toch is het niet eenvoudig om onszelf te zien als een zorgobject. Het stigma dat dit egoïstisch of zwak is, is nog in grote mate aanwezig in onze samenleving. Bovendien stel je jezelf kwetsbaar op als je zorg wil ontvangen. Zoals in het vorig onderdeel ook al werd aangehaald, speelt hier ook mee dat we een beeld hebben van in welke mate we het voor onszelf waard zijn om zorg te ontvangen (Makransky & Dodson-Lavelle, 2014).

Desondanks is het heel waardevol om de eigen noden te kennen zodat deze enerzijds aangegeven kunnen worden aan de ander, maar anderzijds ook herkend kunnen worden bij anderen. Momenten van warmte en affectie maken ons als mens intens

gelukkig. Hierin zit dus een echte competentie verscholen waarbij we deze zorg moeten kunnen toelaten. De competentie om zorg te ontvangen omvat eveneens alle conceptuele facetten van Blömeke et al. (2015). Cognitief gezien gaat dit, net zoals bij zelfzorg, over je eigen noden opmerken. Affectief kan dit worden bekeken als de ontvankelijkheid voor de empathische gevoelens van anderen tegenover jouw noden. Gedragmatig gaat het over het accepteren van de acties van de ander om tegemoet te komen aan je eigen noden (Nguyễn Phuróc et al., 2020a). Het ontvangen van zorg creëert zo een gevoel van veiligheid en bescherming. Tegelijk zal het ook een invloed hebben op hoe we omgaan met bijvoorbeeld een stressvolle situatie. Zo zien we bijvoorbeeld dat sociale steun zoeken één van de hoofdonderdelen is in de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993).

Zorg verlenen. In het recente artikel van Gerace (2020) zien we dat het verlenen van zorg in verband wordt gebracht met empathie, sympathie en medeleven. Empathie draait rond twee fenomenen, namelijk de (1) cognitieve empathie ofwel het proces van perspectiefname van de ander en de (2) emotionele empathie waarbij er emoties worden ervaren zoals bezorgdheid of stress ten gevolge van de blootstelling aan de situatie van de ander (Davis, 2018). Empathie zien we algemeen dus als een poging om de ander zijn of haar ervaringen, zowel de positieve als de negatieve, te vatten (Wispé, 1986). Sympathie wordt beschreven als ‘het verhoogde bewustzijn van het lijden van een ander als iets dat verlicht moet worden’ (Wispé, 1986, p.318). ‘Medeleven is een bepaalde gevoeligheid voor leed ten opzichte van zichzelf en anderen met een zekere motivatie om te proberen om dit lijden te verlichten en voorkomen’ (Gilbert, 2014, p.19). Ook bevat het de erkenning van de ander zijn lijden (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017). Hoewel er dus kan opgemerkt worden dat deze competenties inhoudelijk erg dicht op elkaar liggen, en hierdoor ook vaak veel verwarring met zich meebrengen wat ze precies inhouden (Gerace, 2020), worden ze wel hoog gewaardeerd in de maatschappij. Belangrijk om mee te nemen is dat zorg verlenen hierbij uitgaat van een innerlijke gevoel van waardevolheid en verbondenheid. De intrinsieke motivatie bij zorgen voor een ander is dus wat het meeste wordt gewaardeerd in deze competentie (Makransky & Dodson-Lavelle, 2014).

Zorg verlenen wordt bovendien gezien als een focus op de ander en niet op zichzelf (Gerace, 2020). Het geven van zorg vindt zijn basis in de zorg die we zelf krijgen.

Dit bewust ontvangen van zorg vormt de basis van onze zelfwaarde (Bowlby, 1969, 1973). Deze zelfwaarde maakt het mogelijk om dezelfde essentiële waarde in anderen te gaan aanvoelen vanwaar we ook zorg aan een ander gaan verlenen. Bovendien wordt gaandeweg geleerd om steeds meer en beter voor de ander te kunnen zorgen (Makransky & Dodson-Lavelle, 2014).

Ook zorg verlenen kunnen we conceptueel opsplitsen in de facetten van Blömeke et al. (2015). Om te beginnen zien we in het cognitieve facet dat de zorgverlener in staat is om de ander zijn situatie of noden op te merken en te begrijpen. Vervolgens herkennen we de affectieve empathische reactie op de situatie of noden van de andere. Tot slot volgt gedragsmatig de actie om de noden van de ander tegemoet te komen. Deze opsplitsing van het proces zien we ook terug bij Davis (2018) als hij spreekt over een empathische episode. Hij onderscheidt (1) antecedenten, die kunnen worden gezien als factoren rond de persoon die zorg verleent en situationele aspecten. Deze antecedenten zijn aanwezig nog voor de verzorger een poging onderneemt zorg te verlenen aan de ander. De zorgverlener ervaart op dit punt nog geen enkele emotie ten opzichte van de situatie of nood van de ander. Vervolgens (2) het proces van perspectiefname waardoor de persoon die zorg zal trachten te verlenen zich bewust wordt van de ander zijn of haar situatie. Hieruit volgen (3) de intrapersonlijke gevolgen die inhouden dat de zorgverlener emotionele en cognitieve reacties ervaart op de ander zijn of haar ervaring. Concreet wil dit zeggen dat er begrip ontstaat voor de ervaring van de andere persoon, dat de ervaren emoties of gedachten van de ander kunnen worden afgeleid en dat de zender eventueel zelf emoties kan ervaren. Die emoties kunnen zowel heel gelijkaardig zijn aan diegene die de ontvanger ervaart, maar ze kunnen ook reactief zijn waarbij de emotie wel is gerelateerd aan de ervaren emotie van de ander, bijvoorbeeld bezorgdheid omdat de ander intens verdrietig is. Tot slot (4) de interpersoonlijke gevolgen waarbij de verzorger zich engageert tot gedrag om de ander te helpen of om bijvoorbeeld begrip te communiceren naar die persoon (Davis, 2018). Merk op dat in tegenstelling tot Blömeke et al. (2015), Davis (2018) vier componenten onderscheidt in plaats van drie. Toch zien we dat de laatste drie, hoewel ze een andere naam krijgen, wel een gelijkaardige inhoud hebben.

Falen van zorg. Het falen van zorg binnen een relatie houdt in dat een persoon die zorgt of de persoon die zorg ontvangt faalt in zijn of haar verwachte bijdrage in het

proces (Noddings, 2005). Bovendien gaat het niet louter over het falen van zorg geven, zorg ontvangen of zelfzorg als geheel, want zoals Blömeke et al. (2015) aanhaalde kan het ook in kleinere factoren van de competenties mislopen. Indien de nood niet opgemerkt wordt, dan loopt het binnen het cognitieve facet mis. Wanneer het niet wordt erkend of herkend dan faalt de zorg op affectief vlak. Ook kan het voorkomen dat er niet of niet adequaat genoeg op de behoefte wordt gereageerd, hierbij faalt de zorg op het gedragsmatige aspect. Merk op dat falen op één aspect niet direct inhoudt dat het misloopt op alle vlakken binnen de zorgcompetenties, uitval kan individueel op één aspect.

Bovendien kan er niet zomaar vanuit gegaan worden dat competentie en falen van zorg louter omgekeerde dynamieken zijn. In het recente artikel van Nguyễn Phước et al. (2020a) werd aangetoond dat zorgcompetenties en het falen van zorg niet met één factor kunnen worden gemeten. De sociale mentaliteitstheorie van Gilbert (2005) bevestigt deze bevinding. Hij steunt hierbij op de bevinding dat zorgcompetenties, of het reageren op een medelevende wijze tegenover zichzelf of de ander, hun neurologische basis vinden in het parasympatische zenuwstelsel. Bij het falen van zorg ligt de basis binnen het sympathische zenuwstelsel. Het falen van zorg is dus niet het andere uiterste van het continuüm van zorgcompetentie, maar eerder een dimensie die naast competentie bestaat. Zo is het niet ondenkbaar dat een individu zich triest voelt wanneer een naaste iets ernstigs overkomt (hoge zorgcompetentie), maar evengoed jaloers kan reageren wanneer een vriend iets bereikt in zijn leven of gelukkig is (falen van zorg). Het is dus perfect mogelijk om zowel zorgcompetenties te bezitten, maar ook te falen op zorg (Nguyễn Phước et al., 2020b). Opmerkelijk is hierbij dat er tussen competentie in zorg en falen in zorg slechts matige negatieve verbanden gevonden worden. Heel bijzonder is de matige positieve samenhang tussen zelfzorg en falen in zelfzorg (Nguyễn Phước et al., 2020b). De verklaring hiervoor ligt potentieel in het turbulente karakter van de adolescentie waarin het lichaam en de hersenen van jongeren snel ontwikkelen, hun psychologisch en sociaal functioneren drastisch verandert en er bijgevolg ambivalentie kan worden ervaren ten aanzien van zichzelf en hun omgeving (Nguyễn Phước et al., 2020a).

Welzijn bij Jongeren

Welzijn is een begrip dat veel breder is dan louter vragen aan een individu hoe tevreden hij of zij is met zijn of haar leven of hoe gelukkig iemand is in het algemeen. Het valt niet te meten met één enkel item. Het is hierbij goed om domeinspecifieke metingen te gebruiken die bijvoorbeeld gerelateerd zijn aan familie, werk, gezondheid of inkomen. Verder is het zeker ook nuttig om stil te staan bij het dagdagelijks functioneren van een individu en de mogelijkheid om hierbinnen kansen te nemen om competenties te ontwikkelen en doelen na te streven en te realiseren. Op die manier kunnen we breder kijken naar welzijn dan louter hoe mensen zich in het algemeen voelen op vlak van blijheid, plezier en tevredenheid (Huppert et al., 2009). Ook Ryan en Deci (2001) onderscheidden twee manieren om naar welbevinden te kijken, namelijk de hedonische en de eudaimonische manier. Hedonisch welbevinden verwijst naar geluk, het bereiken van plezier en vermijden van pijn of onaangename zaken. Eudaimonisch welbevinden omvat zelfrealisatie en persoonlijk functioneren. Beide benaderingen vullen elkaar aan. Davis (2019), de stichtster van The Berkeley Well-Being Institute, vermeldde vijf types van welzijn die allen iets toevoegen aan het algemeen welzijn. Als eerste het emotioneel welzijn, wat inhoudt dat iemand beschikt over emotionele vaardigheden zoals positief denken, emotieregulatie en mindfulness. Deze emotionele vaardigheden stellen een individu in staat om te gaan met stress. Vervolgens het fysieke welzijn, waarbij de nadruk ligt op gezondheid, het eten van gezonde voeding en regelmatig sporten. Ten derde het sociaal welzijn, waarbij onze sociale vaardigheden belangrijk zijn aangezien dit type van welzijn wordt bepaald door positieve interacties met anderen en verbondenheid. Ten vierde is er werk welzijn, maar bij adolescenten die nog niet werken kunnen we dit beter omschrijven als schools welzijn. Bij dit type van welzijn speelt de balans tussen school en leven een belangrijke rol, maar ook het succesvol zijn op school en kunnen studeren wat bij die jongere in kwestie past. Zeker aangezien school, en bij volwassenen hun werk, een groot deel van de dag inneemt is dit zeker een belangrijk onderdeel van het welzijn. Tot slot het maatschappelijk welzijn, waarbij deel uitmaken van een gemeenschap of cultuur, waarden en normen, maar ook medeleven en vriendelijkheid een plaats krijgen. Aangezien Davis (2019) deze vijf dimensies van welzijn benadert vanuit een visie waarin vaardigheden input geven aan deze dimensies, stelt ze dat het mogelijk is door in te zetten

op deze vaardigheden, iemand op lange termijn zijn eigen welzijn kan verhogen. Dit model heeft bovendien ook impact op het klinische veld aangezien het evidentie biedt voor verscheidene vaardigheidstrainingen, bv. sociale vaardigheidstraining, faalangsttraining en zelfwaardetraining.

Zelfwaarde. Harter (2012) haalde zelfwaarde aan als een belangrijke indicator van welzijn bij adolescenten. Om die zelfwaarde te meten werkt ze net zoals Davis (2019) met een multidimensionele benadering met maar liefst negen subschalen binnen haar ontwikkelde instrument, de Self Perception Profile for Adolescents (Harter, 2012), in het Nederlands vertaald en gevalideerd als de Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2002). Schoolvaardigheden peilen naar cognitieve competentie en succes op school. Sociale competentie draait rond sociaal succes wat concreet wil zeggen dat iemand in staat is vrienden te maken en beseft heeft rond vaardigheden om leuk gevonden te worden en/of populair te zijn binnen de peergroep. Atletische competentie zet succes bij sport en fysieke activiteiten voorop. Fysiek voorkomen peilt of iemand zich goed voelt in zijn eigen vel en of hij/zij zichzelf er goed vindt uitzien. Jobcompetentie bevraagt tot in hoeverre een jongere zichzelf competent voelt om het goed te doen in een vakantiejob. Romantische aantrekkingskracht meet of de adolescent zichzelf aantrekkelijk en interessant voelt voor potentiële partners. Deze twee aspecten van zelfwaarde zijn niet opgenomen in de CBSA, omdat ze enkel van toepassing zijn op sommige jongeren. Gedragshouding is een subschaal die inhoudt dat iemand zich goed voelt bij het eigen gedrag, het idee heeft het juiste te doen en niet in de problemen komt met zijn of haar gedrag. Hechte vriendschap geeft de mate aan waarmee een jongere in staat is om intense vriendschappen aan te gaan en onderhouden waarbinnen hij of zij persoonlijke zaken kan delen. Tot slot omvat de CBSA ook een schaal voor de globale zelfwaarde die toetst of de adolescent zichzelf leuk vindt als persoon in het algemeen, maar ook of hij of zij tevreden is met de manier waarop hij of zij zijn of haar leven leidt. Het is dus een algemene perceptie van het zelf zonder verwijzing naar een specifieke competentie of vaardigheid.

Link tussen zorgcompetenties en welzijn. Zorg is verbonden naar een heleboel ander concepten zoals sociale ondersteuning, empathie, altruïsme, prosociaal gedrag, mindfulness en medeleven. (Nguyễn Phước et al. 2020a). De drie zorgcompetenties zijn

namelijk nog niet uitgebreid beschreven in de onderzoeksliteratuur, waardoor er slechts enkele heel recente bronnen voorhanden zijn. Dankzij de verwante concepten kunnen we alsnog een goede inschatting maken over het verband tussen zorgcompetenties en welzijn.

De algemene sociale competenties, gemeten met de Social Skills Inventory, zijn positief gecorreleerd met zelfwaarde en bovendien negatief gecorreleerd met sociale angst en eenzaamheid (Riggio, Throckmorton, & Depaola, 1990). Ondanks de auteurs vragen hadden over mogelijks sociaal wenselijke antwoorden van participanten in dit onderzoek, konden de constructen, sociale vaardigheden, zelfwaarde, sociale angst en welbevinden maar liefst 30 jaar geleden al met elkaar in verband gebracht worden.

Ross, Hart, Jorm, Kelly en Kitchener (2012) herwerkten een bestaande succesvolle training voor volwassenen, de Mental Health First Aid (MHFA) training, tot een vaardigheidstraining voor adolescenten aangepast aan hun noden en ontwikkelingsniveau. De training heeft als doel om individuen beter in staat te stellen mentale problemen te herkennen, er hulp voor te zoeken of anderen aan te manen hulp te zoeken zodat het psychosociaal welbevinden wordt bevorderd. Om deze vaardigheden te ontwikkelen wordt er relevante informatie verstrekt en worden helpende gedragingen aangeleerd om peers adequaat ondersteuning en zorg te bieden.

Verder zien we ook op basis van kwalitatief onderzoek indicaties dat het zorg ontvangen van peers leidt tot een hoger welbevinden en positieve uitkomsten bij depressie, maar dit effect is wel afhankelijk van hoe bekwaam de ander zorg kan geven aan de adolescent met depressieve klachten en het heersende stigma binnen de peergroep. Zorg verlenen aan de ander verhoogt, indien die persoon voor die zorg open staat, dus het welbevinden van de ander (Wisdom & Agnor, 2007).

Barnet, Arroyo, Devoe en Duggan (2004) onderzochten welke invloed prenatale zorg, aangeboden op school, heeft op de afwezigheid op school en het vroegtijdige schoolverlaten van tienermoeders. Die adolescenten die deze prenatale zorg ontvingen waren gemiddeld minder dagen afwezig op school en het percentage vroegtijdige schoolverlaters bij deze groep lag ook veel lager dan de jongeren die deze zorg niet ontvingen. Er kan voorzichtig worden gesteld dat in deze groep van tienermoeders zorg ontvangen dus zorgt voor een hoger welbevinden en betere schoolse vaardigheden.

In recent onderzoek van Nguyễn Phước et al. (2020a, 2020b), die ook de opsplitsing in de drie zorgcompetenties hanteerden, stelden ze directe verbanden vast tussen de zorgcompetenties en welzijn. Bovendien toonden ze aan dat niet enkel het bezitten van zorgcompetenties, maar ook het falen van zorg een invloed heeft op welzijn. Er kan op die manier een helder en een duister pad worden opgemerkt in de link tussen zorgcompetenties of het falen van zorg en welzijn (Nguyễn Phước et al., 2020b). Het heldere pad omvat het positieve verband tussen zorgcompetenties en welbevinden via behoeftebevrediging en actieve coping met bv. stress. Het duistere pad beschrijft de positieve samenhang tussen het falen van zorg en onwelbevinden (*ill-being*) via behoeftefrustratie en maladaptieve coping waarbij de confrontatie met de dreiging of stress wordt vermeden. Wanneer er wordt ingezoomd op het heldere pad kunnen er positieve verbanden gezien worden tussen zelfzorg en een hogere levenstevredenheid via behoeftebevrediging. Bij het falen van zelfzorg kan er een lagere levenstevredenheid worden opgemerkt die loopt via behoeftefrustratie. Zorg verlenen verloopt geheel op dezelfde wijze, maar opvallend is wel dat de competentie om zorg te verlenen evengoed verbonden is aan behoeftefrustratie en bijgevolg onwelbevinden. Zorg ontvangen volgt een gelijkaardig pad zoals zelfzorg, maar via actieve coping. Verder wordt ook aangehaald dat het falen van zelfzorg de belangrijkste predictor is van stress bij adolescenten, waarbij stress het welzijn bij jongeren sterk ondermijnt (Nguyễn Phước et al., 2020a). Toch is het verrassend dat de competenties zelfzorg en zorg verlenen slechts een kleine positieve samenhang vertoonden met ervaren stress. Wanneer een jongere een hoge competentie heeft in zorg ontvangen wordt dat effect wel zwakker. De hoogste stress werd gevonden bij adolescenten die over een hoge competentie beschikken om zorg te verlenen, maar een lage competentie om zorg te krijgen. Ook het veel zorg ontvangen, maar zelf vaak falen om zorg te geven zal een jongere stress bezorgen. Dit toont aan dat niet enkel de zorgcompetenties of het falen van zorg op zich een invloed hebben op het welzijn, maar ook de interacties tussen verschillende zorgcompetenties en manieren om te falen in zorg (Nguyễn Phước et al., 2020a). Het lijkt erop dat onbalans in zorgcompetenties het welbevinden negatief beïnvloedt.

Populariteit als de Sociale Status binnen de Peergroep van de Adolescent

Relaties met peers zijn tijdens de adolescentie erg belangrijk en krijgen ook een heel centrale rol in hun leven. Tijdens de ontwikkelingsfase van de adolescentie zal voor het eerst meer tijd gespendeerd worden met vrienden en minder met het gezin (Fasick, 1984; Varlinskaya & Spear, 2008; Wang et al., 2007). Er kan dus worden gesproken over een forse stijging in peerinteracties, maar ook de kwaliteit van de peerrelaties wordt intenser (Somerville, 2013). Bovendien is er tijdens de adolescentie ook sprake van een verhoogde sensitiviteit voor sociale evaluatie door peers (Crone & Dahl, 2012). Het is voor een adolescent van belang om positief geëvalueerd te worden door zijn of haar peers en om aanvaard te worden binnen de peergroep. Deze evaluaties geven vorm aan de populariteit van een adolescent en bepalen mee de sociale positie binnen de peergroep (de Bruine, Giletta, Denissen, Sijtsema, & Oldehinkel, 2019).

Populariteit. Binnen de ontwikkelingspsychologische literatuur wordt er naar populariteit verwezen met het concept peer status (de Bruine et al., 2019). Peer status is een psychologisch construct dat verwijst naar de rangorde of hiërarchie van adolescenten binnen hun peergroep. De plaats van het individu binnen die rangorde verwijst naar zijn of haar respectievelijke status binnen de peergroep. Diegenen aan de top worden als populair aanzien (Cillessen & Marks, 2011).

Wanneer er dieper wordt ingegaan op de conceptualisatie van het begrip populariteit of peer status kunnen we een onderscheid maken tussen enerzijds peer preference (sociale aanvaarding) en anderzijds peer popularity (sociale populariteit; de Bruine et al., 2019). Sociale aanvaarding kan worden gezien als de 'likeability' van een persoon en wordt vastgesteld door de combinatie van wie de peers het meest leuk vinden minus wie de peers het minst leuk vinden. Sociale populariteit reflecteert de reputatie van het bezitten van sociale macht, toegang tot bronnen (*resources*) en zichtbaarheid in de peergroep. Merk hierbij op dat sociale populariteit als de duistere kant van de medaille wordt aanzien. Sociale populariteit is namelijk positief gelinkt aan agressiviteit op sociaal en relationeel vlak, bv. manipuleren en uitsluiten, delinquentie, maar ook met het nemen van meer gezondheidsrisicovol gedrag zoals roken, alcohol drinken en vroegere seksuele activiteit tijdens de adolescentie (Mayeux, Sandstrom & Cillessen, 2008; Howke &

Rieger, 2013). Sociale aanvaarding wordt in verband gebracht met prosociaal gedrag, minder conflicten binnen vriendschappen, hogere gepercipieerde betrouwbaarheid en minder risico op zowel internaliserende als externaliserende problemen. Bovendien kan er worden vastgesteld dat de overlap tussen deze twee dimensies van populariteit klein is (Parkhurst & Hopmeyer, 1998). Populaire jongeren worden niet altijd leuk gevonden of aanvaard door de anderen en omgekeerd. Slechts enkele jongeren scoren hoog op beide dimensies. Deze jongeren worden beschreven als vriendelijk, betrouwbaar en dominant. Het verschil zit er wel in dat deze jongeren geen agressieve trekken worden toegeschreven door de peers, wat wel het geval is bij de jongeren die enkel hoog scoren op sociale populariteit. Het onderzoek van de Bruine et al. (2019) bevestigde het belang van het differentiëren van deze twee vormen van populariteit aangezien ze elk een andere predictie inhouden op ontstekingsreacties bij jongeren. Een lage sociale aanvaarding op 13 jaar is gelinkt aan hogere levels van systemische ontsteking op 16 jaar. Hoge sociale populariteit wordt gelinkt aan hoge levels van systemische ontstekingsreacties en wordt bovendien gemodereerd door negatieve gebeurtenissen in de vroege kindertijd zodat voor jongeren die weinig negatieve gebeurtenissen in de vroege kindertijd hebben ervaren het effect van sociale populariteit op systemische ontstekingsreacties het grootste is.

Deze opsplitsing vindt zijn basis bij Cillessen en Marks (2011) die in hun boek een standaardisatie vooropstelden van de termen die gebruikt worden om populariteit te omschrijven en meten aangezien in onderzoek een veelheid aan termen wordt gehanteerd bij de omschrijving van populariteit. Ze wilden dus eenheid creëren in termen die gehanteerd worden in toekomstig onderzoek aangaande populariteit en peer status. Ze bouwden hierbij onder andere verder op het standaardwerk over sociometrische statusgroepen van Coie, Coppotelli en Dodge (1982). De sociometrische methode van Coie et al. (1982) houdt in dat jongeren hun peers nomineren op het vlak van wie ze het meest en wie ze het minst leuk vinden. Op basis van deze peernominatie krijgt een jongere scores op vier continue sociometrische dimensies: Acceptatie, afwijzing, sociale preferentie en sociale impact. Acceptatie verwijst naar het aantal ontvangen nominaties als 'meest leuk gevonden'. Afwijzing verwijst op zijn beurt dan naar het aantal ontvangen nominaties van 'minst leuk gevonden'. Voor het vaststellen van de sociale preferentie wordt de score van afwijzing afgetrokken van de acceptatiescore. Acceptatie en sociale

preferentie zijn nauw verbonden met de term 'likeability'. Er kan dus worden vastgesteld dat deze termen overeenkomen met de omschrijving van sociale aanvaarding in het artikel van de Bruine et al. (2019). Sociale impact verwijst naar de som van de scores van acceptatie en afwijzing en komt overeen met de omschrijving van sociale populariteit in het artikel van de Bruine (2019). Pas later zou een vijfde dimensie worden toegevoegd, namelijk populariteit. Om deze dimensie te kunnen scoren werd aan de jongeren gevraagd wie ze van hun peers het meest en wie het minst populair vonden. Het verschil tussen deze peernominaties bepaalde de populariteitsscore van een jongere. Deze dimensie houdt macht, prestige en zichtbaarheid in en ligt conceptueel dicht bij sociale impact (Cillessen & Marks, 2011).

Aan de hand van een specifieke cut off score, standaard één standaarddeviatie, kan ieder individu op die manier vervolgens worden ingedeeld in één van de vijf traditionele sociometrische status categorieën van Coie et al. (1982). Als eerste de groep populaire jongeren, dat zijn die jongeren die hoog scoren op sociale preferentie en dus een hoge acceptatiescore hebben en hun score op afwijzing is laag. De tweede groep zijn de afgewezen jongeren, dat zijn jongeren die laag scoren op sociale preferentie en hoog scoren op afwijzing en laag op acceptatie. De volgende groep is de genegeerde groep. Zij hebben een lage score op sociale impact en hebben lage scores op zowel acceptatie als afwijzing. Zij krijgen dus geen tot amper nominaties van hun peers in eender welke richting en lijken dus als het ware onzichtbaar te zijn in de peergroep. De vierde groep is de controversiële groep. Deze groep scoort hoog op sociale impact en worden zowel leuk als niet leuk gevonden door hun peers. Tot slot de vijfde en laatste: de gemiddelde groep. Alle scores op de vier dimensies zijn gemiddeld binnen deze groep. Opvallend binnen deze sociometrische groepen is opnieuw dat jongeren die populair zijn, in de zin van de grootste sociale impact of sociale populariteit, niet steeds die jongeren zijn die het leukste worden gevonden door hun peers en dus hoog scoren op sociale preferentie of sociale aanvaarding (Cillessen & Marks, 2011).

Dit allemaal samen houdt in dat er twee uitgesproken manieren zijn om de peer status te meten in een groep. Enerzijds kan dat op categorische wijze aan de hand van de traditionele sociometrische status categorieën (Coie et al., 1982). Anderzijds aan de hand van continue scores op de dimensies van waaruit de categorieën worden opgebouwd

(Cillessen & Marks, 2011). Parkhurst en Hopmeyer (1998) vonden de terminologie rond populariteit te verwarrend en brachten alles terug naar twee termen namelijk sociometrische en waargenomen populariteit. Sociometrische populariteit is wanneer een jongere leuk wordt gevonden en wordt geaccepteerd door zijn of haar peers. Waargenomen populariteit beslaat het bekleden van een hoge status in de hiërarchie en als populair, met grote sociale impact, worden aanzien door zijn of haar peers. Deze termen komen dus inhoudelijk volledig overeen met sociale aanvaarding en sociale populariteit van het artikel van de Bruine et al. (2019) en worden door Cillessen en Marks (2011) zelf ook gevalideerd als meest geprefereerde omschrijving voor peer status. Om deze termen valide te meten op sociometrisch niveau volstaat het om een klasgroep te vragen hun peers te nomineren op vier vlakken: wie ze het meest leuk vinden, wie het minste, wie het meest populair is en wie het minste.

Invloed van zorgcompetenties op populariteit. Zorgcompetenties zijn vrij nieuw binnen onderzoek, althans toch in de vorm hoe ze hier werden beschreven. Op basis van de definities en beschrijvingen van iedere zorgcompetentie kunnen ze in verband worden gebracht met concepten zoals sociale ondersteuning, empathie, altruïsme, prosociaal gedrag, mindfulness en mededogen (Nguyễn Phước et al., 2020a). Deze concepten kregen al veel meer aandacht in onderzoek en kunnen een indicatie geven van de effecten die zorgcompetenties hebben op de populariteit van adolescenten.

Noddings (2005) haalde de link aan tussen vriendschap bij jongeren en zorgen voor elkaar binnen die relatie. De waarde die we hechten aan een vriend, hoe leuk we hem of haar vinden en welke offers we bereid zijn te maken voor hem of haar wordt meebepaald door de zorgactie die deze persoon al voor ons heeft uitgevoerd. Wanneer het zorg dragen voor elkaar niet in evenwicht is, terwijl we dat wel verwachten in de gelijkwaardige relatie tussen twee adolescenten, kan er door het individu gekozen worden om de vriendschap te stoppen.

Er werd voor acceptatie, afwijzing en preferentie een gemiddelde stabiliteit vastgesteld (Jiang & Cillessen, 2005). In meerdere studies werd bevestigd dat de stabiliteit voor sociale populariteit hoger ligt dan die voor sociale aanvaarding (Cillessen & Borch, 2006; Cillessen & Mayeux, 2004; Rose, Swenson, & Waller, 2004). Sociale populariteit omvat een reputatie die tot stand komt door een peer groep consensus over

de impact van een persoon. Sociale aanvaarding daarentegen komt vooral tot stand door een individuele beslissing van een jongere in hoeverre hij die andere leuk of niet leuk vindt. Die beslissing wordt sterk beïnvloed door het sociale gedrag van die ander en door de interacties tussen de twee jongeren. Logisch gevolg is dat sociale aanvaarding onderhevig is aan veranderingen in het sociaal gedrag of de interacties tussen mensen (Cillessen & Marks, 2011). Zoals beschreven door Nguyễn Phước et al. (2020a) kunnen veel elementen van sociaal gedrag in verband worden gebracht met zorgcompetenties. Dit opent potentieel een weg voor klinische mogelijkheden met trainingen in zorgcompetenties.

Verder worden jongeren die leuk worden gevonden als coöperatief omschreven, terwijl die jongeren die populair worden gevonden eerder als agressief worden omschreven en in verband worden gebracht met antisociaal gedrag (Cillessen & Marks, 2011). Coie et al. (1982) toonden verder ook aan dat adolescenten met hoge acceptatiescores, wat dus te vergelijken is met sociale aanvaarding, vaker prosociaal gedrag vertonen. Verder worden ze in verband gebracht met hoge scores op coöperatief en leidersgedrag en lage scores op storend gedrag, vechten en hulp zoeken. De jongeren die gecategoriseerd worden als de afgewezen groep vertonen compleet het tegenovergestelde profiel wat omvat dat ze laag scoren op prosociaal gedrag zoals coöperatief gedrag en leiderschap en hoog op storend gedrag, vecht en hulp zoeken.

Invloed van populariteit op welzijn. Hoewel er rond populariteit al veel onderzoek is uitgevoerd, is er door inconsequent gebruik van concepten om populariteit te omschrijven vaak sprake van verwarrende resultaten (Cillessen & Marks, 2011). Toch zijn er heel wat onderzoeken die interessante resultaten naar voren brachten over de link tussen populariteit en welzijn bij jongeren, bovendien kunnen verschillende termen met behulp van Cillessen en Marks (2011) worden geherformuleerd naar de geprefereerde concepten sociale aanvaarding en sociale populariteit.

Evidentie voor de link met het emotioneel en sociaal welzijn vinden we onder andere bij Litwack, Aikins en Cillessen (2012). Zij bestudeerden het effect van populariteit op vriendschap, depressieve symptomen en zelfvertrouwen bij adolescenten. Een hogere sociale aanvaarding voorspelde meer wederkerige vriendschappen en minder conflict met vrienden. Zoals we eerder beschreven zijn peers erg belangrijk voor

adolescenten (Fasick, 1984; Varlinskaya & Spear, 2008; Wang et al., 2007). Conflict met vrienden zal dus vermoedelijk veel stress en negatieve gevoelens met zich moeten meebrengen en dit bevestigden Litwack et al. (2012). Meer conflict met vrienden voorspelt een hoger depressief affect bij jongeren en een minder zelfvertrouwen. Merk wel op dat vriendschapsconflicten enkel voor jongens een voorspeller zijn van zelfvertrouwen en niet voor meisjes. De associatie tussen sociale aanvaarding en zowel depressieve gevoelens als zelfvertrouwen werden gemedieerd door vriendschapsconflicten. Deze associatie van sociale aanvaarding met depressieve gevoelens is sterker bij meisjes dan bij jongens. Een hogere sociale populariteit voorspelde op zijn beurt meer conflict met vrienden en minder vriendschapsondersteuning, wat ook inhoudt dat jongeren met een hogere sociale populariteit meer worden blootgesteld aan hogere levels van stress. Een link tussen sociale aanvaarding en vriendschapsondersteuning kon niet worden gevonden, wat concreet wil zeggen dat een jongere die leuker wordt gevonden door zijn of haar peers niet noodzakelijk meer ondersteuning krijgt van zijn of haar vrienden. Verder werd er ook een direct verband gevonden tussen meer sociale populariteit en enerzijds minder depressief affect, anderzijds meer zelfvertrouwen.

De Bruyn en Van Den Boom (2005) bestudeerden de samenhang van interpersoonlijk gedrag, populariteit en zelfwaarde. Om de zelfwaarde te meten werd Self-Perception Profile for Adolescents van Harter (2012) gebruikt. Er werd een hoge positieve samenhang gevonden tussen sociale populariteit en hip gekleed zijn, een element van het fysieke voorkomen van een adolescent. Bij sociale aanvaarding werd positieve samenhang gevonden met hip gekleed zijn, samenwerken, delen, het goed maken na een ruzie en beloftes houden. Daarnaast kon er opnieuw een positieve associatie worden blootgelegd tussen sociale populariteit en de zelfwaarde. Populair zijn doet een jongere zich goed voelen over zichzelf. Ook het fysieke voorkomen wordt positief gelinkt aan sociale populariteit, maar er wordt gevreesd dat door preoccupatie met het fysieke voorkomen en het behouden van de hoge sociale populariteit de schoolresultaten negatief worden beïnvloed (De Bruyn & Van Den Boom, 2005).

De Bruine et al. (2019) toonden aan dat, hoewel er sprake was van een klein effect van peer status op systemische ontstekingsreacties, de acceptatie van peers voor

adolescenten dus belangrijk is voor niet enkel het mentale, maar ook het fysieke welzijn. Een lage waarde op sociale aanvaarding op 13 jaar hing namelijk samen met hogere niveaus van systemische ontstekingsreacties op 16 jaar. Dit kan worden gezien vanuit het evolutionaire belang om deel uit te maken van een groep, aangezien acceptatie door de groep een individu minder kwetsbaar maakt en uitsluiting kan een reactie in ons lichaam in gang zetten die ons voorbereid op moeilijke omstandigheden (Eisenberger, Moieni, Inagaki, Muscatell & Irwin, 2017). Daarnaast is er ook een positief verband tussen de sociale populariteit op 13 jaar en de levels van systematische ontstekingsreacties op 16 jaar, gemodereerd door negatieve gebeurtenissen in de vroege kindertijd (de Bruine et al., 2019).

Een positief verband kan ook opgemerkt worden tussen sociale populariteit en verscheidene gezondheidsrisicovolle gedragingen zoals roken, drinken en seksuele activiteit op een jonge leeftijd (Mayeux et al., 2008). Ook hebben jongeren met een hogere sociale aanvaarding een kleiner risico op zowel internaliserende als externaliserende problemen (Prinstein et al., 2018). Nog vele andere bronnen rapporteren ook dat de sociale positie van een jongere in de peergroep in het algemeen een grote invloed heeft op het welzijn en de ontwikkeling van adolescenten (Parker & Asher, 1987).

Huidig Onderzoek

De huidige studie bouwt deels verder op het doctoraatsonderzoek van Nguyễn Phước (2021) over de rol van zorgcompetenties bij adolescenten. De unieke bijdrage van het onderzoek in deze masterproef is dat voor het eerst de invloed van zorgcompetenties op welzijn in verband zal worden gebracht met populariteit. In het voorgaande deel werden de verschillende concepten beschreven en werden ook studies aangehaald waarbij er evidentie werd gevonden voor het bestaan van een verband tussen de drie aangebrachte variabelen. Aangezien zorgcompetenties in de vorm hoe ze hier worden beschreven nog een vrij nieuw concept zijn, moesten er verwante termen worden gebruikt om concrete conclusies te kunnen trekken en hypothesen te formuleren. Zo kwamen de volgende hypothesen tot stand. Deze worden weergegeven in Figuur 2.

Er is een verband tussen zorgcompetenties en welzijn. Doorslaggevend voor deze hypothese zijn de onderzoeken van Nguyễn Phước et al. (2020a, 2020b). Zij stonden

immers al uitgebreid stil bij deze hypothese in hun onderzoeken en leverden interessante inzichten voor dit verband. We verwachten dat zorgcompetenties positief zullen samenhangen met indicatoren van welzijn en het falen van zorg positief zal samenhangen met indicatoren van onwelbevinden.

Bij het bekijken van de individuele zorgcompetenties is de verwachting dat vooral zorg ontvangen en zelfzorg ook individueel een positieve samenhang vertonen met welzijn. Zorg ontvangen zal op zijn beurt dan negatief samenhangen met onwelbevinden, maar zelfzorg ook positief met onwelbevinden (Nguyễn Phước et al., 2020b).

Verder voorspellen we dat het falen van zorg positief zal samenhangen met onwelbevinden en we dit ook zullen terugvinden bij de drie vormen van het falen van zorg individueel (Nguyễn Phước et al., 2020b).

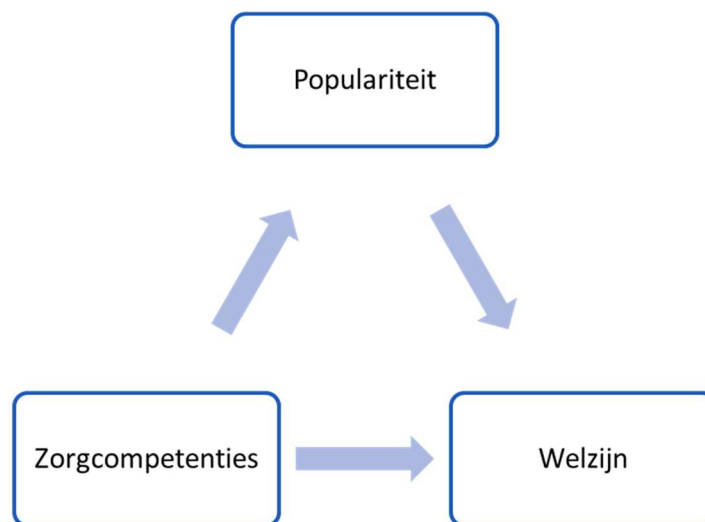
Er is een verband tussen zorgcompetenties en sociale status. Algemeen verwachten we dat zorgcompetenties een positieve samenhang zullen vertonen met sociale aanvaarding. Hoe meer men competent is in het geven van zorg, hoe leuker een adolescent zal worden gevonden door zijn of haar peers en hoe hoger die jongere zijn of haar score op sociale aanvaarding dus zal zijn (Noddings, 2005; Cillessen & Marks, 2011; Coie et al., 1982). Falen van zorg zal volgens onze verwachtingen op zijn beurt enerzijds positief verbonden zijn met sociale populariteit, maar anderzijds ook negatief met sociale aanvaarding (Coie et al., 1982). Dit onderdeel zal sociometrisch gemeten worden in ons onderzoek.

Er is een verband tussen populariteit en welbevinden. Het is belangrijk om bij het meten van de populariteit dit concept op te splitsen in sociale aanvaarding en sociale populariteit om een helder beeld te krijgen van dit verband (de Bruine et al., 2019; Cillessen & Marks, 2011; Coie et al., 1982). Op basis van uitgebreide literatuur kunnen we een predictie maken over effecten.

Er zal een positief verband voorop gesteld worden tussen sociale aanvaarding en welzijn op basis van het onderzoek van Litwack et al. (2012). Dat wil zeggen dat hoe leuker een jongere wordt gevonden, hoe hoger hij of zij zal scoren op indicatoren voor welzijn. Deze hypothese wordt ook ondersteund door de onderzoeksresultaten van de Bruine et al. (2019). Bij sociale populariteit verwachten we een negatief verband met

welzijn (de Bruine et al., 2019), maar wel een positief verband met zelfwaarde (De Bruyn & Van Den Boom, 2005; Litwack et al., 2012).

Er is sprake van mediatie. Het mediatie-effect, zoals weergegeven in Figuur 2, tussen de concepten zorgcompetenties, populariteit en welzijn is nog niet eerder onderzocht. Wel kan er evidentie gevonden worden voor elk van de bivariante verbanden tussen de verschillende concepten in het mediatiemodel, zoals hierboven vermeld. Concreet wil dit zeggen dat er wordt verwacht dat wie hoog scoort op zorgcompetenties, een hogere sociale aanvaarding zal hebben en van daaruit een hoger welbevinden zal hebben. Deze hypothese weerspiegelt zich in de correlatie tussen meer pro sociaal gedrag en een hogere sociale aanvaarding (Coie et al., 1982) en de correlatie tussen een hogere sociale aanvaarding en een lager risico op externaliserende en internaliserende problemen (Prinstein et al., 2018). Verder voorspellen we dat falen in zorg zal samen hangen met een hogere sociale populariteit en vervolgens met een lager welbevinden. Deze hypothese weerspiegelt de samenhang tussen meer agressie, wat falen in zorg inhoudt, met sociale populariteit (Cillessen & Marks, 2011) en de verbanden tussen sociale populariteit en delinquentie en risicogedrag (Mayeux et al., 2008).



Figuur 2. Het vooropgestelde mediatie verband tussen de drie variabelen.

Methode

Steekproef

Ter toetsing van de voorgaande onderzoeksvragen werden 434 jongeren bevroegd op vier verschillende scholen. Één school bevond zich in West-Vlaanderen, één school in Oost-Vlaanderen en twee scholen in Antwerpen. Van de vier scholen waren drie scholen gemeenschapsscholen. Slecht één school verzorgde katholiek onderwijs. Er was een divers opleidingsaanbod binnen deze vier scholen, namelijk algemeen, technisch en beroeps secundair onderwijs (ASO, BSO en TSO). 58.1% van de leerlingen in de steekproef volgde ASO, 2.1% TSO en 39.9% BSO. Over deze drie onderwijsvormen heen werden leerlingen bevroegd van het eerste tot en met het zevende jaar met behulp van een vragenlijst. Iets meer dan de helft (54.8%) gaf aan goede resultaten te behalen, 9.7% zelfs erg goede. Precies 29.0% gaf aan gemiddelde resultaten te halen, 4.6% matige en 1.8% slechte resultaten. De gemiddelde leeftijd in de steekproef bedroeg 16 jaar en 3 maanden ($SD = 2$ jaar en 3 maanden). In de vragenlijst werd er gekozen om geslacht te meten met een dimensionele schaal in plaats van een categorische meting. Dit hield in dat de jongeren op een lijn van 10 centimeter moesten aanduiden in welke mate ze zich respectievelijk meisje of jongen voelden. In de steekproef identificeerde 44.2% zich met het vrouwelijke geslacht (≤ 2 cm op de lijn) en 52.1% met het mannelijke geslacht (≥ 8 cm). De overgebleven 3.7% viel tussen de beide geslachten in en identificeerde zich als twijfelend, androgyn of genderneutraal. Het grootste deel van de jongeren uit de steekproef rapporteerde uit een intact gezin te komen (72.1%), slechts 27.9% van de jongeren gaven aan dat hun ouders niet meer samen woonden. Gemiddeld hadden jongeren 1.25 broers ($SD = 1.18$) en 1.15 zussen ($SD = 1.17$). 32.3% gaf aan de jongste te zijn in het gezin, 33.6% de oudste, en 28.8% de middelste. De overgebleven 5.3% waren enig kind. De nationaliteit binnen de steekproef was voor 62.2% West-Europees. Verder was 5.3% afkomstig uit Zuid-Europa, 3.7% uit Oost-Europa, 14.1% uit Noord-Afrika, 3.2% uit Centraal- en Zuid-Afrika, 0.9% uit Latijns-Amerika, 8.8% uit West-Azië en 1.8% uit de rest van Azië. Dit zorgt voor een heel divers beeld op vlak van nationaliteit binnen onze steekproef. De Sociaal Economische Status (SES) werd gemeten met de Hollingshead Index of Social Position (Hollingshead, 1957), op basis van de opleiding en het beroep van de ouders. 28.9% van de jongeren groeide op in een gezin met een lage

SES, 32.8% een laag-gemiddelde SES, 30.5% een gemiddelde SES, 6.3% een hoog-gemiddelde SES en 1.6% een hoge SES.

Instrumenten

Zorgcompetenties. Om zorgcompetenties te meten werd de Care Competencies Questionnaire for Adolescents (CCQA) van Nguyễn Phước et al. (2020a) gebruikt. Deze vragenlijst telt 30 items die zowel zorgcompetenties als falen van zorg meten. Binnen deze 30 items worden de aspecten van slagen en falen op vlak van zelfzorg, zorg verlenen en zorg ontvangen gemeten. De vragenlijst had aandacht voor cognitieve, affectieve en gedragsmatige facetten van zorg zoals beschreven in de inleiding van dit onderzoek. Jongeren konden aan de hand van een 6-punts Likert-schaal aanduiden in welke mate een stelling hem of haar beschreef. Een score van 1 kwam overeen met *helemaal niet waar voor mij*, een score van 6 met *helemaal waar voor mij*. Een voorbeelditem dat peilde naar de competentie in zorg ontvangen is ‘Ik aarzel niet om te tonen wat ik denk en voel, zodat anderen begrijpen waar ik nood aan heb’ en een voorbeeld van een item van falen in zorg ontvangen is ‘Als ik verdrietig ben, vermijd ik vaak de troost van anderen.’. Een voorbeelditem dat peilde naar de competentie in zelfzorg is ‘Ik blijf kalm en aanvaard het wanneer me erge dingen overkomen, want moeilijkheden zijn voor iedereen een deel van het leven’, een voorbeelditem van falen in zelfzorg is ‘Als ik iets fout doe, bekritiseer en haat ik mezelf’. Tot slot is een voorbeelditem dat peilde naar de competentie in zorg verlenen ‘Ik voel me gelukkig als ik zie dat anderen gelukkig zijn’, een voorbeelditem van falen in zorg verlenen is ‘Als mensen in mijn bijzijn huilen, voel ik vaak helemaal niets’. De betrouwbaarheid van de schalen werd gecontroleerd met behulp van Cronbach’s alpha. Tabel 1 bevat deze alpha’s in het originele onderzoek van Nguyễn Phước et al. (2020a) en in de data van het huidige onderzoek. Deze stemmen goed overeen. In de schalen zorg ontvangen en zorg verlenen, dit zowel bij competentie als falen, werden alle items behouden. Enkel bij de schaalcores van zowel competentie als falen in zelfzorg werd in het huidige onderzoek enkele items weggelaten om een betere Cronbach’s alpha te bekomen. Bij competentie in zelfzorg steeg alpha van .28 naar .46 wanneer we items 14 en 19 weglaten. Bij het falen in zelfzorg steeg alpha van .57 naar .64 wanneer item 20 werd weggelaten. Item 14 ‘Ik ben opmerkzaam en gevoelig voor de

veranderingen in mijn emoties’ peilt zowel naar sensitiviteit als responsiviteit van de eigen emoties, waardoor dit item mogelijk te complex was voor de jongeren. Item 19 ‘Ik maak tijd voor mijn hobby’s’ lijkt in de formulering niet genoeg afgestemd te zijn op de te meten variabele zelfzorg. Item 20 ‘Ik pas mijn plannen zonder moeite aan wanneer een andere persoon in nood is’ peilde mogelijk eerder naar de competentie in zorg verlenen in plaats van naar het falen van zelfzorg.

Tabel 1
Cronbach’s Alpha’s van de CCQA in Origineel en Huidig Onderzoek

	Nguyễn Phước et al. (2020a)	Huidig onderzoek
Competentie in zorg ontvangen	.50	.56
Falen in zorg ontvangen	.72	.67
Competentie in zelfzorg	.49	.46
Falen in zelfzorg	.56	.64
Competentie in zorg verlenen	.64	.78
Falen in zorg verlenen	.50	.59

Populariteit. Om de populariteit van de jongeren te meten maakten we gebruik van een sociometrische peer nominatie procedure (Werner & Crick, 1999). Dit liet toe om de relaties tussen jongeren te begrijpen. Deze procedure houdt in dat jongeren met behulp van klasnummers elkaar konden nomineren op bepaalde kenmerken. Populariteit werd specifiek door Cillessen en Marks (2011) geconceptualiseerd als sociale aanvaarding en sociale populariteit. Conform met de Bruine et al. (2019) vroegen we aan de jongeren wie ze het leukst vonden van hun klas en wie het minst leuk. Dit vormde de scores voor sociale aanvaarding. Daarnaast vroegen we ook te nomineren wie ze het meest en minst populair vonden in hun klas. Dit vormde de sociale populariteit. Jongeren konden zoveel medeleerlingen nomineren als ze wilden. Binnen elke klas van 10 of meer leerlingen werd het aantal ontvangen nominaties geteld en vervolgens gedeeld door klasgrootte om zo te controleren voor de klasgrootte. Zo bekwamen we relatieve scores per jongere voor verkregen nominaties voor meest leuk, minst leuk, meest populair en

minst populair. Bij deze relatieve scores staat een 0 voor geen nominaties van klasgenoten en 1 voor nominatie door de volledige klas.

Op vlak van betrouwbaarheid van de meting stellen Cillessen en Marks (2011) dat veel overwegingen rond betrouwbaarheid niet toepasbaar zijn op sociometrische methodes in tegenstelling tot andere psychologische metingen. De test-hertest betrouwbaarheid van populariteitsmetingen in de vroege adolescentie bleek alvast wel hoog te zijn (van den Berg, 2009). Wel stelde onderzoek (bv. Galván, Spatzier, & Juvonen, 2011) vragen bij het berekenen van verschillcores (bv. tussen meest leuk en minst leuk) om de sociale status van een jongere te bepalen, omwille van de onbetrouwbaarheid van verschillcores (Rogosa & Willett, 1983; Zimmerman, Williams & Zumbo, 1993). Daarom werden de vier populariteitsmetingen in deze studie als afzonderlijke variabelen opgenomen in de analyses.

Welzijn. Welzijn werd in dit onderzoek geconceptualiseerd als de zelfwaarde van jongeren. Harter (2012) haalde zelfwaarde immers aan als een belangrijke indicator van welzijn bij adolescenten. Om die zelfwaarde te meten werd gewerkt met een multidimensionele benadering met acht subschalen uit de Self Perception Profile for Adolescents (Harter, 2012), in het Nederlands vertaald en gevalideerd als de Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2002): Globale zelfwaardering, intieme vriendschap, schoolse competentie, sociale zelfwaarde, atletische competentie, fysieke zelfwaarde, aantrekkingskracht op romantisch vlak en gedragscompetentie. Iedere schaal bestaat uit vijf items om een schaalscore samen te stellen. Alle items werden beantwoord op 4-punts Likert-schaal. Een score van 1 kwam overeen met *helemaal niet waar voor mij*, een score van 4 met *helemaal waar voor mij*. Een voorbeelditem dat peilde naar globale zelfwaardering is 'Ik ben best tevreden met mezelf'. Een voorbeelditem dat peilde naar intieme vriendschap is 'Ik maak echt gemakkelijk vrienden'. Een voorbeelditem dat peilde naar schoolse competentie is 'Ik vind dat ik minstens zo slim ben als mijn leeftijdsgenoten'. Een voorbeelditem dat peilde naar sociale zelfwaarde is 'Ik heb het gevoel dat ik door veel leeftijdsgenoten geaccepteerd word'. Een voorbeelditem voor atletische competentie is 'Ik denk dat ik elke nieuwe sport gemakkelijk zal kunnen'. Een voorbeelditem voor fysieke zelfwaarde is 'Ik ben tevreden met mijn figuur'. Een voorbeelditem voor aantrekkingskracht op

romantisch vlak is ‘Als ik ooit verliefd ben op iemand, denk ik dat die persoon mij ook graag heeft’. Tot slot een voorbeelditem voor gedragscompetentie ‘Ik houd me meestal aan de regels’. Sommige items moesten wel gehercodeerd worden zodat hoge scores een hogere zelfwaarde meten (bv. ‘Ik heb geen echt goede vriend of vriendin om samen dingen met te ondernemen’). Voor alle subschalen heeft de CBSA een goede interne consistentie ($\alpha = .80$) (Nederlands Jeugdinstituut, 2021; Treffers et al., 2002). Prodia (2019) haalt aan dat de test-hertest betrouwbaarheid en de stabiliteit van de schalen goed is. Enkel in de Vlaamse onderzoeksgroep was de interne betrouwbaarheid van de schaal schoolse competenties laag ($\alpha = .54$). In zes schalen werden de vijf items behouden. Cronbach’s alpha voor deze schalen varieerde tussen .56 (aantrekkingskracht op romantisch vlak) en .87 (atletische competentie). Enkel bij de schaalscores van zowel intieme vriendschap als gedragscompetentie werd in het huidige onderzoek één item weggelaten om een betere alpha te bekomen. Bij intieme vriendschap steeg alpha van .49 naar .54 wanneer we item 15 weglaten. Daarna kan de schaal echter niet meer worden verbeterd. Bij gedragscompetentie steeg alpha van .56 naar .60 wanneer item 14 werd weggelaten uit de meting. Item 14 ‘Ik voel me vaak schuldig over dingen die ik doe’ heeft mogelijk een dubbele betekenis. Enerzijds peilt het naar de mogelijkheid tot reflectie rond het eigen gedrag, maar anderzijds impliceert het ook iets doen dat niet mag. Item 15 ‘Ik kan goed geheimen van mijn vrienden bewaren’ peilt eerder naar de gedragscompetenties binnen een vriendschap tegenover de andere items die vooral peilen naar de aanwezigheid van een ondersteunende sociale context of het vermogen om vrienden te maken.

Procedure

Voor het onderzoek werd de vragenlijst samengesteld in onderling overleg met professor Beyers. De data werden verzameld in scholen aangezien jongeren elkaar daar regelmatig in groep ontmoeten. Dit was van belang voor de sociometrische meting van populariteit. De scholen werden benaderd met een brief die zowel per mail als per post werd verstuurd (zie Bijlage 1). Nadien werd vaak ook nog telefonisch contact opgenomen met de directeur of een verantwoordelijke om verdere uitleg te verschaffen rond de procedure voor afname en om verdere praktische afspraken te maken. De jongeren waren

leerlingen van het eerste tot en met het zevende middelbaar Zij werden in klasgroepen bevraagd door een verantwoordelijke leerkracht of opvoeder. Gezien de toenmalige COVID-19 maatregelen was het niet mogelijk om zelf aanwezig te zijn bij de afnames. Om deze reden werd de afnameprocedure gedetailleerd uitgelegd in een bijgevoegd document (zie Bijlage 2). De afname zelf hield in dat de jongere eerst gevraagd werd via een actief informed consent (zie Bijlage 3) toestemming te geven om aan het onderzoek mee te werken. Hierna werd de vragenlijst (zie Bijlage 4) op papier afgenomen. De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen, namelijk: De achtergrondgegevens van de leerling, vragen rond de sociaal economische status, vragen rond de zorgcompetenties, vragen rond het welbevinden en een peer nominatie om de populariteit van de jongeren na te gaan. Voor het laatste onderdeel kregen de jongeren een klassenlijst met de klasnummers ter beschikking zodat de verwerking van de peer nominaties volledig anoniem kon verlopen. Nadien werden de afgenomen vragenlijsten in gesloten omslagen bewaard. De klaslijsten bleven op de scholen, en werden dus niet bij de data gevoegd om volledige anonimiteit te garanderen. Deze procedure is in overeenstemming met het Algemeen Ethisch Protocol van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent.

Resultaten

Voor de statistische analyses maakten we in deze masterproef gebruik van SPSS 28.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Voor alle analyses beschouwden we p -waarden kleiner dan $\alpha = .01$ als significant. Per onderzoeksvraag werden de analyses uitgevoerd voor de totale steekproef ($N = 434$).

Preliminare Analyses

Tabel 2

Gemiddeldes (M) en Standaarddeviaties (SD) van de Studiev variabelen

	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Globale zelfwaarde	1.00	4.00	2.89	0.75
Vriendschapscompetentie	1.20	4.00	2.88	0.67
Schoolse competentie	1.00	4.00	2.73	0.54
Sociale zelfwaarde	1.00	4.00	2.85	0.62
Atletische competentie	1.00	4.00	2.65	0.84
Fysieke zelfwaarde	1.00	4.00	2.64	0.84
Aantrekking romantisch	1.00	4.00	2.43	0.58
Gedragscompetentie	1.00	4.00	2.88	0.58
Competentie in zorg ontvangen	2.00	6.00	4.34	0.80
Falen in zorg ontvangen	1.00	6.00	3.09	0.97
Competentie in zelfzorg	1.00	6.00	3.91	0.94
Falen in zelfzorg	1.00	6.00	3.15	1.04
Competentie in zorg verlenen	1.17	6.00	4.54	0.82
Falen in zorg verlenen	1.00	6.00	2.38	0.89
Meest leuk nominaties	.00	.73	.31	.14
Minst leuk nominaties	.00	.83	.13	.14
Meest populair nominaties	.00	1.00	.18	.20
Minst populair nominaties	.00	.96	.14	.17

Missing-analyse. Op de data werd een missingsanalyse uitgevoerd, aan de hand van Little's MCAR test (Little, 1988). Op basis van alle beschikbare informatie toonde deze test aan dat de ontbrekende gegevens in deze dataset (5.5% van alle gegevens) missing completely at random (MCAR) bleken. Deze test gaat immers de hypothese van missing completely at random tegenover missing at random na. De hypothese van MCAR werd niet verworpen (normed $\chi^2 = \chi^2/df = 1.24 < 2$). Bijgevolg werden de ontbrekende gegevens geschat met het EM (Expectation Maximization) algoritme in SPSS, via 500 iteraties. Alle cases konden op deze manier worden gebruikt voor verdere analyses.

Descriptieve statistiek. Tabel 2 is een eerste kennismaking met de data uit het onderzoek. De mogelijke minimum- en maximumwaarden worden weergegeven, alsook het gemiddelde en de standaarddeviatie van een desbetreffende variabele berekend voor de steekproef.

Verbanden met achtergrondvariabelen. Uit een MANCOVA met de gezinsstructuur, de rang in het gezin, de studierichting die de jongere volgt, het type school, de afkomst, de leeftijd, het geslacht en de sociaal economische status als onafhankelijke variabelen en welzijn als afhankelijke variabele, bleken een aantal achtergrondvariabelen een consistent verband te vertonen met welzijn. Allereerst vertoonden richting [$F(16,816) = 2.23, p < .01, \eta^2 = .03$], afkomst [$F(56,2202) = 1.64, p < .01, \eta^2 = .03$] en geslacht [$F(8,408) = 5.66, p < .001, \eta^2 = .10$] een significant multivariaat verband (Wilk's lambda) met de zelfwaardering van de jongeren. Vervolgens toonden univariate analyses een significant verband tussen de studierichting van de jongeren en hun atletische competentie [$F(2,415) = 7.24, p < .001, \eta^2 = .03$]. Jongeren uit het BSO rapporteerden de hoogste atletische competentie ($M = 2.56, se = 0.22$), gevolgd door jongeren in ASO ($M = 2.19, se = 0.21$) en TSO ($M = 1.87, se = 0.33$). Voor afkomst werd geen enkel univariaat verband $p < .01$ gevonden. Er werden significante univariate verbanden gevonden tussen geslacht en globale zelfwaarde [$F(1,415) = 9.29, p < .01, \eta^2 = .02$], atletische competentie [$F(1,415) = 29.12, p < .001, \eta^2 = .07$] en fysieke zelfwaarde [$F(1,415) = 18.88, p < .001, \eta^2 = .04$]. Jongens rapporteerden een hogere globale zelfwaarde dan meisjes ($b = .03$) en vertoonden ook een sterkere atletische competentie ($b = .05$) en fysieke zelfwaarde ($b = .04$).

Vervolgens voerden we een analoge MANCOVA uit met populariteit als afhankelijke variabele. Hier vertoonden gezinsstructuur [$F(4,412) = 4.44, p < .01, \eta^2 = .04$], rang [$F(12,1090) = 2.38, p < .01, \eta^2 = .02$], richting [$F(8,824) = 6.62, p < .001, \eta^2 = .06$], leeftijd [$F(4,412) = 19.88, p < .001, \eta^2 = .16$] en SES [$F(4,412) = 5.20, p < .001, \eta^2 = .05$] een significant multivariaat verband (Wilk's lambda) met populariteit. Vervolgens toonden univariate analyses een significant verband tussen de gezinsstructuur van de jongeren en de nominaties voor populair zijn [$F(1,415) = 12.55, p < .001, \eta^2 = .03$]. Jongeren uit een niet intact gezin werden meer genomineerd als populair ($M = .20, se = .06$) dan jongeren uit een intact gezin ($M = .12, se = .05$). Ook tussen de rang in het gezin en de nominaties voor niet leuk vonden we een univariaat significant verband [$F(3,415) = 5.13, p < .01, \eta^2 = .04$]. Jongeren die de jongste waren in het gezin kregen de meeste nominaties voor niet leuk ($M = .23, se = .04$), gevolgd door de jongeren die enig kind waren ($M = .21, se = .05$) en daarna de jongeren die de oudste waren binnen het gezin ($M = .17, se = .04$). De jongeren die het middelste kind waren in het gezin werden het minst genomineerd als niet leuk ($M = .16, se = .04$). Ook tussen richting en nominaties voor niet leuk vonden we een univariaat significant verband [$F(2,415) = 21.52, p < .001, \eta^2 = .09$]. Jongeren uit het BSO kregen de meeste nominaties voor minst leuk ($M = .25, se = .04$), gevolgd door jongeren in TSO ($M = .20, se = .06$) en ASO ($M = .12, se = .04$). Er werden verder significante univariate verbanden gevonden tussen leeftijd en nominaties voor meest leuk [$F(1,415) = 36.65, p < .001, \eta^2 = .08$], nominaties voor minst leuk [$F(1,415) = 14.37, p < .001, \eta^2 = .03$] en nominaties voor meest populair [$F(1,415) = 29.00, p < .001, \eta^2 = .07$]. Oudere jongeren kregen meer nominaties voor meest leuk dan jongere jongeren ($b = .002$) en kregen ook minder nominaties voor minst leuk ($b = -.001$) en oudere jongeren kregen ook meer nominaties van meest populair ($b = .002$). Tot slot vonden we ook een significante univariaat verband tussen de sociaal economische status en nominaties voor meest populair [$F(1,415) = 17.99, p < .001, \eta^2 = .04$]. Hoe hoger de Hollingshead ISP (Hollingshead, 1957) en dus hoe lager de sociaal economische status (hoog = lage status), hoe minder nominaties een jongere ontving voor meest leuk ($b = -.003$).

Geslacht van de jongere en leeftijd houden consistent en significant verband met de afhankelijke variabelen in ons onderzoek. Deze achtergrondvariabelen nemen we op als controlevariabelen in verdere analyses.

Hypothesetoetsende Analyses

Verband tussen zorgcompetenties en zelfwaarde. Om dit verband te onderzoeken werden eerst partiële correlaties berekend tussen zorgcompetenties en zelfwaarde en vervolgens voerden we hiërarchische regressieanalyses uit per variabele van zelfwaarde om de unieke verbanden te toetsen. De resultaten in Tabel 3 tonen aan dat er sterke correlationele verbanden zijn tussen zorgcompetenties en verschillende factoren van zelfwaarde. Competentie in zorg hing consistent positief samen met de meeste indicatoren van zelfwaarde, terwijl falen in zorg steeds een negatief correlationeel verband met zelfwaarde vertoonde. Bij de partiële correlaties werd enkel geen significant verbanden gevonden tussen competentie om zorg te verlenen en zowel globale als fysieke zelfwaarde.

Deze correlaties verzwakten wel in de hiërarchische regressie-analyses, maar de meerderheid bleef wel een significant of randsignificant verband. Zorgcompetenties verklaarden 40.7% van de variantie in globale zelfwaarde [$F(6,425) = 54.69, p < .001$]. De drie zorgcompetenties voorspelden (rand)significant en uniek een hogere zelfwaarde, terwijl falen in de drie dimensies van zorg significant en uniek een lagere zelfwaarde voorspelde. Van vriendschapscompetentie werd 20.9% van de variantie verklaard door de zorgcompetenties [$F(6,425) = 19.11, p < .001$]. Enkel de competentie in zorg ontvangen voorspelde een significant en uniek hogere vriendschapscompetentie. Falen in zorg ontvangen en falen in zorg verlenen voorspelden op hun beurt (rand)significant en uniek een lagere vriendschapscompetentie. Bij schoolse competentie werd 13.5% variantie verklaard door zorgcompetenties [$F(6,425) = 11.12, p < .001$]. Enkel competentie in zorg ontvangen voorspelde randsignificant en uniek een hogere schoolse competentie. Falen in zorg ontvangen en falen in zelfzorg voorspelden randsignificant en uniek een lagere schoolse competentie. Zorgcompetenties verklaarden 22.3% van de variantie in sociale zelfwaarde [$F(6,425) = 20.59, p < .001$]. Enkel competentie in zorg ontvangen voorspelde significant en uniek een hogere sociale zelfwaarde, terwijl enkel

falen in zorg ontvangen significant en uniek een lagere sociale zelfwaarde voorspelde. Bij atletische competentie werd 5.5% van de variantie verklaard door zorgcompetenties [$F(6,425) = 4.96, p < .001$]. Enkel competentie in zorg verlenen voorspelde randsignificant een hogere atletische competentie. Zorgcompetenties verklaarden 24.5% van de variantie in fysieke zelfwaarde [$F(6,425) = 26.91, p < .001$]. Competentie in zelfzorg voorspelde significant en uniek een hogere fysieke zelfwaarde. Competentie in zorg verlenen voorspelde significant en uniek een lagere fysieke zelfwaarde. Falen in de drie dimensies van zorg voorspelde een (rand)significant en uniek lagere fysieke zelfwaarde. Romantische aantrekking werd voor 17.1% verklaard door zorgcompetenties [$F(6,425) = 15.99, p < .001$]. Competentie in zorg ontvangen voorspelde significant en uniek een hogere romantische aantrekking. Falen in zorg ontvangen en falen in zelfzorg voorspelden randsignificant en uniek een lagere romantische aantrekking. Tot slot verklaarden zorgcompetenties 15.3% van de variantie in gedragscompetentie [$F(6,425) = 12.94, p < .001$]. Competentie in zelfzorg voorspelde significant en uniek een hogere gedragscompetentie. Zowel falen in zelfzorg, als falen in zorg verlenen voorspelden (rand)significant een lagere gedragscompetentie.

Tabel 3

Partiële Correlaties (r) en Regressiecoëfficiënten (β) tussen Zorgcompetenties en Zelfwaarde

		Globale zelfwaarde	Vriendschapscompetentie	Schoolse competentie	Sociale zelfwaarde	Atletische competentie	Fysieke zelfwaarde	Romantische aantrekking	Gedragscompetentie
Competentie in zorg ontvangen	<i>r</i>	.29***	.32***	.26***	.37***	.12**	.17***	.36***	.21***
	β	.09*	.17**	.14*	.22***	-.01	.02	.24***	.06
Falen in zorg ontvangen	<i>r</i>	-.50***	-.40***	-.28***	-.36***	-.17***	-.37***	-.30***	-.24***
	β	-.20***	-.29***	-.12*	-.23***	-.10	-.17***	-.12*	-.08
Competentie in zelfzorg	<i>r</i>	.30***	.11*	.17***	.21***	.11*	.28***	.14**	.23***
	β	.21***	.00	.07	.09	.03	.25***	.00	.14**
Falen in zelfzorg	<i>r</i>	-.58***	-.29***	-.28***	-.27***	-.15**	-.44***	-.27***	-.28***
	β	-.35***	-.04	-.15*	-.06	-.06	-.22***	-.13*	-.15*
Competentie in zorg verlenen	<i>r</i>	.04	.14**	.13**	.22***	.16***	-.02	.19***	.15***
	β	-.11*	.03	.03	.07	.13*	-.16**	.08	.03
Falen in zorg verlenen	<i>r</i>	-.32***	-.26***	-.19***	-.24***	-.18***	-.24***	-.19***	-.28***
	β	-.12**	-.12*	-.06	-.06	-.08	-.10*	-.03	-.17***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Verband tussen zorgcompetenties en populariteit. Op analoge manier werden de verbanden tussen zorgcompetenties en populariteit bij jongeren onderzocht. De resultaten in Tabel 4 tonen aan dat er slechts enkele sterk significante verbanden zijn tussen zorgcompetenties en populariteit. Bij de partiële correlaties vonden we vooral (rand)significante verbanden tussen zorgcompetenties en de nominaties van minst populair. Ook was er een significant relationeel verband tussen competentie in zorg ontvangen en de nominaties voor meest populair.

Tabel 4

Partiële Correlaties (r) en Regressiecoëfficiënten (β) tussen Zorgcompetenties en Populariteit

		Nominaties meest leuk	Nominaties minst leuk	Nominaties meest populair	Nominaties minst populair
Competentie in zorg ontvangen	<i>r</i>	.07	-.08	.14**	-.16***
	β	.05	-.10	.12*	-.12*
Falen in zorg ontvangen	<i>r</i>	.02	.05	-.07	.10*
	β	-.02	.07	-.04	.14*
Competentie in zelfzorg	<i>r</i>	.02	-.03	-.01	-.13**
	β	-.01	-.04	-.06	-.11*
Falen in zelfzorg	<i>r</i>	.09	-.01	-.02	-.03
	β	.12	-.06	.04	-.17**
Competentie in zorg verlenen	<i>r</i>	.10*	.01	.08	-.12*
	β	.06	.06	.03	-.01
Falen in zorg verlenen	<i>r</i>	-.04	-.04	-.09	.05
	β	-.04	-.06	-.06	.02

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Deze verbanden konden we ook bevestigen bij de hiërarchische regressieanalyses. Als uitzondering vonden we ook een randsignificant relationeel verband tussen de competentie om zorg te verlenen en de nominaties van het meest leuk. Dit verband viel echter wel weg bij de hiërarchische regressieanalyses. De door zorgcompetenties

verklaarde variantie (ΔR^2) in de verschillende variabelen van populariteit varieerde van 1.6% tot 5.2%. Enkel bij de hiërarchische regressieanalyse van zorgcompetenties met de nominaties van minst populair konden we vooraf het model significant beoordelen [$\Delta R^2 = .05$, $F(6,425) = 3.99$, $p < .001$]. De drie zorgcompetenties voorspelden randsignificant en uniek minder nominaties in minst populair, terwijl falen in zorg ontvangen randsignificant en uniek meer nominaties in minst populair voorspelde. Opmerkelijk voorspelde het falen in zelfzorg significant en uniek minder nominaties in minst populair.

Verband tussen populariteit en zelfwaarde. Op analoge manier werden de verbanden tussen populariteit en zelfwaarde bij jongeren onderzocht. De resultaten in Tabel 5 tonen aan dat nominaties in meest leuk en meest populair consistent positief samenhangen met de meeste indicatoren van zelfwaarde. Één uitzondering op deze regel kon worden opgemerkt, namelijk de nominatie meest populair hing negatief samen met gedragscompetentie. Nominaties in minst leuk en minst populair hingen op hun beurt consistent negatief samen met de meeste indicatoren van zelfwaarde.

In de hiërarchische regressieanalyses bleven enkel de gevonden correlatieve verbanden bij minst of meest populair (rand)significant, terwijl deze bij de nominaties van minst of meest leuk volledig wegvielen. Populariteit verklaarde 7.2% van de variantie in vriendschapscompetentie [$F(4,427) = 8.47$, $p < .001$]. Nominaties in meest populair voorspelden significant en uniek een hogere vriendschapscompetentie, terwijl nominaties in minst populair significant en uniek een lagere vriendschapscompetentie voorspelden. Populariteit voorspelde 4.0% van de schoolse competentie [$F(4,427) = 4.50$, $p < .001$]. De nominaties in minst populair voorspelden randsignificant en uniek minder schoolse competentie. Nominaties in minst leuk voorspelden randsignificant en uniek meer schoolse competentie. Populariteit verklaarde 18.1% van de variantie in sociale zelfwaarde [$F(4,427) = 23.90$, $p < .001$]. Nominaties in meest populair voorspelden significant en uniek meer sociale zelfwaarde, terwijl nominaties in minst populair significant en uniek een lagere sociale zelfwaarde voorspelden. Populariteit verklaarde vervolgens 9.5% van de variantie in atletische competentie [$F(4,427) = 13.68$, $p < .001$]. Nominaties in minst leuk voorspelden significant en uniek meer atletische competentie, terwijl nominaties in minst populair significant en uniek minder atletische competentie voorspelden. Bij romantische aantrekking werd 15.7% van de variantie verklaard door

populariteit [$F(4,427) = 21.63, p < .001$]. Nominaties in meest leuk voorspelden randsignificant en uniek minder romantische aantrekking, terwijl nominaties voor minst leuk randsignificant en uniek meer romantische aantrekking voorspelden. Nominaties in meest populair voorspelden significant en uniek meer romantische aantrekking; tegelijk voorspelden nominaties in minst populair significante en uniek minder romantische aantrekking. Tot slot verklaarde populariteit 4.3% van de variantie in gedragscompetentie [$F(4,427) = 4.84, p < .001$]. Nominaties in meest populair voorspelden significant en uniek minder gedragscompetentie.

Tabel 5

Partiële Correlaties (r) en Regressiecoëfficiënten (β) tussen Populariteit en Zelfwaarde

		Globale zelfwaarde	Vriendschaps-competentie	Schoolse competentie	Sociale zelfwaarde	Atletische competentie	Fysieke zelfwaarde	Romantische aantrekking	Gedrags-competentie
Nominaties meest leuk	<i>r</i>	-.02	.06	.09	.12**	.17***	-.04	.05	.02
	β	-.06	-.08	.05	-.09	.10	-.04	-.12*	.11
Nominaties minst leuk	<i>r</i>	-.05	-.14**	.07	-.17***	.01	.06	.05	-.05
	β	.00	-.09	.14*	-.08	.17***	.10	.12*	-.08
Nominaties meest populair	<i>r</i>	.01	.18***	.15**	.33***	.20***	.00	.35***	-.16***
	β	-.01	.17**	.09	.30***	.06	-.02	.32***	-.17**
Nominaties minst populair	<i>r</i>	-.12*	-.23***	-.11*	-.35***	-.27***	-.04	-.24***	.09
	β	-.13*	-.16**	-.12*	-.25***	-.29***	-.11	-.23***	.11

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Mediatieverbanden. Op basis van de eerdere resultaten in Tabel 3, 4 en 5 werd bepaald welke mediaties zinvol waren om te toetsen. Met behulp van de partiële correlaties werden 31 mogelijke mediatieverbanden geselecteerd die werden getoetst. De resultaten werden weergegeven in Tabel 6 tot en met 12. Consistent werden voor vier paden de verbanden gecontroleerd (Baron & Kenny, 1986; Holmbeck, 1997). Het eerste pad liep van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele. Dit was het pad tussen zorgcompetenties en zelfwaarde. Het tweede pad liep van de onafhankelijke variabele naar de mediator. Concreet is dit dus het pad van zorgcompetenties naar populariteit. Het derde pad liep van mediator naar afhankelijke variabele. Dit was dus van populariteit naar zelfwaarde. Tot slot herbekeken we in pad vier het verband tussen onafhankelijke en afhankelijke variabele met de mediator in rekening gebracht. Op basis van de verkregen info werd voor iedere mediatie een Sobel test uitgevoerd om de hypothese van mediatie te kunnen bevestigen of verwerpen (Preacher & Leonardelli, 2001).

Tabel 6

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Globale Zelfwaarde van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel-t	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	.29***	-.17***	-.07	.28***	1.37	.08***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.48***	.10*	-.07	-.48***	-1.28	.24***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.29***	-.13**	-.08	.28***	1.42	.09***

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabel 6 geeft de vier zoals eerder beschreven stappen weer voor het verband tussen zorgcompetenties en globale zelfwaarde. Er kan worden opgemerkt dat er geen

significante mediaties zijn voor dit verband. De rechtstreekse verbanden tussen zorgcompetenties en globale zelfwaarde zien we hier dus bevestigd.

Tabel 7

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Vriendschapscompetentie van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel- <i>t</i>	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.32***	.14**	.14**	.30***	2.06*	.12***
	Nominaties minst populair	.32***	-.17***	-.18***	.29***	2.67**	.13***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.40***	.10*	-.19***	-.38***	-1.91	.19***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.11*	-.13**	-.22***	.08	2.24*	.06***
Competentie in zorg verlenen	Nominaties minst populair	.15**	-.12*	-.22***	.12*	2.10*	.07***

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Op analoge wijze werden eventuele mediaties nagegaan in het verband tussen zorgcompetenties en vriendschapscompetenties, weergegeven in Tabel 7. Er kunnen drie partiële (rand)significante mediaties worden opgemerkt en één volledig gemedieerd verband. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere vriendschapscompetentie bij jongeren wordt partieel gemedieerd door zowel een minst, als een meest populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als meest populair, wat op zijn beurt ook meer vriendschapscompetentie voorspelt. Bovendien ontvangen jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen minder vaak nominaties als minst populair, wat op zijn beurt ook minder vriendschapscompetentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere vriendschapscompetentie bestaat dus uit een

sterk direct verband (.30***) en een kleiner indirect verband (.02*) via een meest populaire status. Ook bestaat het uit een sterk direct verband van .29*** en een kleiner indirect verband (.03**) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere vriendschapscompetentie bij jongeren wordt volledig gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competentie in zelfzorg worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt ook minder vriendschapscompetentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere vriendschapscompetentie bestaat dus enkel uit een klein indirect verband (.03*) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere vriendschapscompetentie bij jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg verlenen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt ook minder vriendschapscompetentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere vriendschapscompetentie bestaat dus uit een direct verband (.12*) en een kleiner indirect verband (.03*) via een minst populaire status.

Tabel 8

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Schoolse competentie van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel-t	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.26***	.14**	.12*	.25***	1.88	.08***
	Nominaties minst populair	.26***	-.17***	-.07	.25***	1.30	.07***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.28***	.10*	-.08	-.27***	-1.33	.08***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.17***	-.13**	-.09	.16***	1.48	.04***
Competentie in zorg verlenen	Nominaties minst populair	.14**	-.12*	-.09	.13*	1.48	.03**

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabel 8 geeft de vier stappen weer voor het verband tussen zorgcompetenties en schoolse competentie. Er kan worden opgemerkt dat er geen significante mediaties zijn voor dit verband. De rechtstreekse verbanden tussen zorgcompetenties en schoolse competenties worden dus bevestigd.

Tabel 9

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Sociale Zelfwaarde van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel- <i>t</i>	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.38***	.14**	.29***	.34***	2.60**	.21***
	Nominaties minst populair	.38***	-.17***	-.30***	.33***	3.18***	.22***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.36***	.10*	-.32***	-.33***	-2.04*	.23***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.21***	-.13**	-.33***	.17***	2.41*	.15***
Competentie in zorg verlenen	Nominaties meest leuk	.23***	.10*	.11*	.22***	1.56	.06***
	Nominaties minst populair	.23***	-.12*	-.33***	.19***	2.25*	.15***

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Op analoge wijze werden eventuele mediaties nagegaan in het verband tussen zorgcompetenties en sociale zelfwaarde, weergegeven in Tabel 9. Bij vijf van de zes analyses kunnen er partiële (rand)significante mediaties worden opgemerkt. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere sociale zelfwaarde bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een meest populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als meest populair, wat op zijn beurt ook meer sociale zelfwaarde voorspelt. Het totale verband tussen competentie

in zorg ontvangen en sterkere sociale zelfwaarde bestaat dus uit een sterk direct verband (.34***) en een kleiner indirect verband (.04**) via een meest populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere sociale zelfwaarde bij de jongeren wordt daarnaast ook nog partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat vervolgens ook minder sociale zelfwaarde voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere sociale zelfwaarde bestaat dus uit een sterk direct verband (.33***) en een kleiner indirect verband (.05***) via een minst populaire status. Het negatieve verband tussen falen in zorg ontvangen en zwakkere sociale zelfwaarde bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren die meer falen in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt minder sociale zelfwaarde voorspelt. Het totale verband tussen falen in zorg ontvangen en een lagere sociale zelfwaarde bestaat dus uit een sterk direct verband (-.33***) en een kleiner indirect verband (-.03*) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere sociale zelfwaarde bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterkere competenties in zelfzorg worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt minder sociale zelfwaarde voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere sociale zelfwaarde bestaat dus uit een sterk direct verband (.17***) en een kleiner indirect verband (.04*) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere sociale zelfwaarde bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterkere competenties in zorg verlenen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt minder sociale zelfwaarde voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere sociale zelfwaarde bestaat dus uit een sterk direct verband (.19***) en een kleiner indirect verband (.04*) via een minst populaire status.

Tabel 10

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Atletische Competentie van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel-t	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.12**	.14**	.17***	.09*	2.27*	.04***
	Nominaties minst populair	.12**	-.17***	-.24***	.08	3.00**	.07***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.16***	.10*	-.24***	-.13**	-1.98*	.08***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.10*	-.13**	-.24***	.07	2.32*	.07***
Competentie in zorg verlenen	Nominaties meest leuk	.16***	.10*	.15***	.14**	1.85	.04***
	Nominaties minst populair	.16***	-.12*	-.23***	.13**	2.17*	.08***

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Op analoge wijze werden eventuele mediaties nagegaan in het verband tussen zorgcompetenties en atletische competentie, weergegeven in Tabel 10. Bij drie van de zes analyses kunnen er partiële (rand)significante mediaties worden opgemerkt, bij twee van de zes analyses is er sprake van volledige (rand)significante mediatie. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere atletische competentie bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een meest populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als meest populair, wat op zijn ook beurt meer atletische competentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en meer atletische competentie bestaat dus uit een direct verband (.09*) en een kleiner indirect verband (.03*) via een meest populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere atletische competentie bij de jongeren wordt volledig gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterkere competenties in zorg ontvangen worden minder vaak genomineerd

als minst populair, wat op zijn ook beurt minder atletische competentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere atletische competentie bestaat dus uit een kleiner gemedieerd verband (.04**) via een minst populaire status. Het negatieve verband tussen falen in zorg ontvangen en zwakkere atletische competentie bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren die meer falen in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt minder atletische competentie voorspelt. Het totale verband tussen falen in zorg ontvangen en een lagere atletische competentie bestaat dus uit een direct verband (-.13**) en een kleiner indirect verband (-.03*) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere atletische competentie bij de jongeren wordt volledig gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zelfzorg worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt ook minder atletische competentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zelfzorg en meer atletische competentie bestaat dus uit een klein gemedieerd verband (.03*) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere atletische competentie bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg verlenen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn ook beurt minder atletische competentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg verlenen en meer atletische competentie bestaat dus uit een direct verband (.13**) en een kleiner indirect verband (.03*) via een minst populaire status.

Tabel 11

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Romantische Aantrekking van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel- <i>t</i>	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.36***	.14**	.31***	.31***	2.67**	.21***
	Nominaties minst populair	.36***	-.17***	-.18***	.33***	2.70**	.15***
Falen in zorg ontvangen	Nominaties minst populair	-.29***	.10*	-.20***	-.27***	-1.93	.13***
Competentie in zelfzorg	Nominaties minst populair	.13**	-.13**	-.22***	.11*	2.25*	.06***
Competentie in zorg verlenen	Nominaties minst populair	.19***	-.12*	-.21***	.17***	2.11*	.08***

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Op analoge wijze werden eventuele mediaties nagegaan in het verband tussen zorgcompetenties en romantische aantrekking, weergegeven in Tabel 11. Bij vier van de vijf analyses kunnen er partiële (rand)significante mediaties worden opgemerkt. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere romantische aantrekking bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een meest populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als meest populair, wat op zijn ook beurt meer romantische aantrekking voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en meer romantische aantrekking bestaat dus uit een direct verband (.31***) en een kleiner indirect verband (.05**) via een meest populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere romantische aantrekking bij de jongeren wordt ook partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg ontvangen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn beurt ook minder romantische aantrekking voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en

sterkere romantische aantrekking bestaat dus uit een sterk direct verband (.33^{***}) en een kleiner indirect verband (.03^{**}) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere romantische aantrekking bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zelfzorg worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn ook beurt minder romantische aantrekking voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zelfzorg en sterkere romantische aantrekking bestaat dus uit een direct verband (.11^{**}) en een kleiner indirect verband (.02^{*}) via een minst populaire status. Het positieve verband tussen competentie in zorg verlenen en sterkere romantische aantrekking bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een minst populaire status. Jongeren met sterke competenties in zorg verlenen worden minder vaak genomineerd als minst populair, wat op zijn ook beurt minder romantische aantrekking voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg verlenen en meer romantische aantrekking bestaat dus uit een direct verband (.17^{***}) en een kleiner indirect verband (.02^{*}) via een minst populaire status.

Tabel 12

Genomineerde Populariteit van Jongeren als Mediatoren tussen Zorgcompetenties en de Gedragscompetentie van de Jongere

Onafhankelijke variabele	Mediator	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Sobel-t	ΔR^2
Competentie in zorg ontvangen	Nominaties meest populair	.21 ^{***}	.14 ^{**}	-.20 ^{***}	.24 ^{***}	-2.35 [*]	.08 ^{***}

Noot. Stap 1 = pad van de onafhankelijke naar de afhankelijke variabele, Stap 2 = pad van de onafhankelijke variabele naar de mediator, Stap 3 = pad van de mediator naar de afhankelijke variabele, Stap 4 = pad 1 met uitzuivering van de mediator. ΔR^2 = verklaarde variantie.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Op analoge wijze werden eventuele mediaties nagegaan in het verband tussen zorgcompetenties en gedragscompetentie, weergegeven in Tabel 12. Bij de enige onderzochte analyse kon er een partiële randsignificante mediatie worden opgemerkt. Het positieve verband tussen competentie in zorg ontvangen en meer gedragscompetentie bij de jongeren wordt partieel gemedieerd door een meest populaire status. Jongeren met

sterke competenties in zorg ontvangen worden vaker genomineerd als meest populair, wat op zijn beurt ook minder gedragscompetentie voorspelt. Het totale verband tussen competentie in zorg ontvangen en sterkere gedragscompetentie bestaat dus uit een sterk direct verband (.24***) en een kleiner indirect verband (-.03*) via een meest populaire status. Er is hier sprake van een inconsistente mediatie. Dat wil zeggen dat het directe verband tussen competentie in zorg ontvangen en gedragscompetentie positief is, maar het indirecte verband is negatief. We zien daarvoor een compensatie in het c' pad, het pad waarbij de mediator in rekening wordt gebracht bij het directe verband, en waardoor dit pad dus hoger ligt dan het c-pad. Deze inconsistente mediatie zorgt ervoor dat de omvang van een verband tussen een onafhankelijke en afhankelijke variabele groter wordt wanneer een derde variabele in rekening wordt gebracht, terwijl normaal verwacht wordt in mediatie dat introductie van een derde variabele de omvang van een verband juist reduceert aangezien een mediator een deel van een direct verband verklaart. We spreken in dit geval ook van suppressie door de mediator (Kenny, 2021; MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000).

Ondanks de 16 partiële mediaties en de 3 complete mediaties tussen zorgcompetenties en zelfwaarde die werden gevonden in de 31 getoetste verbanden, lijkt evidentie voor mediatie tussen zorgcompetenties en zelfwaarde klein. De gevonden mediatieverbanden bleken nooit groter dan .05. Bovendien betrof de mediator meestal nominaties als minst populair, slechts vijfmaal werd het verband gemedieerd door nominaties als meest populair. Er werd geen mediatie gevonden door meest of minst leuk. Er lijkt dus geen algemene mediatie door populariteit te zijn.

Discussie

Het huidige onderzoek wou nagaan op welke manier zorgcompetenties, populariteit en welzijn samenhangen. De verbanden tussen deze variabelen werden getoetst en er werd ook nagegaan in hoeverre er sprake was van mediatie. In de literatuur werden immers indicaties gevonden voor de drie verbanden, wat de vraag naar mediatie deed rijzen. Om op deze vragen antwoord te kunnen bieden, werden gegevens verzameld bij 434 jongeren uit vier middelbare scholen verspreid over Vlaanderen.

Bespreking Resultaten en Theoretische Implicaties

Verbanden tussen zorgcompetenties en welzijn. Op basis van eerdere onderzoeken hadden we voorspeld dat zorgcompetenties positief zouden samenhangen met verschillende aspecten van welzijn (Riggio et al., 1990; Barnet et al., 2004; Wisdom & Agnor, 2007; Ross et al., 2012; Nguyễn Phước et al., 2020a, 2020b). Het falen van zorg werd enkel door Nguyễn Phước et al. (2020b) negatief in verband gebracht met welzijn. Daarnaast werd op basis van haar onderzoek verwacht dat in het bijzonder een hogere competentie in zelfzorg meer welzijn zou impliceren. Parallel werd eenzelfde verwachting gesteld vanuit de competentie om zorg te ontvangen en om zorg te verlenen. Het falen in de verschillende zorgcompetenties zou elk op zijn beurt minder welbevinden impliceren. Zoals verwacht stellen we vast dat jongeren die competentier zijn in de zorgcompetenties een hoger welzijn hebben. Bij uitstek is dit positieve verband op te merken wanneer we kijken naar de meer sociale kant van welzijn. Sociale zelfwaarde is hoger bij jongeren met sterkere zorgcompetenties. Dit is op zich iets wat strookt met het algemene idee dat zorgen een sociale aangelegenheid is (Noddings, 2005). Gelijkaardige tendensen zijn er op te merken bij jongeren met sterke vriendschapscompetentie en romantische aantrekkingskracht. Ook dit kunnen we zien als uitingen van sociaal gedrag bij jongeren. Het beschikken over betere zorgcompetenties, wat een vorm is van sociaal gedrag, heeft op deze manier een positieve samenhang met sociaal welzijn van adolescenten. Aangezien sociale contacten, vriendschappen, maar ook intimiteit en seksualiteit tot de ontwikkelingstaken behoren van een adolescent (Prodia, 2015) lijkt dit een interessante bevinding. Door deze combinatie lijken jongeren met betere

zorgcompetenties dus te kunnen uitgroeien tot meer veerkrachtige jonge mensen. Aanvullend hebben jongeren met meer zorgcompetenties ook een hogere schoolse competentie. Niet alleen zullen deze jongeren zichzelf dus beter voelen rond hun sociale en relationele contacten, maar ook op de schoolbanken voelen ze zich competentier wanneer ze vaardiger zijn zorgen. Opvallend zullen enkel jongeren met meer competentie in zorg ontvangen en zelfzorg een hogere globale zelfwaarde hebben. De competentie om zorg te verlenen speelt hier geen rol. Dat is op zich wel een onverwachte bevinding aangezien we hadden vooropgesteld dat de altruïstische act van het verlenen van zorg een positieve impact heeft op de ontwikkeling en mentale gezondheid van jongeren (Nguyễn Phuróc et al., 2021). Het verschil met het onderzoek van Nguyễn Phuróc (2021) is dat ons onderzoek werd afgenomen in Vlaanderen, waar de heersende norm individualisme is (Wouters, 2019), terwijl het onderzoek van Nguyễn Phuróc (2021) werd afgenomen in Vietnam. Mogelijk botsen we hier dus op een cultureel verschil tussen een individualistisch tegenover een eerder collectivistische cultuur.

De sterkste verbanden vinden we echter terug tussen het falen van zorgcompetenties en welzijn. Dit stemt overeen met de bevindingen van Nguyễn Phuróc (2021). Jongeren die falen in één van de zorgcompetenties zullen bij elke vorm van zelfwaarde lager scoren dan jongeren die niet falen. Nguyễn Phuróc (2021) stelde dat falen in zorg gemiddeld tot sterk geassocieerd was met emotionele en gedragsproblemen. Dit impliceert dat hoewel het zeker waardevol is om zorgcompetenties bij jongeren te bevorderen, het nog belangrijker is om hen te leren omgaan met momenten waarop ze falen in zorg. Nguyễn Phuróc (2021) benoemt hierbij het overwinnen van falen in zelfzorg als de belangrijkste factor om welbevinden op te krikken bij adolescenten. Op vlak van de globale zelfwaarde zien we in deze studie ook dat het verband tussen falen in zelfzorg en lagere globale zelfwaarde het sterkste is. Dit is niet enkel een belangrijke theoretische bevinding, maar heeft ook relevante klinische implicaties.

Ongeacht de sterkte van de verbanden, kunnen we vaststellen dat er een bevestigde link is in dit onderzoek tussen zorgcompetenties en welzijn. Dit bevestigt de originele hypothese en ondersteunt de conclusies uit het onderzoek van Nguyễn Phuróc (2021).

Verbanden tussen zorgcompetenties en populariteit. Zorgcompetenties zijn nog maar nauwelijks onderzocht en al zeker niet in verband met populariteit. Op basis van nauw verwante concepten zoals sociale ondersteuning, empathie, en altruïsme konden we toch een indicatie maken van wat er kon worden verwacht (Nguyễn Phuróc et al., 2020a). De verwachting was dat zorgcompetenties op een positieve manier gingen samenhangen met sociale aanvaarding. Niets was echter minder waar. Het bezitten van meer zorgcompetenties heeft geen enkele invloed op de sociale aanvaarding van de jongeren. De enige uitzondering is er bij jongeren met meer competentie in zorg verlenen. Zij worden leuker gevonden door de andere jongeren. Op basis van Noddings (2005) kunnen we begrijpen waarom dit het geval is. Zij stelde immers dat de ander ons leuk vindt op basis van de zorgactie die we stellen voor hem of haar. De bevindingen van het onderzoek lijken dus vooral een bevestiging daarvan. Echter voor de andere zorgcompetenties, maar ook het falen in zorgcompetenties gaat er geen enkel verband op met de sociale aanvaarding van de jongeren. Dit is heel bijzonder en druist in tegen alles wat we hadden verwacht. Zorgcompetenties hebben namelijk wel een invloed op de sociale populariteit, meer bepaald op het niet populair zijn van adolescenten. Een jongere die betere zorgcompetenties bezit, wordt minder genomineerd als iemand die niet populair is. Jongeren die falen in zorg worden over het algemeen meer genomineerd als minder populair. In tegenstelling tot de verschillende verbanden tussen zorgcompetenties en het niet populair gevonden worden van jongeren, is er slechts één verband waardoor adolescenten meer populair worden gevonden. Dat is namelijk het bezitten van de competentie om zorg te ontvangen van de ander. De invloed van zorgcompetenties op populariteit druist dus in tegen onze verwachtingen. Het gegeven dat we enkel verbanden vinden met sociale populariteit geeft op deze manier wel bevestiging dat het een grote meerwaarde is om sociale aanvaarding en sociale populariteit van elkaar te splitsen zoals Cillessen en Marks (2011) vooropstelden. Daarnaast lijkt het ook dat de keuze voor vier populariteitsmetingen in deze studie aan kracht wint door de bevindingen. Galván et al. (2011) stelde zich vragen bij het berekenen van verschillcores in populariteit. Terecht, want bij verschillcores zou de bevinding dat zorgcompetenties vooral een invloed hebben op het niet populair gevonden worden verdwijnen en zouden er ten onrechte een conclusie

kunnen worden getrokken over het algemene verband tussen de zorgcompetenties van adolescenten en sociale populariteit.

In meerdere studies werd bevestigd dat de stabiliteit voor sociale populariteit hoger ligt dan die voor sociale aanvaarding (Cillessen & Borch, 2006; Cillessen & Mayeux, 2004; Rose et al., 2004). Aangezien we tegen alle verwachtingen in vooral linken zien tussen sociale populariteit en de zorgcompetenties van jongeren doet dit vragen rijzen. Sociale aanvaarding staat volgens de literatuur veel meer onder invloed van sociaal gedrag en interacties. Logisch gevolg is dat sociale aanvaarding onderhevig is aan veranderingen in het sociaal gedrag of de interacties tussen mensen (Cillessen & Marks, 2011). Zouden we meer linken zien als we kijken naar verschillen in sociale aanvaarding wanneer zorgcompetenties zouden verbeteren? In dat geval zou het mogelijk zijn dat de invloed van zorgcompetenties op populariteit van adolescenten pas ten volle tot uiting komt wanneer we de verandering in nominaties voor en na een training in rekening zouden kunnen brengen. De vraag is dan natuurlijk wel waar de zorgcompetenties een verband mee hebben, met de sociale aanvaarding of de verandering in sociale beoordeling rond populariteit.

Verbanden tussen populariteit en welbevinden. In het onderzoek werd een positief verband tussen sociale aanvaarding en welzijn vooropgesteld op basis van het onderzoek van Litwack et al. (2012) en de Bruine et al. (2019). Er kan worden opgemerkt dat jongeren die meer leuk worden gevonden, en dus een hogere sociale aanvaarding hebben, vooral een hogere sociale zelfwaarde hebben. Jongeren die sociaal verworpen worden, hebben een lagere vriendschapscompetentie en sociale zelfwaarde. Er kunnen natuurlijk vragen worden gesteld over deze bevindingen, gezien dit gaat over verbanden tussen nauwverwante concepten. Door het uitblijven van uitgesproken verbanden op andere domeinen van zelfwaarde met de nominaties van adolescenten rond hun sociale aanvaarding of verwerping, is dit niet helemaal in lijn met onze verwachtingen. Echter kan er worden opgemerkt dat er vooral verbanden werden gevonden tussen de sociale populariteit en de zelfwaarde. Bij sociale populariteit werd een positief verband met zelfwaarde verwacht (De Bruyn & Van Den Boom, 2005; Litwack et al., 2012). Die verwachting kon door de resultaten wel volmondig worden bevestigd. Jongeren die

werden gezien als meer populair bezitten een hogere vriendschapscompetentie, een hogere sociale zelfwaarde en een hogere romantische aantrekking. Net zoals bij de sociale aanvaarding springt hier opnieuw de sociaal gekleurde kant van zelfwaarde eruit. Ook zijn er verbanden met een hogere schoolse competentie en meer atletische competentie. Wat wel opviel is dat jongeren die meer populair zijn een lagere gedragscompetentie hebben. Dit gaat concreet over het zich niet aan regels houden, zich niet schuldig voelen wanneer men iets fout doet, dingen doen waarvan de tiener weet dat hij of zij dit beter niet zou doen, en zich niet gedragen zoals wordt verwacht. Dit strookt met wat Mayeux et al. (2008) en Howke en Rieger (2013) aanhaalden. Zij linkten sociale populariteit immers aan agressiviteit op sociaal en relationeel vlak, bv. manipuleren en uitsluiten, delinquentie, maar ook met het nemen van meer gezondheidsrisicovol gedrag zoals roken, alcohol drinken en vroegere seksuele activiteit tijdens de adolescentie. Ons onderzoek lijkt hun bevindingen dus te bevestigen. Het niet-populair gevonden worden door leeftijdsgenoten hangt tot slot nog samen met een lagere zelfwaarde, wat verder wel in lijn lag met wat we vooropstelden in het onderzoek bij sociale aanvaarding. De resultaten wijzen dus wel op verbanden tussen populariteit en welzijn, maar wij hadden deze vooral voorzien bij sociale aanvaarding en in mindere mate bij sociale populariteit.

Mediatieverbanden. Op basis van de evidentie voor elk van de voorgaande bivariate verbanden werd mediatie vermoed tussen de verschillende concepten. Er werd verwacht dat wie hoog scoort op zorgcompetenties, een hogere sociale aanvaarding zal hebben en van daaruit een hoger welbevinden zal hebben. Verder voorspelden we dat falen in zorg zou samen hangen met een hogere sociale populariteit en vervolgens met een lager welbevinden. Echter, zoals voorafgaand al kon worden gelezen, zijn er tegen de verwachtingen in weinig verbanden via sociale aanvaarding. De voorspelling dat jongeren met betere zorgcompetenties hebben een hoger welzijn wordt opnieuw bevestigd, maar dit vooral door de directe invloed tussen beiden. Er is geen mediatie door sociale aanvaarding op te merken. Ook de verwachting dat falen in zorg zou samenhangen met een hogere sociale populariteit en vervolgens een lager welbevinden gaat niet op. Hoewel er kleine partiële mediaties werden opgemerkt bij het falen van jongeren in zorg ontvangen en zelfzorg, zal dit falen samenhangen met meer nominaties met minst

populair. De jongeren in deze situatie houden er weldegelijk een lager welbevinden op na, maar dus niet omdat ze meer populair worden gevonden.

De mediaties die bevestigd werden bij de jongeren verlopen allemaal stuk voor stuk via sociale populariteit en niet via sociale aanvaarding. Echter lijkt de evidentie voor mediatie klein. Dat wil zeggen dat het onderzoek vooral evidentie vond voor de rechtstreekse verbanden tussen zorgcompetenties en welbevinden bij jongeren.

Praktische en Klinische Implicaties

De praktische en klinische implicaties van dit onderzoek zijn erg goed herkenbaar en implementeerbaar binnen de klinische praktijk. Gedurende mijn stage binnen een psychiatrisch ziekenhuis, op de afdeling jeugd, was heel goed merkbaar dat jongeren aan het begin van hun opname sterk uitvielen op hun zorgcompetenties en erg veel faalden op vlak van zorg. Dit kwam bijvoorbeeld tot uiting in de moeilijkheden om zorg te vragen en ontvangen van begeleiders op momenten dat ze het moeilijk hadden, maar ook in het constructief voor zichzelf zorgen. Gedurende een opname wordt onbewust ingezet op meerdere aspecten van de zorgcompetenties zoals gezien bij Blömeke et al. (2015). Jongeren leren bewust te worden van hun behoeften en die van de ander. Ze leren waarom er een bepaalde nood is bij hen en hoe ze daarop kunnen inspelen op een adaptieve wijze door beroep te doen op de ander of op zichzelf. Dit houdt in dat er sterk wordt ingezet op het erkennen en herkennen van de eigen zorgbehoeften, dit binnen het grotere geheel dat hun proces omvat. Naarmate jongeren hun proces verder doorlopen valt vaak op dat ze beter leren omgaan met de stress die zij bij zichzelf ervaren. Hun zorgcompetenties groeien, maar ze leren ook beter omgaan met het falen ervan. Dit door enerzijds inzicht te krijgen in waarom ze hierop faalden door bijvoorbeeld psycho-educatie, maar ook anderzijds door alternatieven te leren wanneer ze falen. De resultaten van dit onderzoek geeft een bril om te kijken naar het verbeteringsproces van jongeren, maar geeft ook handvaten om jongeren in opname beter te begeleiden of om hun proces te kunnen evalueren. Het valt op dat jongeren die tegen hun ontslag aankijken een hele ommezwaai hebben gemaakt op vlak van hun zorgcompetenties. Het helpt deze jongeren weerbaarder te maken in het leven en op lange termijn hun welzijn te bevorderen. Als we zien dat het

falen in zelfzorg het sterkste verband heeft met de globale zelfwaarde, ligt hier de grootste troef als we de weerbaarheid van jongeren willen bevorderen, zij het binnen een klinische setting, of binnen een proactieve training voor jongeren op de middelbare school. Gezien de resultaten lijkt dit vooral een meerwaarde te zijn voor de niet-populaire jongeren, al lijkt dit hoe dan ook voor iedere jongere een troef.

Sterktes en Beperkingen van het Onderzoek

Binnen dit onderzoek is de grootte van de steekproef ongetwijfeld een sterkte. De respons betrof 434 leerlingen. Aangezien de steekproef van dergelijke omvang was, kan er worden besloten dat er genoeg power was om bepaalde verschillen in de populatie op te merken en de veronderstelde mediatis te toetsen. Aanvullend was een grote troef de diversiteit binnen de steekproef met betrekking tot geslacht, regionale, culturele en etnische achtergrond, onderwijstype en sociaal economische status. Nog een sterkte is de sociometrische bevraging van populariteit. Een nominatiemethode laat toe om op een snelle en efficiënte wijze zicht te krijgen op de sociale structuur binnen een groep (van Boxtel, 1992).

Vervolgens is het ook een meerwaarde om in het nieuwe onderzoeksterrein van zorgcompetenties onderzoek te doen. Zorgcompetenties zijn een vrij nieuw concept waarbij het volle potentieel nog moet worden ontdekt. Behalve Nguyễn Phước deed niemand voordien hiernaar onderzoek. Dit onderzoek kon op dat punt enkele van haar bevindingen herhalen en bevestigen. Toekomst zal uitwijzen op welke punten zorgcompetenties nog een rol spelen. Echter lijkt het tot nu toe alvast ook klinische relevantie te bezitten waardoor we op lange termijn het welzijn van jongeren kunnen bevorderen door in te zetten op hun zorgcompetenties. Ook Nguyễn Phước (2021) zag die meerwaarde reeds in en zette hiervoor al een beloftevolle training op in Vietnam. Aangezien we een groot deel van haar bevindingen konden bevestigen lijkt er ook klinisch potentieel te zitten in gelijkaardige training voor Vlaamse jongeren.

Naast de sterktes, kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Één daarvan is dat, naast de sociometrische bevraging van populariteit, alle variabelen in zelfrapportage worden afgenomen. Eventueel zou het interessant zijn om, naast de zelfrapportage,

bijvoorbeeld de ouders van de leerlingen te vragen hoe zij hun kind ervaren op vlak van zorgcompetenties. Dit kan eventueel een meerwaarde zijn in verder onderzoek. Bovendien kan er mogelijks zo ook worden nagegaan hoe ouders hun kinderen kunnen helpen om hun zorgcompetenties te bevorderen. Eventueel kunnen er ook verbanden worden opgemerkt tussen de zorgcompetenties van de ouders en hun kinderen.

Een andere beperking is dat de data slechts op één meetmoment werden verzameld. Cross-sectioneel onderzoek laat niet toe om causale conclusies te trekken, omdat we de richting van de verbanden niet kunnen bevestigen. Een eventueel alternatief zou hier zijn om een longitudinaal onderzoek te doen waarbij evoluties kunnen worden vastgesteld. Dit al dan niet met een experimentele opzet waarbij een groep een training krijgt en een controle groep niet om te kijken of zowel zorgcompetenties als welzijn kunnen worden bevorderd. Nguyễn Phước (2021) deed in haar onderzoek op deze manier al een randomized controlled trial. Door de interventie in haar experiment beoogde ze het bevorderen van de zorgcompetenties en het minimaliseren van het falen ervan. De experimentele groep werd vergeleken met een controle groep. Het effect zowel verbeterde zorgcompetenties als op levenstevredenheid werd hierbij bevestigd.

Een laatste beperking is dat er mogelijks bedenkingen kunnen opgeworpen worden over de gevonden samenhang tussen sociale populariteit en sociale metingen uit zelfwaarde. Mogelijks is er veel overlap tussen de beide concepten waardoor de conceptvaliditeit in het gedrang komt. Wanneer er samenhang wordt bekeken tussen twee nauw gerelateerde concepten, ligt de samenhang van nature hoger en kan dit een effect hebben op de betrouwbaarheid van de conclusies.

Suggesties voor Verder Onderzoek

Verder onderzoek zou kunnen nagaan welke andere factoren nog meespelen bij het welzijn van jongeren naast zorgcompetenties. Het klinische belang om welzijn en/of zelfwaarde van adolescenten te bevorderen is hierbij voor de hand liggend. Daarnaast kan het ook interessant zijn om na te gaan waarom populariteit en zorgcompetenties in mindere mate samenhangen. Dit was een onderzoeksresultaat die onze voorspellingen niet volgde. Eventueel kan zo worden bepaald hoe we sociale aanvaarding onder jongeren

kunnen beïnvloeden. Dit kan relevant zijn wanneer we het sociale klimaat in scholen proactief willen optimaliseren. Echter kon dit onderzoek geen sluitend antwoord geven op de vraag wat bepaalt of iemand al dan niet leuk wordt gevonden.

Een andere piste die interessant zou kunnen zijn om na te gaan is of er sprake zou kunnen zijn van andere mediators tussen zorgcompetenties en welzijn. Hierbij zouden copingvaardigheden, emotieregulatiestrategieën of behoeftebevrediging eventuele suggesties kunnen zijn (Nguyễn Phước, 2021).

Tot slot zou ook een longitudinaal of experimentele proefopzet meer in detail het effect tussen zorgcompetenties en welbevinden kunnen nagaan. Eventueel kunnen ook andere variabelen hierbij worden opgenomen of kan er een training worden getest in een interventiestudie. Op die manier zou het directe verband tussen zorgcompetenties en welbevinden kunnen worden versterkt of genuanceerd.

Conclusie

Deze masterproef onderzocht het verband tussen zorgcompetenties, populariteit en welzijn, gecontroleerd voor geslacht en leeftijd. Hierbij vonden we sterke evidentie voor het directe verband tussen zorgcompetenties, maar ook het falen ervan, en welzijn van adolescenten analoog met de bevindingen van Nguyễn Phước (2021). Tegen alle verwachtingen in vonden we geen link tussen zorgcompetenties en sociale aanvaarding bij jongeren, maar wel met sociale populariteit. Betere zorgcompetenties zorgen ervoor dat iemand minder snel als niet populair wordt aanzien. Ook bij de link tussen populariteit en welzijn ligt het gewicht vooral in het kamp van de sociale populariteit. Sociale aanvaarding krijgt met andere woorden een veel kleinere rol toebedeeld dan er oorspronkelijk werd voorzien. De voorspelling van de mediatie kunnen we vervolgens ook niet hard maken. Populariteit zal geen brug vormen tussen zorgcompetenties en welzijn. De bevestiging dat het bezitten of falen van zorgcompetenties wel een directe link bezit met welzijn, geeft veel mogelijkheden om binnen de klinische praktijk het proces te begrijpen die jongeren afleggen wanneer ze in opname komen, om gericht mensen te trainen in deze competenties, of om het falen beter op te vangen. De rol die is weggelegd voor zorgcompetenties binnen de klinische praktijk is zo onmiskenbaar.

Referenties

- Ayala, E. E., Winseman, J. S., Johnsen, R. D., & Mason, H. R. (2018). U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Medical Education, 18*, 189. doi: 10.1186/s12909-018-1296-x
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barnet, B., Arroyo, C., Devoe, M., & Duggan, A. K. (2004). Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Archives Pediatric Adolescent Medicine, 158*, 262–268. doi: 10.1001/archpedi.158.3.262
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Blömeke, S., Gustafsson, J.-E., & Shavelson, R. J. (2015). Beyond dichotomies: Competence viewed as a continuum. *Zeitschrift für Psychologie, 223*, 3-13. doi: 10.1027/2151-2604/a000194
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of Attachment Theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210. doi: 10.1192/bjp.130.3.201
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradt, L., Pleysier, S., Put, J., Siongers, J., & Spruyt, B. (2019). *Jongeren in cijfers en letters 4 : bevindingen uit de JOP-monitor 4, de JOP-kindmonitor en de JOP-schoolmonitor 2*. Leuven: Acco.

- Cillessen, A. H., & Borch, C. (2006). Developmental trajectories of adolescent popularity: A growth curve modelling analysis. *Journal of Adolescence*, *29*, 935-959. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.05.005
- Cillessen, A. H., & Marks, P. E. (2011). *Popularity in the peer system: Conceptualizing and measuring popularity*. New York: Guilford.
- Cillessen, A. H., & Mayeux, L. (2004). From censure to reinforcement: Developmental changes in the association between aggression and social status. *Child Development*, *75*, 147-163. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00660.x
- Coie, J. D., Coppotelli, H., & Dodge, K. A. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, *18*, 557-570. doi: 10.1037/0012-1649.18.4.557
- Crone, E., & Dahl, R. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, *13*, 636-650. doi: 10.1038/nrn3313
- Davis, M. H. (2018). *Empathy: A social psychological approach*. New York: Routledge.
- Davis, T. (2019). What is well-being? Definition, types, and well-being skills. *Psychology Today*. Online geraadpleegd op <https://www.psychologytoday.com/us/blog/click-here-happiness/201901/what-is-well-being-definition-types-and-well-being-skills>
- de Bruine, M., Giletta, M., Denissen, J. J., Sijtsema, J. J., & Oldehinkel, A. J. (2019). A healthy peer status: Peer preference, not popularity, predicts lower systemic inflammation in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, *109*, 104402. doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.104402
- De Bruyn, E. H., & Van Den Boom, D. C. (2005). Interpersonal behavior, peer popularity, and self-esteem in early adolescence. *Social Development*, *14*, 555-573. doi: 10.1111/j.1467-9507.2005.00317.x
- DPG Media NV. (2018). *Over Rode Neuzen Dag*. Online geraadpleegd op 8 augustus, 2020, van Rode Neuzen Dag: <https://www.rodeneuzendag.be/over-rode-neuzen-dag>

- Eisenberger, N. I., Moieni, M., Inagaki, T. K., Muscatell, K. A., & Irwin, M. R. (2017). In sickness and in health: the co-regulation of inflammation and social behavior. *Neuropsychopharmacology*, *42*, 242-253. doi: 10.1038/npp.2016.141
- Fasick, F. A. (1984). Parents, peers, youth culture and autonomy in adolescence. *Adolescence*, *19*, 143. Online geraadpleegd op 10 augustus, 2020, van ProQuest: <https://search.proquest.com/openview/2db11456445978b48ef09f7774d83400/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819054>
- Galván, A., Spatzier, A., & Juvonen, J. (2011). Perceived norms and social values to capture school culture in elementary and middle school. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *32*, 346-353. doi: 10.1016/j.appdev.2011.08.005
- Gastmans, C. (2006). *The care perspective in healthcare ethics. Essentials of teaching and learning in nursing ethics*. London: Livingstone.
- Gerace, A. (2020). Roses by other names? Empathy, sympathy, and compassion in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*, 736-744. doi: 10.1111/inm.12714
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Londen: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*, 6-41. doi: 10.1111/bjc.12043
- Hamington, M., & Sander-Staudt, M. (2011). *Applying care ethics to business*. New York: Springer.
- Harter, S. (2012). *Self-Perception Profile for Adolescents: Manual and questionnaires*. Denver: University of Denver: Arts, Humanities & Social Sciences, Department of Psychology.
- Harvey, M., & Byrd, M. (1998). The relationship between perceptions of self-esteem, patterns of familial attachment, and family environment during early and late phases of adolescence. *International Journal of Adolescence and Youth*, *7*, 93-111. doi: 10.1080/02673843.1998.9747815
- Hawke, S. & Rieger, E. (2013) Popularity, likeability, and risk-taking in middle adolescence. *Health*, *5*, 41-52. doi: 10.4236/health.2013.56A3007.

- Held, V. (2006). Feminist moral inquiry and the feminist future. In V. Held (Ed.), *Justice and care: Essential readings in feminist ethics* (pp. 153–176). New York: Routledge.
- Hollingshead, A. (1975). *Two factor index of social position*. New Haven: Hollingshead.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child- clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 599-610. doi: 10.1037//0022-006X.65.4.599
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research, 91*, 301-315. doi: 10.1007/s11205-008-9346-0
- IPS. (2018, 10 oktober). Helft van psychische aandoeningen ontstaat tijdens puberteit. *Knack*. Online geraadpleegd op 8 augustus, 2020, van https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/helft-van-psychische-aandoeningen-ontstaat-tijdens-puberteit/articlenormal1377997.html?cookie_check=1596926479
- Jiang, X. L., & Cillessen, A. H. (2005). Stability of continuous measures of sociometric status: A meta-analysis. *Developmental Review, 25*, 1–25. doi: 10.1016/j.dr.2004.08.008
- Kenny, D.A. (2021). Mediatie. Online geraadpleegd op 19 juli 2021, van <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm#EX>
- Kickbusch, I. (1989). Self-care in health promotion. *Social Science & Medicine, 29*, 125-130. doi: 10.1016/0277-9536(89)90160-3
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy, 48*, 778-792. doi: 10.1016/j.beth.2017.06.003
- Leininger, M. M. (1988). *Caring: an essential human need*. Detroit: Wayne State University Press.

- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American statistical Association*, 83, 1198-1202. doi: 10.1080/01621459.1988.10478722
- Litwack, S. D., Aikins, J. W., & Cillessen, A. H. (2012). The distinct roles of sociometric and perceived popularity in friendship: Implications for adolescent depressive affect and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 32, 226-251. doi: 10.1177/0272431610387142
- Lucktong, A., Salisbury, T. T., & Chamrathirong, A. (2018). The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23, 235-249. doi: 10.1080/02673843.2017.1330698
- MacKinnon, D.P., Krull, J.L., & Lockwood, C.M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 1(4), 173–181. doi: 10.1023/a:1026595011371
- Makransky, J., & Dodson-Lavelle, B. (2014, 18 september). Embodying care: Three practices that help us receive, develop, and extend care. *Mind & Life Institute*. Online geraadpleegd op 21 oktober, 2019, van <https://www.mindandlife.org/embodying-care/>
- Mayeux, L., Sandstrom, M. J., & Cillessen, A. H. (2008). Is being popular a risky proposition? *Journal of Research on Adolescence*, 18, 49-74. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00550.x
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13, 1-14. doi: 10.1097/00012272-199009000-00002.
- Nederlands Jeugdinstituut (2021). Databank Instrumenten. Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA). Geraadpleegd op 5 juli 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Competentie-belevingsschaal-voor-Adolescenten-\(CBSA\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Competentie-belevingsschaal-voor-Adolescenten-(CBSA))

- Nguyễn Phước, C. T., Beyers, W., & Valcke, M. (2020a). Care competencies in adolescents: Development of a new measure and relationships with well-being. *Current Psychology*. doi: 10.1007/s12144-019-00603-4
- Nguyễn Phước, C. T., Beyers, W., & Valcke, M. (2020b). *Care competencies and failures predicting adolescents' adjustment: The underlying role of basic psychological needs and coping styles*. Ongepubliceerd manuscript. Universiteit Gent, België.
- Nguyễn Phước, C. T. (2021). *A pedagogy of care and well-being of Vietnamese adolescents*. Ghent University. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ghent, Belgium.
- Noddings, N. (2005). *The challenge to care in schools: An alternative approach to education*. New York: Teachers College Press.
- Owens, G., Crowell, J. A., Pan, H., Treboux, D., O'Connor, E., & Waters, E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 216-233. doi: 10.2307/1166180
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389. doi: 10.1037/0033-2909.102.3.357
- Parkhurst, J. T., & Hopmeyer, A. (1998). Sociometric popularity and peer-perceived popularity: Two distinct dimensions of peer status. *The Journal of Early Adolescence*, 18, 125-144. doi: 10.1177/0272431698018002001
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (2001). *Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests*. Online beschikbaar op <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>.
- Prinstein, M. J., Rancourt, D., Adelman, C. B., Ahlich, E., Smith, J., & Guerry, J. D. (2018). *Peer status and psychopathology*. New York: Guilford.
- Prodia (2015). Algemeen Diagnostisch Protocol. De sociaal-emotionele ontwikkelingstaken per leeftijdsgfase. Geraadpleegd op 28 juli 2021, van <https://www.prodiagnostiek.be/>

- Prodia (2019). Competentie-belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA). Geraadpleegd op 5 juli 2021, van <https://www.prodiagnostiek.be/>
- Riggio, R. E., Throckmorton, B., & Depaola, S. (1990). Social skills and selfesteem. *Personality and Individual Differences, 11*, 799-804. doi: 10.1016/0191-8869(90)90188-W
- Rogosa, D.R., & Willett, J.B. (1983). Demonstrating the reliability of the difference score in the measurement of change. *Journal of Educational Measurement, 20*, 335-343. Geraadpleegd op 12 juli 2021 van <https://www.jstor.org/stable/1434950>
- Roisman, G. I., Collins, W. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2005). Predictors of young adults' representation of and behavior in their current romantic relationship: Prospective tests of the prototype hypothesis. *Attachment and Human Development, 7*, 105-121. doi: 10.1080/14616730500134928
- Rose, A. J., Swenson, L. P., & Waller, E. M. (2004). Overt and relational aggression and perceived popularity: Developmental differences in concurrent and prospective relations. *Developmental Psychology, 40*, 378-387. doi: 10.1037/0012-1649.40.3.378
- Ross, A. M., Hart, L. M., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2012). Development of key messages for adolescents on providing basic mental health first aid to peers: a Delphi consensus study. *Early Intervention in Psychiatry, 6*, 229-238. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00331.x
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford.
- Schreurs, P. J., van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. (1993). *UCL | Utrechtse Coping Lijst*. Online geraadpleegd op 25 februari, 2020, van Pearson: <https://www.pearsonclinical.nl/ucl-utrechtse-coping-lijst>

- Somerville, L. H. (2013). The teenage brain: Sensitivity to social evaluation. *Current Directions in Psychological Science*, 22, 121–127. doi: 10.1177/0963721413476512
- Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology*, 27, 649–669. doi: 10.1177/0038038593027004006
- Treffers, A., Goedhart, A., Van den Bergh, B., Veerman, J., Ackaert, L., & de Rycke, L. (2002). *CBSA | Competentie-Belevingsschaal voor Adolescenten*. Online geraadpleegd op 31 juli, 2020, van Pearson: <https://www.pearsonclinical.nl/cbsa-competentie-belevingsschaal-voor-adolescenten>
- Tsay, S.-L., & Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 245-251. doi: 10.1016/S0020-7489(01)00030-X
- van Boxtel, H. (1992). *Sociometrische status in de adolescentie. Een correlatieve studie bij 12- tot 15-jarigen in het algemeen vormend onderwijs*. (Uitgegeven doctoraatsstudie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nederland).
- van den Berg, Y. H. M. (2009). *Interpersonal distance and peer relations: A longitudinal field experiment* (Ongepubliceerde masterproef, Behavioural Science Institute, Radboud University Nijmegen, Nederland).
- Varlinskaya, E. I., & Spear, L. P. (2008). Social interactions in adolescent and adult Sprague–Dawley rats: Impact of social deprivation and test context familiarity. *Behavioural Brain Research*, 188, 398–405. doi: 10.1016/j.bbr.2007.11.024
- Verschueren, K., & Marcoen, A. (1999). Representation of self and socioemotional competence in kindergartners: Differential and combined effects of attachment to mother and to father. *Child Development*, 70, 183-201. doi: 10.1111/1467-8624.00014
- Vlaamse Jeugdraad. (2017). *Psychisch welzijn bij jongeren*. Online geraadpleegd op 8 augustus, 2020, van Vlaamse Jeugdraad: <http://www.vlaamsejeugdraad.be/psychischwelzijn/>
- Vlaamse Overheid. (n.d.). *Welbevinden: Je weet bij wie je terecht kan voor een gesprek wanneer je daar nood aan hebt*. Online geraadpleegd op 8 augustus, 2020, van

- Vlaams Jeugd- en Kinderrechtenbeleidsplan: <http://www.jkp.vlaanderen/16plus/welbevinden.html>
- Wang, A., Peterson, G. W., & Morphey, L. K. (2007). Who is more important for early adolescents' developmental choices? Peers or parents? *Marriage & Family Review, 42*, 95-122. doi: 10.1300/J002v42n02_06
- Werner, N. E., & Crick, N. R. (1999). Relational aggression and social-psychological adjustment in a college sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 615-623. doi: 10.1037/0021-843X.108.4.615
- Wisdom, J. P., & Agnor, C. (2007). Family heritage and depression guides: Family and peer views influence adolescent attitudes about depression. *Journal of Adolescence, 30*, 333-346. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.04.001
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 314-321. doi: 10.1037/0022-3514.50.2.314
- World Health Organization. (2019, 23 oktober). *Adolescent mental health*. Online geraadpleegd 8 augustus, 2020, van World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Wouters, P. (2019). *Het belang van verschillende landenculturen*. Interview met professor Geert Hofstede. Online geraadpleegd op 31 juli 2021 van <http://www.nbu.be/index.php/culturele-verschillen-belgie-nederland-geert-hofstede-paul-wouters-onzekerheidsvermijding-machtafstand-masculiniteit-individualisme/>
- Zimmerman, D. W., Williams, R. H., & Zumbo, B. D. (1993). Reliability of measurement and power of significance tests based on differences. *Applied Psychological Measurement, 17*, 1-9. doi: 10.1177/014662169301700101

Bijlagen

Bijlage 1. Brief gericht aan de scholen

Bijlage 2. COVID-19 handleiding voor afname

Bijlage 3. Actief informed consent

Bijlage 4. Vragenlijst voor jongeren

Bijlage 1



VAKGROEP ONTWIKKELINGS-,
PERSOONLIJKHEIDS EN SOCIALE
PSYCHOLOGIE
ONDERZOEKSGROEP
ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE

naam directeur
adres school

Wim Beyers
hoogleraar

E Wim.Beyers@UGent.be
T +32 9 264 64 20

Campus FPPW
Henri Dunantlaan 2
9000 Gent
België

www.vopspsy.ugent.be

DATUM
22 juni 2021

ONS KENMERK
Zorgcompetenties en populariteit bij jongeren

Geachte ...,

Naar aanleiding van onze masterproef zijn wij op zoek naar leerlingen in het middelbare onderwijs.

Ons onderzoek heeft als doel na te gaan of en hoe zorgcompetenties van jongeren (zorg geven aan anderen, zelf zorg kunnen ontvangen, zorgen voor jezelf) bijdraagt aan de populariteit van jongeren in de school. Om dit te meten vragen wij de toestemming om vragenlijsten te mogen afnemen binnen uw onderwijsinstelling. De vragenlijst is samengesteld uit gevalideerde vragenlijsten die specifiek ontworpen zijn voor jongeren en zal ongeveer 30 à 40 minuten in beslag nemen. De verzamelde gegevens zullen strikt vertrouwelijk en anoniem worden gebruikt. Voor meer informatie kunt u contact met ons opnemen via Imartvda.vandamme@ugent.be of telefonisch op het nummer +32 492/93.33.44.

Graag hadden wij om de medewerking van leerlingen uit uw school verzocht.

Laura Van Damme, [uw link met de school](#), zal in de komende dagen contact met U opnemen om ons verzoek toe te lichten en eventueel een afspraak te maken om de praktische kant van de zaak te bespreken. Indien mogelijk zouden we het onderzoek willen laten doorgaan in januari 2021, eventueel online.

Door Corona is het natuurlijk niet evident om data te verzamelen voor onze masterproef, en zeker in scholen is dit een uitdaging. Daarom werkten wij een procedure uit met duidelijke instructies voor begeleidende leerkrachten en voor de deelnemende jongeren (zie hieronder).

Wij zijn er ons zeker van bewust dat dergelijke vragen in een school niet altijd gelegen komen. Het is dan ook steeds onze bekommernis om dergelijke onderzoeksessies op zo'n wijze te laten verlopen dat ze het normale schoolgebeuren zo weinig mogelijk storen. In de regel lukt dat ook, tot tevredenheid van de school en natuurlijk van de onderzoekers die de verzamelde gegevens nodig hebben voor hun studie.

In de hoop dat U Laura Van Damme - en ook ons - kunt helpen, tekent met dank bij voorbaat en

Met de meeste hoogachting,



Prof. Dr. Wim Beyers



Bijlage 2



[VAKGROEP ONTWIKKELINGS-,
PERSOONLIJKHEIDS EN SOCIALE
PSYCHOLOGIE
ONDERZOEKSGROEP
ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE](#)

TOELICHTING AFNAME VRAGENLIJST

In wat volgt wordt de procedure voor de afname van de vragenlijsten overlopen. Ten eerste wordt aan de deelnemers van het onderzoek een geïnformeerde toestemming en vragenlijst uitgedeeld door de begeleidende leerkracht/zorgcoördinator/directielid. In het andere geval (*van toepassing bij digitale afname*) ontvangen de deelnemers een inlogcode om toegang te krijgen tot de vragenlijst. Het is belangrijk om deze code goed bij te houden, opdat men de vragenlijst zou kunnen hernemen na onderbreken

Er wordt voor het invullen van deze documenten expliciet aan de leerlingen gevraagd om:

- (1) de geïnformeerde toestemming grondig te lezen en te ondertekenen;
 - (2) de uitleg over het onderzoek en de aard van de vragen op p.1 van de vragenlijst door te nemen;
 - (3) de vragen zo eerlijk en open mogelijk te beantwoorden;
 - (4) alle vragen achtereenvolgens te beantwoorden;
 - (5) geen vragen open te laten;
 - (6) bij elke vraag slechts één antwoord aan te duiden;
 - (7) de geïnformeerde toestemming en vragenlijst na het invullen terug aan de leerkracht te bezorgen.
- Geef samen met de vragenlijst ook een klaslijst met namen en nummers van de leerlingen in de klas aan elke leerling. Die hebben ze nodig om de vragen rond populariteit te beantwoorden.
 - Probeer bij vragen van leerlingen beknopt te blijven en enkel betekenis van woorden te verduidelijken indien nodig. Suggereer zeker geen antwoord.
 - De leerlingen krijgen voldoende tijd om de vragenlijst in te vullen. Één lesuur zal zeker volstaan.
 - De begeleidende persoon verzamelt de **geïnformeerde toestemmingen en vragenlijsten**, samen met één klaslijst in één doos/omslag die na afloop dient te worden **dichtgeplakt** om de vertrouwelijkheid van de antwoorden en de anonimiteit van de jongeren te waarborgen.
 - Na afloop van het onderzoek kan contact opgenomen met Laura Van Damme (zie hierboven) voor een afspraak om de ingevulde vragenlijsten op te halen.

Alvast bedankt voor uw bijdrage aan dit onderzoek!
Met vriendelijke groeten

Laura Van Damme
Master of Science in de klinische psychologie
Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen
Universiteit Gent



Bijlage 3



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie

Informed Consent – Toestemming deelname aan het onderzoek

Ik, ondergetekende,....., verklaar hierbij,

- (1) dat ik de uitleg over het onderzoek op de brief bij de vragenlijst heb gelezen
- (2) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om bijkomende informatie te bekomen
- (3) dat ik uit vrije wil deelneem aan dit onderzoek
- (4) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten
- (5) dat ik de toestemming geef aan de onderzoekers om de resultaten van het onderzoek op vertrouwelijke wijze te verzamelen en te bewaren, en anoniem te verwerken en rapporteren. Dat ik weet dat mijn gegevens enkel zullen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

Bijlage 4



[VAKGROEP ONTWIKKELINGS-,
PERSOONLIJKHEIDS EN SOCIALE PSYCHOLOGIE](#)

ONDERZOEKSGROEP
ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE

Beste jongere

Voor onze masterproef doen wij een onderzoek naar zorgcompetenties bij jongeren. **Zorgcompetenties**, dat gaat over voor jezelf kunnen zorgen, voor anderen kunnen zorgen, en hulp en zorg van anderen kunnen ontvangen. Die anderen, dat zijn de mensen in jouw nabije omgeving (ouders, broers, zussen, vrienden, vriendinnen, etc.).

In de vragenbundel zullen eerst een aantal algemene vragen gesteld worden omtrent jezelf en je gezin. Daarna volgen een aantal onderdelen die via stellingen worden bevraagd. Sommige stellingen zijn langer en kan je best twee keer lezen alvorens te beantwoorden. Het is aan jou om **aan te duiden in welke mate je akkoord gaat met de stellingen door een cijfer te omcirkelen**. Tot slot volgt ook een onderdeel met vragen die enkel gaan over jouw medeleerlingen zodat we inzicht krijgen in de relaties tussen jongeren van jouw leeftijd.

In de vragenbundel is het belangrijk om telkens goed de uitleg te lezen bij de lijst. Zo krijg je een duidelijk kader van wat het onderdeel juist bevraagt. Ook is het zo dat niet alles op eenzelfde manier wordt bevraagd, of op eenzelfde manier gescoord moet worden.

Graag vragen we ook om de antwoorden **eerlijk** in te vullen. Enkel wanneer de vragen eerlijk worden beantwoord is de vragenlijst bruikbaar. Alle gegevens worden **anoniem** bewaard en verwerkt, wat wil zeggen dat geen namen worden vermeld bij het rapporteren van de data in onze masterproef. Ook worden de antwoorden die je geeft niet doorgegeven aan anderen.

Alvast enorm bedankt voor jullie medewerking!

Laura Van Damme

Yousra Achbari

Prof. Dr. Wim Beyers



ACHTERGRONDGEGEVENS

Vul de volgende gegevens aan:

Datum vandaag: (dd /mm / jxxx)
Geboortedatum (niet 2021!): (dd /mm / jxxx)
Leeftijd:
Klas (bv. 5 EcWi of zo)
Klasnummer (zie op klaslijst!)

Wat is je **geslacht**? Duidt op onderstaande lijn met een kruisje aan of je jezelf eerder een meisje of vrouw voelt, of eerder een jongen of man. Iets daartussenin kan natuurlijk ook. **Ik voel mij...**

een meisje _____ een jongen

Omcirkel het cijfer bij het antwoord dat voor jou geldt of het beste bij jou past (of vul aan):

1. Gezinsstructuur:
 - 1 Mijn ouders wonen samen
 - 2 Mijn ouders zijn gescheiden
 - 3 Eén van mijn ouders is overleden
 - 4 Andere, namelijk.....

2. Ik heb broers en/of zussen. (Vul het aantal in).

3. Ik ben de:
 - 1 Jongste
 - 2 Oudste
 - 3 Middelste
 - 4 Andere, namelijk.....

4. In het **middelbaar onderwijs** volg ik...
 - 1 Algemeen Secundair Onderwijs (ASO)
 - 2 Technisch Secundair Onderwijs (TSO)
 - 3 Beroeps Secundair Onderwijs (BSO)
 - 4 Kunst Secundair Onderwijs (KSO)
 - 5 Andere, namelijk.....

5. Ik ga naar school in...
 - 1 Een dorp
 - 2 Een stad

6. Mijn school is...
- 1 Een katholieke school
 - 2 Aan een andere godsdienst gebonden, namelijk.....
 - 3 Een gemeenschapsschool
 - 4 Een methodeschool
7. Mijn schoolresultaten zijn
- 1 erg goed
 - 2 goed
 - 3 gemiddeld
 - 4 matig
 - 5 slecht

8. **Nationaliteit of afkomst:** Zet 1 kruisje in elke kolom (of vul aan):

	Welke nationaliteit heb jij ?	Welk is de afkomst van je moeder ?	Welk is de afkomst van je vader ?
Belgisch			
Frans			
Nederlands			
Marokkaans			
Italiaans			
Turks			
Andere, nl.			

9. **Opleiding en werktoestand:** Omcirkel telkens voor jouw moeder, jouw vader en jezelf het meest passende antwoord.
(Hollingshead Index of Social Position; Hollingshead, A., 1957)

a. Wat is het hoogst behaalde diploma van jouw **moeder**:

- 1 Geen diploma of lager onderwijs
- 2 Eerste cyclus van het secundair onderwijs (algemeen, technisch of beroepsonderwijs)
- 3 Tweede cyclus van het technisch of beroepsonderwijs
- 4 Tweede cyclus van het algemeen secundair onderwijs
- 5 Na volledige tweede cyclus secundair onderwijs: Eén of twee jaar specialisatie of hoger onderwijs zonder diploma
- 6 Hoger niet-universitair onderwijs
- 7 Hoger universitair onderwijs

b. Op dit moment is mijn **moeder**

- 1 Arbeider
- 2 Bediende
- 3 Zelfstandige vakman
- 4 Zelfstandig vrij beroep
- 5 Werkzoekende
- 6 In opleiding
- 7 Huisvrouw/huisman
- 8 Andere, namelijk

c. Wat is het hoogst behaalde diploma van **jouw vader**:

- 1 Geen diploma of lager onderwijs
- 2 Eerste cyclus van het secundair onderwijs (algemeen, technisch of beroepsonderwijs)
- 3 Tweede cyclus van het technisch of beroepsonderwijs
- 4 Tweede cyclus van het algemeen secundair onderwijs
- 5 Na volledige tweede cyclus secundair onderwijs: Eén of twee jaar specialisatie of hoger onderwijs zonder diploma
- 6 Hoger niet-universitair onderwijs
- 7 Hoger universitair onderwijs

d. Op dit moment is **mijn vader**...

- 1 Arbeider
- 2 Bediende
- 3 Zelfstandige vakman
- 4 Zelfstandig vrij beroep
- 5 Werkzoekende
- 6 In opleiding
- 7 Huisvrouw/huisman
- 8 Andere, namelijk

STATUS IN DE MAATSCHAPPIJ
(MacArthur Scale SSS- Youth Version; Goodman, E., 2001)

Hieronder krijg je twee scenario's. Lees deze aandachtig en volg de instructies die horen bij de scenario's.

1)

Instructies: Hieronder zie je een afbeelding van een ladder. Stel je voor dat deze ladder onze **maatschappij** weerspiegelt.

Bovenaan de ladder bevinden zich degene die het beste hebben in het leven; ze hebben het meeste geld, de hoogste scholingsgraad, de jobs die het meeste respect krijgen etc. **Onderaan** de ladder bevinden zich de mensen die er het slechts aan toe zijn; ze hebben het minste geld, weinig of geen scholing, geen job of jobs die niemand wil of niemand respecteert.

Denk nu aan **jouw eigen** gezin.

Waar denk je dat jouw gezin staat op deze ladder? Duidt met een kruisje de trede op de ladder aan waar **jouw gezin** staat.



2)

Instructies: Hieronder zie je een afbeelding van een ladder. Stel je voor dat onderstaande ladder een weerspiegeling is van **jouw school**.

Bovenaan de ladder bevinden zich de mensen van jouw school die het meest gerespecteerd zijn, de hoogste punten hebben en het hoogste aanzien hebben.

Onderaan de ladder bevinden zich de mensen van jouw school die niemand respecteert, met wie niemand wil omgaan en die de slechtste punten hebben.

Waar zou jij jezelf plaatsten op deze ladder? Duidt met een kruisje de laddertrede aan waar je **jezelf** zou plaatsen.



ZORGCMPETENTIES
(CCQA; Nguyễn Phước, Beyers en Valcke; 2020)

De volgende items bevatten stellingen die **menselijke zorgcompetenties** beschrijven. Duid het antwoord aan dat **jou het best beschrijft**.

	1	2	3	4	5	6
	Helemaal niet waar voor mij	Niet waar voor mij	Een beetje onwaar voor mij	Een beetje waar voor mij	Waar voor mij	Helemaal waar voor mij
1.					1	2 3 4 5 6
2.					1	2 3 4 5 6
3.					1	2 3 4 5 6
4.					1	2 3 4 5 6
5.					1	2 3 4 5 6
6.					1	2 3 4 5 6
7.					1	2 3 4 5 6
8.					1	2 3 4 5 6
9.					1	2 3 4 5 6
10.					1	2 3 4 5 6
11.					1	2 3 4 5 6
12.					1	2 3 4 5 6
13.					1	2 3 4 5 6
14.					1	2 3 4 5 6
15.					1	2 3 4 5 6

	1 Helemaal niet waar voor mij	2 Niet waar voor mij	3 Een beetje onwaar voor mij	4 Een beetje waar voor mij	5 Waar voor mij	6 Helemaal waar voor mij
16. "De mens is onvolmaakt", dus ik ben niet teleurgesteld in sommige van mijn slechte gewoontes; in plaats daarvan probeer ik ze te veranderen.	1	2	3	4	5	6
17. Als ik faal of me erg verdrietig voel, trek ik me vaak terug en heb ik het gevoel dat de hele wereld me in de steek laat.	1	2	3	4	5	6
18. Als ik iets fout doe, bekritiseer en haat ik mezelf.	1	2	3	4	5	6
19. Ik maak tijd voor mijn hobby's.	1	2	3	4	5	6
20. Ik pas mijn plannen zonder moeite aan wanneer een andere persoon in nood is.	1	2	3	4	5	6
21. Ik merk de vreugde en het verdriet van anderen op, zelfs als ze niks zeggen.	1	2	3	4	5	6
22. Als anderen problemen hebben, probeer ik mezelf in hun schoenen te plaatsen om hun noden te begrijpen.	1	2	3	4	5	6
23. Ik heb de neiging om mensen te beoordelen in plaats van hen proberen te begrijpen.	1	2	3	4	5	6
24. Ik voel me gelukkig als ik zie dat anderen gelukkig zijn.	1	2	3	4	5	6
25. Ik ben geraakt wanneer ik armoedige en bedelende mensen zie.	1	2	3	4	5	6
26. Ik ben jaloers wanneer anderen succes en geluk ervaren in hun leven.	1	2	3	4	5	6
27. Als mensen in mijn bijzijn huilen, voel ik vaak helemaal niets.	1	2	3	4	5	6
28. Ik besteed tijd aan mensen die hulp nodig hebben.	1	2	3	4	5	6
29. Als anderen lijden, doe ik mijn best om hen te helpen.	1	2	3	4	5	6
30. Als ik iemand zie die pijn of moeilijkheden heeft, loop ik weg.	1	2	3	4	5	6



Zelfwaardering
(Revised SPPA; Harter S., 1988)

De volgende vragen gaan over **hoe je jezelf ziet** en **wat je van jezelf vindt**. Het is de bedoeling dat je aangeeft in welke mate de volgende uitspraken jou goed beschrijven. Beantwoord de vragen aan de hand van onderstaande schaal.

	1 Helemaal niet waar voor mij	2 Eerder niet waar voor mij	3 Een beetje waar voor mij	4 Helemaal waar voor mij
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

1	2	3	4
Helemaal niet waar voor mij	Eerder niet waar voor mij	Een beetje waar voor mij	Helemaal waar voor mij

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 21. | Ik denk dat anderen gemakkelijk verliefd op mij worden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Ik ben meestal tevreden over hoe ik mij gedraag. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Ik heb geen echt goede vriend of vriendin om samen dingen met te ondernemen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Ik ben best tevreden met mezelf. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Ik vind het moeilijk om een antwoord te bedenken als de leraar iets vraagt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Ik ben populair bij mijn leeftijdsgenoten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Ik ben meteen goed in elke buitensport waar ik aan begin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Ik vind mezelf best aantrekkelijk. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Ik vind dat ik best grappig en interessant kan zijn op een feestje of als ik met iemand uitga. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Ik doe dingen waarvan ik weet dat ik ze niet zou moeten doen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Ik vind het moeilijk vrienden te maken die ik echt kan vertrouwen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Ik zou vaak liever iemand anders zijn. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Ik vind dat ik best intelligent bent. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Ik heb het gevoel dat ik door veel leeftijdsgenoten geaccepteerd word. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Ik vind mezelf niet sportief. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Ik ben tevreden met mijn uiterlijk. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Ik word haast nooit uitgenodigd door iemand die ik leuk vind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Ik gedraag me meestal zoals van mij verwacht wordt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Ik heb geen vriend of vriendin met wie ik heel persoonlijke gedachten kan delen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Ik ben best tevreden met hoe ik ben. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Jouw klasgenoten
(Peer Nomination; Werner & Crick, 1999)

Wij zijn geïnteresseerd in het begrijpen van relaties tussen jongeren van jouw leeftijd. Hieronder vind je **vragen die alleen maar gaan over medeleerlingen uit jouw klas**. We vragen je om **de nummers van de leerlingen op te schrijven die het best passen bij de vraag, van de lijst die je hebt gekregen achteraan de bundel**. Probeer bij elke vraag tenminste een aantal nummers van leerlingen op te schrijven. Geef aan wat je zelf denkt. **Je mag zoveel leerlingen noemen als je wilt, maar overleg niet met anderen**. De volgorde van de nummers is van **geen belang**.

1. Wie van jouw klas vind je het meest leuk?

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. Wie van jouw klas vind je het minst leuk?

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. Wie van jouw klas is het meest populair?

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

4. Wie van jouw klas is het minst populair?

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Zo, dat was het! Heel erg bedankt voor je tijd en medewerking. Mocht je nog opmerkingen hebben die je kwijt wil, kan je dat hieronder doen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt!

