



Hoe beleven ouders het ouderschap en welke zijn hun eerste vragen?

S. Rousseau, K. Van Leeuwen, K. Hoppenbrouwers, A. Desoete, J.R. Wiersema, H. Grietens

Achtergrond

Wanneer ouders een baby krijgen, brengt dit een aantal veranderingen met zich mee: een ander levensritme, het opnemen van een nieuwe rol, het aangaan van een relatie met het kind waardoor bestaande relaties met de partner of de eigen ouders gherdefinieerd moeten worden, en tal van aanpassingen van praktische aard (Belsky, Spanier, Rovine, 1983; Nyström & Öhring, 2004). Een geboorte wordt in de literatuur dan ook vaak omschreven als een 'overgangperiode', dus een wijziging van de situatie waarin een gezin zich tot dan toe bevond. Dit is zeker het geval bij een eerste kind maar geldt in zekere mate voor elke nieuwe geboorte.

De hierboven genoemde veranderingen gaan gepaard met aanpassingen in gedachten, gevoelens en gedragingen van ouders, zowel naar zichzelf als naar relaties met anderen. De manier waarop ouders deze transitieperiode ervaren, kan sterk variëren en hangt af van een veelheid aan factoren

(Kaitz, 2007; Nyström & Öhring, 2004):

- leeftijd, opleidingsniveau, beroepssituatie, gezondheid, persoonlijkheid, de pre- en perinatale omstandigheden (individuele variabelen). Baartman (1996) vernoemt in dit verband ook de verwachtingen van de ouder rond
 - (a) Welke plaats en rol dichten ouders het kind toe in hun eigen leven?, en
 - (b) Hoe groot moet de bijdrage van het kind aan het eigen 'goede leven' van de ouder zijn?
- gezinsvorm, partnerrelatie, sociaal-economische situatie, gezondheidsproblemen of spanningen in het gezin (gezinsvariabelen)
- sociale steun (sociale variabelen)
- de specifieke noden van het pasgeboren kind (die voor alle kinderen anders zijn) en de 'fit' met de aanpak(ken) van ouders, ziekte van de baby, overmatig huilgedrag (kindvariabelen).

Wat zegt eerder onderzoek over deze veranderingen in gedachten, gevoelens en gedrag? Uit een literatuuroverzicht naar ervaringen van het ouderschap gedurende het eerste levensjaar van een baby, komt het 'overweldigd zijn' als overkoepelend thema naar voor (Nyström, & Öhring, 2004). Onderzoek wijst verder uit dat deze periode van verandering bij elke ouder gepaard gaat met gemengde gevoelens (Dahlen, Barclay, & Homer, 2010). Enerzijds ervaren ouders gevoelens van liefde voor hun nieuwe kind. Anderzijds ervaren vele moeders minder erkende gevoelens bij bijvoorbeeld de veranderingen in hun lichaam, in de oorspronkelijke intimiteit met hun partner, in hun sociale leven, etc. Ook gevoelens van onzekerheid worden door vele ouders als minder aangenaam ervaren (Vliegen, 2006).

Ondanks deze gemengde gevoelens, zal het merendeel van de ouders vlot door de aanpassingsperiode komen. Echter, wanneer het de ouder(s) niet lukt om zich aan te passen aan de veranderde situatie, of wanneer er een onevenwicht is tussen de eisen van de nieuwe situatie en de mogelijkheid om eraan te beantwoorden, leidt dit tot gevoelens van stress (Lazarus, 1996). In sommige situaties is er sprake van eenzijdig negatieve gevoelens, die gepaard kunnen gaan met niet in te lossen verwachtingen (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010).

Onderzoek naar de beleving van het ouderschap over een pasgeboren kind richt zich vooral op problematische belevingen bij kwetsbare ouders/kinderen (Hoffenaar, van Balen, & Hermanns, 2010). In deze Feiten & Cijfers rapporteren we over een bevraging van zowel positieve als negatieve gevoelens van ouders van kinderen in hun eerste levensjaar. Inzicht in hoe ouders hun prille ouderschap beleven is belangrijk omdat deze belevingen de ouder-kind relatie en de ontwikkeling van het kind kunnen beïnvloeden. Sensitiviteit voor het beleven van jong ouderschap draagt ertoe bij dat — indien dat nodig zou zijn, bijvoorbeeld in een situatie waarin de opvoedingsstress zeer hoog is — met de ouders tijdig kan gezocht worden naar de meest passende ondersteuning.

Een belangrijke taak voor professionelen in de gezondheidszorg is het herkennen van factoren die kunnen bemmeren dat ouders hun kind voorzien van een veilige, ondersteunende en liefdevolle omgeving (Salonen, Kautonen, Astedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho, & Tarkka, 2010). Informatie over de beleving van ouders kan hulpverleners in eerstelijnsvoorzieningen helpen om eventuele problemen in de ouderschapsbeleving sneller te detecteren, aan te pakken binnen een ruimer kader van verhoogde opvoedingsstress of door te verwijzen. Met het oog op een performante werking van een getrapte zorg is het essentieel dat deze signalen goed worden herkend in een eerstelijnsdienst zoals Kind & Gezin. Een adequate inschatting van de ouderschapsbeleving is immers de basis voor preventie en voor een eventueel passend ondersteuningsaanbod.

Onderzoeksvragen

Ouderschapsbeleving in het eerste levensjaar staat centraal in deze studie. We doen verslag van een onderzoek in Vlaanderen over de beleving bij ouders van een acht maanden oude baby. Daarnaast is gevraagd naar zaken die ouders als problematisch ervaren met betrekking tot de gezondheid, de ontwikkeling, het gedrag en de opvoeding van hun baby en naar de steun die zij ondervinden bij het zoeken naar oplossingen en antwoorden.

We stelden volgende onderzoeksvragen:

- Welke gevoelens ervaren ouders met een kind van acht maanden oud bij het ouderschap?
- Op welke domeinen ervaren ouders met een kind van acht maanden oud (de meeste) problemen?
- Bij wie zoeken ouders steun en oplossingen voor de ervaren problemen?

Methode

Deze studie is onderdeel van JOnG!, een onderzoek naar ontwikkeling, opvoeding, gezondheid en gedrag van kinderen in negen regio's in Vlaanderen in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Grietens *et al.*, 2010). Dit longitudinale onderzoek omvat een geboortecohorte (N = 3.017 bij het eerste meetmoment op 3 maanden), waarin kinderen die werden geboren op een oneven dag tussen 1 mei 2008 en 30 april 2009, geïncludeerd zijn. De ouders van deze kinderen worden om de 6 à 12 maanden bevraagd. De bevragingen gaan over de vier hoger genoemde domeinen én over behoeften, gebruik en evaluatie van zorg. Vergelijking met gegevens van de volledige geboortecohorte wijst erop dat deze respondentengroep niet helemaal representatief is voor de volledige geboortecohorte maar dat ze wel de nodige variatie bevat. Zo includeerden we in verhouding bv. meer moeders met de Belgische nationaliteit en met een hogere opleiding maar nemen er wel degelijk ook kansarme en allochtone gezinnen deel (JOnG!2009). Voor een uitgebreide beschrijving van de steekproef verwijzen we naar Grietens *et al.* (2010).

Uit de basissteekproef is een kleinere groep kinderen geselecteerd die intensiever wordt opgevolgd: de 'verdiepingsgroep'¹. Deze groep bestaat uit 'controles', dit zijn willekeurig uit de basissteekproef geselecteerde kinderen, en 'cases', dit zijn kinderen die geselecteerd werden wegens een verhoogde kwetsbaarheid. Deze feiten en cijfers rapporteert gegevens van kinderen wier ouders een vruchtbaarheidsbehandeling ondergingen, prematuren en kinderen met een gezondheidsprobleem. In totaal bestond de verdiepingsgroep uit 381 gezinnen. Van 251 gezinnen zijn de interviews van het pedagogisch onderzoek geanalyseerd. Daarvan was 58,6% (n = 147) als controle geselecteerd, en 41,4% (n = 104) als case.

Voor de drie groepen - de cases uit de verdiepingsgroep, de controles uit de verdiepingsgroep, en de basissteekproef (deelnemers aan de startbevraging zonder cases en controles) - is een vergelijking gemaakt voor de variabelen Inkomen, Negatieve ingrijpende levensgebeurte-

nissen, Emotionele problemen bij de ouder, Opvoedingsbeleving (Verrijking, Steun, en Isolatie) en Gezinsproblemen (Gebrek aan steun en communicatie, Gebrek aan betrokkenheid, Problemen in de partnerrelatie, en Geborgenheid in het gezin) die bevraagd zijn in de startvragenlijst². Dit laat toe iets te zeggen over de veralgemeenbaarheid van de resultaten over groepen heen. Statistische toetsen wijzen op verschillen voor slechts drie variabelen. Er was een verschil in inkomen, waarbij de cases een significant hoger gemiddeld inkomen hebben dan de basissteekproef. Er was echter geen significant verschil tussen cases en controlegroep binnen de verdiepingsgroep³.

Daarnaast werden door ouders in de groep cases significant minder problemen met steun en communicatie in het gezin gerapporteerd dan in de basissteekproef. Er was geen verschil tussen cases en controlegroep⁴.

Ten slotte was er ook een significant verschil voor gebrek aan betrokkenheid in het gezin, waarbij de controlegroep significant minder problemen rapporteert op dat vlak dan de basissteekproef⁵.

Het eerste contact vond plaats toen het kind acht maanden oud was. Naast een medisch en ontwikkelingspsychologisch onderzoek, vond een pedagogisch onderzoek plaats. De hierboven vermelde onderzoeksvragen worden behandeld aan de hand van de resultaten van het pedagogisch onderzoek. Dit onderzoek gebeurde door middel van een gestructureerd interview dat bestond uit vier delen:

- vragen over de personen die instaan voor de opvoeding ('Eerst zou ik graag weten wie zich allemaal ontfermt over de opvoeding van [naam kind]? Met opvoeding bedoel ik zowel dingen doen met het kind, als dingen doen voor het kind, zoals eten maken, kleertjes wassen, etc.');
- vragen over de beleving van het ouderschap ('Welke gevoelens brengt het ouderschap voor u met zich mee? Wat betekent het voor u om ouder te zijn?');
- een afname van een aangepaste versie van de Vragenlijst Onvervulde Behoeftes aan Opvoedingsondersteuning (VOBO, Hermanns et al., 2005), een instrument dat domeinen bevraagt waarbij ouders mogelijks problemen hebben in de opvoeding en verzorging van hun kind. Voor verschillende leeftijdscategorieën worden verschillende versies gebruikt. Dit onderzoek maakt gebruik van de lijst voor kinderen van 0 tot 4j. Over volgende domeinen wordt gevraagd naar ervaren problemen, behoeftes aan ondersteuning en zorggebruik:
 - lichamelijke ontwikkeling ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de lichamelijke ontwikkeling – groei, problemen met bewegen, zitten, dingen vastpakken – van uw kind?');
 - gezondheid ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de gezondheid – koorts, ziekte ... – van uw kind?');
 - huilgedrag ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent het huilgedrag van uw kind?');

- slaapgedrag ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent het slaapgedrag van uw kind?');
- eetgedrag ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent het eetgedrag van uw kind?');
- sociaal gedrag ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent het sociale gedrag – zoeken van oogcontact, glimlachen ... – van uw kind?');
- ander gedrag ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent ander gedrag dan eet-, slaap- en huil- en sociaal gedrag van uw kind?');
- emoties ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de emoties – angstig, boos, snel overstuur zijn ... – van uw kind?');
- taalontwikkeling ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de taalontwikkeling – brabbelen ... – van uw kind?');
- denkontwikkeling ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de denkontwikkeling – begaafdheid ... – van uw kind?');
- ontwikkelingsstimulering ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de ontwikkelingsstimulering – stimulerend speelgoed, boekjes, kiekeboe spelen ... – van uw kind?');
- woonomgeving of het leefklimaat ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de woonomgeving of het leefklimaat – speelmogelijkheden, huisvestingsproblemen, veiligheid, discriminatie ... – waar u en uw kind wonen?');
- opvang ('Heeft u vóór de geboorte of tijdens de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent de opvang – gebrek aan opvang, problemen met crèche, onthaalmoeder, familie ... – van uw kind?');
- omgang en opvoeding ('Heeft u de afgelopen acht maanden problemen gehad omtrent omgang met en opvoeding – grenzen stellen, aandacht geven, straffen en belonen ... – van uw kind?');
- gezinsomstandigheden ('Zijn er omstandigheden in uw leven of dat van uw gezin die van invloed zijn op uw kind die nog niet vernoemd zijn en waar u vragen of problemen mee heeft?');
- varia ('Heeft u de afgelopen acht maanden bij de opvoeding of verzorging van uw kind andere problemen gehad, die hiervoor nog niet aan bod gekomen zijn?');
- vragen over de voorkeuren voor steun bij de zorg en opvoeding van het kind ('Hoe zou u van buitenaf ondersteuning willen krijgen bij de opvoeding van uw kind(eren)?').

Het interview was in de regel met de moeder van het kind. Wanneer beide ouders aanwezig waren, werd het interview afgenomen bij slechts één persoon, namelijk diegene die ook de vragenlijsten invulde. Het interview werd met toestemming van de geïnterviewde op band opgenomen.

De interviews vonden plaats in Consultatiebureaus van Kind & Gezin. In totaal werden 12 interviewers (onderzoeksmedewerkers, onderzoeksstagiaires, masterstudenten) bij de afnames betrokken. Alle interviewers kregen vooraf een gedetailleerde handleiding met instructies en werden getraind. Elke interviewer deed minstens één pilootinterview en wist vooraf niet of de respondent at random was geselecteerd dan wel tot de 'casegroep' behoorde. Vóór het interview vond bij de baby een medisch en ontwikkelingspsychologisch onderzoek plaats. Dit had soms tot gevolg dat de baby bij het gesprek zeurderig of huilerig was omdat hij/zij moe was of honger had. Niettemin konden de meeste gesprekken tot het einde worden gevoerd en was voortijdig afbreken een uitzondering.

De opgenomen interviews werden letterlijk uitgetypt en verwerkt met het programma Nvivo (QSR International, 2008). Twee onderzoekers maakten in samenspraak met het onderzoeksteam een codeboek (Cammers & Goffin, 2009), uitgaande van de thema's in de interviewleidraad en volgens de principes van coderen bij kwalitatieve data-analyse (Mortelmans, 2007). Vervolgens werden alle transcripten door de interviewers aan de hand van deze codes gecodeerd. Daarna werd in een horizontale analyse gezocht naar overeenkomsten inzake ouderschapsbelevingen, ervaren problemen, steun en oplossingen.

Resultaten

Ouderschapsbelevingen

Over de resultaten van deze analyses werd uitvoerig gerapporteerd door Cammers (2010), Foulon e.a. (2010) en Goffin e.a. (2010). We vatten de voornaamste bevindingen samen.

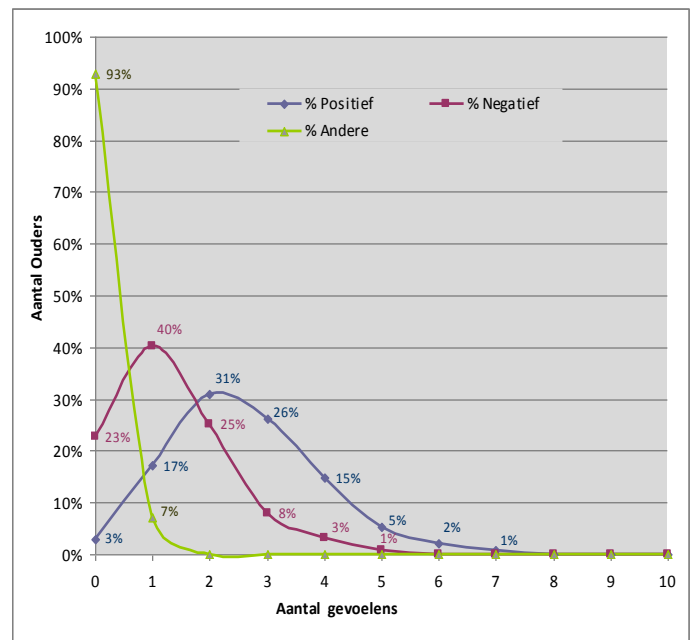
De antwoorden van ouders op de vraag hoe ze het ouderschap en de opvoeding van het kind beleven, konden worden verdeeld in drie categorieën: 'positieve' gevoelens, 'negatieve' gevoelens en 'andere' gevoelens. Deze laatste categorie verwees naar gevoelens die niet als positief of negatief te interpreteren waren.

Voorbeelden van positieve gevoelens zijn: 'plezierig' (genoemd door 49% van de ouders), 'gelukkig' (43%), 'verantwoordelijk'⁶ (33%), 'moedergevoel' (31%), 'gevoel van (positief geconnoteerde) verandering' (17%). Voorbeelden van negatieve gevoelens zijn 'zwaar' (genoemd door 25% van de ouders), 'bezorgd' (23%), 'vermoeiend' (23%), 'onzeker' (15%), 'tijdrovend' (12%). Voorbeelden van 'andere' gevoelens zijn: 'speciaal', 'emotioneel', 'nieuwsgierig', 'intens'. Deze gevoelens kwamen slechts weinig voor (in totaal werd 7,2% van de door ouders genoemde gevoelens in deze categorie ondergebracht).

Ouders konden meerdere gevoelens noemen en vele ouders deden dit. In Figuur 1 wordt een verdeling van de aantallen gevoelens per categorie gegeven. Een meerderheid van de ouders (80%) noemde twee of meer positieve gevoelens, 8% noemde er zelfs vijf of meer.

Zeventien procent van de ouders hield het bij één positief gevoel en 3% kon geen enkel positief gevoel over het

ouderschap noemen. Zevenenzeventig procent van de ouders gaven minstens één negatief gevoel te kennen, 12% noemde drie of meer negatieve gevoelens.



Figuur 1. Verdeling aantallen gevoelens van ouders met betrekking tot hun ouderschap

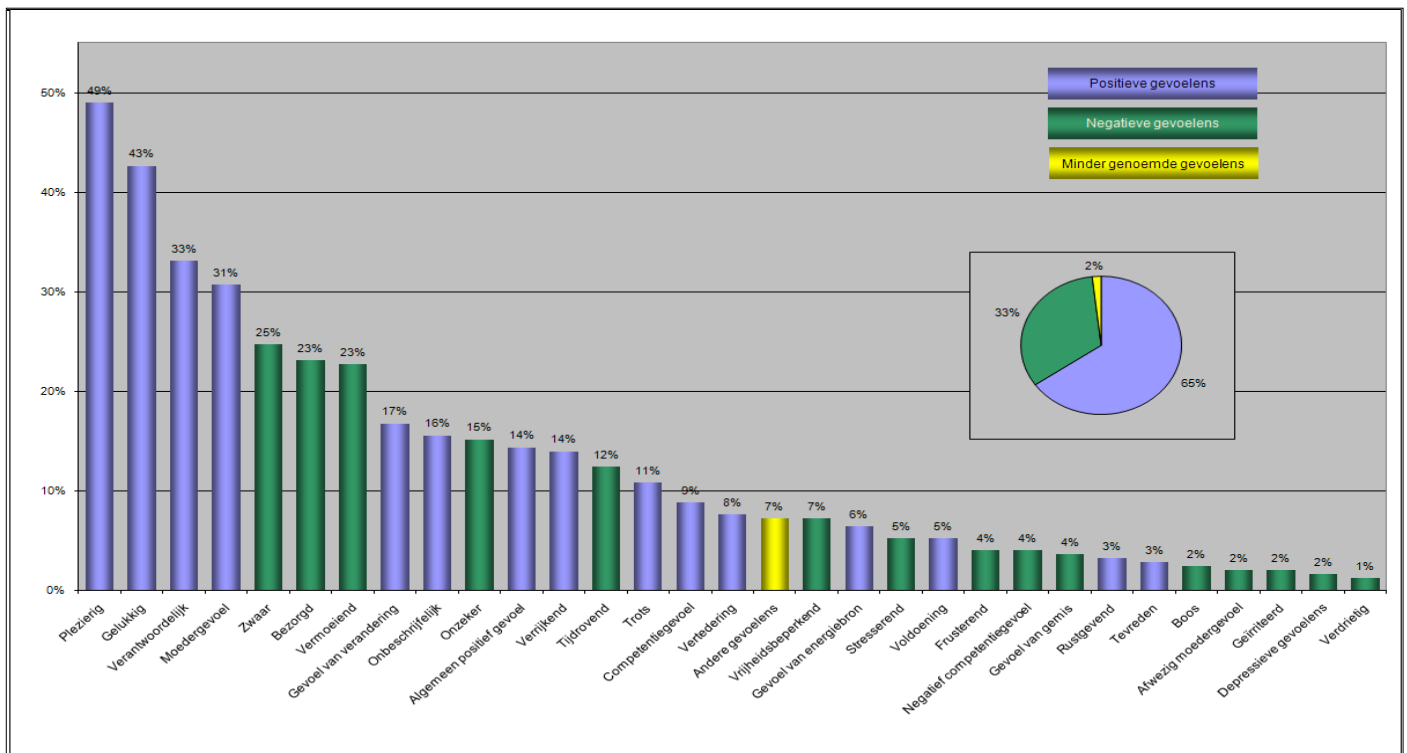
We onthouden uit deze figuur dat de positieve gevoelens de negatieve overheersten en dat de meeste ouders hun positieve gevoel over het ouderschap konden differentiëren. Negatieve gevoelens kwamen echter ook vrij vaak voor. Meer dan driekwart van de ouders noemde er minstens één in de loop van het gesprek. Drie op honderd ouders konden helemaal geen positieve dingen over het ouderschap zeggen en gaven enkel negatieve gevoelens te kennen.

Daarnaast vergeleken we de groep cases met de controlegroep op het vlak van aantal positieve, negatieve, andere gevoelens en totaal aantal gevoelens. De cases rapporteerden gemiddeld genomen iets meer positieve gevoelens dan de controlegroep (2,85 tegenover 2,44)⁷, en ook in totaal rapporteerden ze iets meer gevoelens (4,24 tegenover 3,81)⁶. Er was echter geen significant verschil in aantal negatieve gevoelens (gemiddeld 1,32 in controlegroep en 1,30 bij de cases)⁷ en aantal andere gevoelens (0,05 tegenover 0,10)⁷.

In Figuur 2 is samengevat welke gevoelens werden genoemd en hoe deze zich in de groep verdelen. Ongeveer twee op de drie genoemde gevoelens zijn te categoriseren als positief en ongeveer één op drie als negatief.

Wanneer we de figuur herleiden tot een 'top tien van

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1. Plezierig | 6. Bezorgd |
| 2. Gelukkig | 7. Vermoeiend |
| 3. Verantwoordelijk | 8. Gevoel van verandering |
| 4. Moedergevoel | 9. Onbeschrijfelijk |
| 5. Zwaar | 10. Onzeker |



Figuur 2 Soorten gevoelens van ouders over hun ouderschap, verdeeld over de respondenten (N=251)

genoemde gevoelens’, ziet deze er als volgt uit:

De eerste vier plaatsen in de top tien worden ingenomen door positieve gevoelens: ‘plezierig’ (49% van de ouders gaf dit gevoel te kennen), ‘gelukkig’ (43%), ‘verantwoordelijk’ (33%) en ‘moedergevoel’ (31%). We citeren enkele uitspraken van ouders ter illustratie van deze veelgedeelde positieve gevoelens:

- ‘Plezierig’:

‘... het is gewoon geweldig, het is plezant, er ligt een kleintje naar u te lachen in haar wiegje en uw dag is goed begonnen hé.’

‘Dat we kunnen genieten van elk moment. Elk moment hem zien evolueren. En elk nieuw detail dat ontdekt wordt, omdat je daar eigenlijk continu bij zijt.’

- ‘Gelukkig’:

‘Maar nu, dat is een droom, hé. Ze ligt in haar bedje tot zeven uur ‘s morgens en je hebt ze dan de hele nacht niet gehoord ...’

‘Ja, vooral heel veel geluk. Ja, het zit in kleine dingen, gewoon als ze al eens lacht naar u: dat doet iets met u. Ja, dat is als je gewoon een beetje zot doet en ze reageert daarop, ze speelt daar op in.’

- ‘Verantwoordelijk’:

‘Je moet er voor zorgen natuurlijk, hé, het kan niet zijn dat je een baby hebt en dat je zegt van ‘hij is er nu en dat hij zijn plan trekt’, je moet zorgen dat hij alles binnenheeft om te kunnen groeien, om te kunnen ontwikkelen, ge zijt er mee bezig, ge doet dat heel graag, maar je moet dat ook doen, hé.’

‘Ja, ja, bijvoorbeeld gewoon als ge met den auto al rijdt.

Zo van ‘nu mag ik niet zo hard rijden’, zo van ‘nu moet ik, allé ja, echt meer oplettend zijn als zij daar bij is’. Zo van ‘want als er mij iets overkomt, dan is zij alleen’, en ja...’

- ‘Moedergevoel’:

‘Ik denk ook gewoon naar haar te kijken, zo dat ge denkt ‘ik ben mama.’

‘Ik kijk er altijd naar uit om haar te gaan halen, om haar terug te zien, om haar vast te nemen ...’

Behalve deze vier zeer vaak genoemde positieve gevoelens, zien we een hele waaier aan positieve gevoelens over het ouderschap terugkomen: een baby verrijkt onder andere het leven van mensen, maakt hen trots, doet hen zich meer competent voelen en anders in het leven staan, en brengt bij sommige ouders rust.

In de top tien van gevoelens over het ouderschap staan vier negatieve gevoelens: ‘zwaar’ (25% van de ouders gaf dit gevoel te kennen), ‘bezorgd’ (23%), ‘vermoeiend’ (23%) en ‘onzeker’ (16%). Deze gevoelens staan wel niet bovenaan de lijst, maar komen toch prominent naar voren in de gesprekken. Ze bezetten respectievelijk de plaatsen 5, 6, 7 en 10. We citeren ter illustratie enkele ouders:

- ‘Zwaar’:

‘En ook wel soms een beetje zwaar. Met het fulltime werken. En dan zit ge daar soms wel toch wel (...) dat is wel moeilijk te combineren. Mentaal ook dat je er niet fysiek altijd bent.’

‘Euhm, ik heb in het begin wel af en toe het gevoel gehad van ‘het is veel zwaarder dan iedereen altijd laat uitschijnen’. Maar eigenlijk, na drie maanden was dat ge-

passeerd. Ik vond het de eerste drie maanden eigenlijk echt wel heel zwaar.'

- 'Bezorgd':

'Ja, dat als je ergens bent dat je altijd denkt 'hoe zou het met haar zijn?'. En dat je altijd moet vragen hoe het met haar is.'

'Ja, angst denk ik. Zo dat uw kind goed in de toekomst zal zijn in het leven. En goed opvoeden.'

- 'Vermoeiend':

'Doordat mijn man zelfstandig is, moet ik veel zelf doen. Ik ben soms wel een keer uitgeput.'

'... en soms ook heel vermoeiend ... de nachtrust die verstoord wordt. Dat is het enige echte nadeel vind ik, dat uw nachtrust toch er niet meer is.'

- 'Onzeker':

'Het is niet altijd gemakkelijk. Je moet ook alles zoeken omdat het een eerste is, hé. Dus ja, ge moet ondervinden eigenlijk hé. Ge leert dan met te doen. Da's in het begin niet zo gemakkelijk geweest. Nu gaat dat al gemakkelijker, da ge weet als hem weent, da heeft hem nodig. In het begin is dat niet zo gemakkelijk, ge moet echt leren, ja vooral omdat dat een eerste is.'

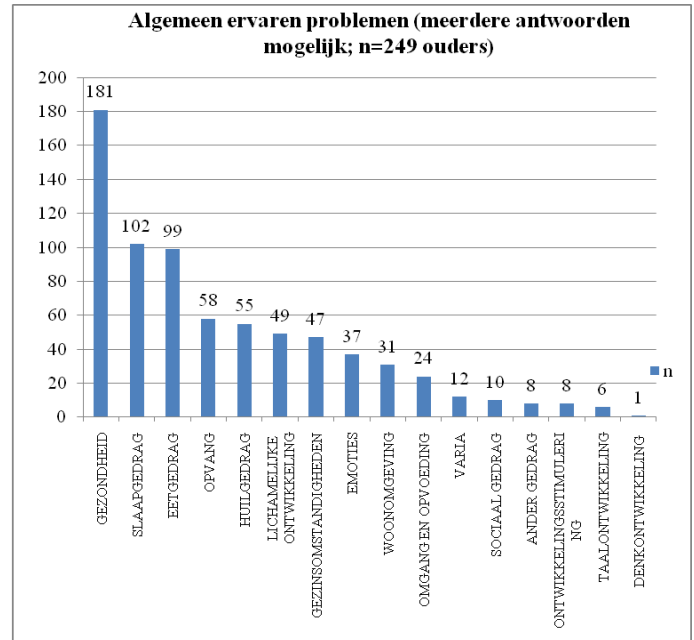
'Ja, dat is echt zo met de angst van 'oei, ze weent en helpen we ze wel op de goede manier verder?', en echt de vraag zo van 'oei, doen we dat verkeerd of dat verkeerd?' (...). Ja, dat is als ze koorts hebben of zo, of ziek zijn, wat moet ge doen? Wat is het beste?'

Andere negatieve gevoelens die ouders vermeldten waren dat de zorg voor de baby stresserend kan zijn en een inperking van de eigen bewegingsvrijheid kan betekenen. Enkele ouders gaven ten slotte aan dat ze door het gedrag van hun baby wel eens boos, geïrriteerd of verdrietig geraken.

Ervaren problemen

Op welke domeinen geven ouders problemen te kennen en welke vragen hebben ze hierbij? Vooral we de voornaamste bevindingen bespreken die hierover uit de interviews naar voren kwamen, is het nuttig even stil te staan bij wat we in dit onderzoek onder 'problemen' verstaan. Wat een ouder als probleem ervaart, hoeft niet overeen te komen met het oordeel van anderen. Ouders kunnen zich bijvoorbeeld zorgen maken over iets, terwijl daar volgens een professional geen reden toe is. Zo zou een professional kunnen zeggen dat een ouder die problemen rapporteert met het straffen en grenzen stellen voor zijn/haar 8 maanden oude baby dit niet zou moeten doen, omdat gedragscontrole op die leeftijd nog niet aan de orde is. In dit onderzoek definiëren wij problemen als 'iets wat door de ouder als probleem ervaren wordt'.

In Figuur 3 geven we een overzicht van de domeinen waarop ouders problemen hebben ervaren de eerste maanden na de geboorte van hun kind. De domeinen zijn afgeleid uit de VOBO-vragenlijst die we in aange-



Figuur 3 Overzicht van problemen door ouders ervaren in verband met het leven van hun kind, verdeling per domein (meerdere antwoorden mogelijk, N = 249)

Het valt op dat verreweg de meeste problemen te maken hebben met de gezondheid van de baby. Meer dan zeven van de tien ondervraagde ouders (72,7%) gaven aan op dit domein een probleem te hebben ervaren gedurende de afgelopen acht maanden. Andere vaak (we nemen hier als criterium '20% of hoger') ervaren problemen hadden te maken met het gedrag van de baby (slapen: 41%, eten: 40%, huilen: 22,1%) en opvang (23,3%). Opvallend is nog dat een kleine tien procent (9,6%) van de ouders meldde problemen te hebben ervaren op het domein van omgang en opvoeding.

De gezondheidsproblemen die ouders noemden, waren zeer gevarieerd. Onder andere (in volgorde van voorkomen) 'verkoudheden', 'problemen met de luchtwegen', 'koorts', 'spijsverteringsproblemen', 'oorontstekingen', 'reflux' en 'allergieën' werden genoemd.

De gemelde slaapproblemen waren in volgorde van voorkomen: 'niet doorslapen', 'niet inslapen', 'niet slapen door gezondheidsproblemen', 'weinig slapen', en 'problemen met dag-nachtritme'.

De gemelde eetproblemen waren (in volgorde van voorkomen): 'te weinig eten', 'problemen met vaste voeding', 'reflux', 'niet willen/niet lusten', 'problemen bij overgang van borst- naar flesvoeding' en 'voedselallergie'.

Huilen werd als probleem beleefd (in volgorde van voorkomen) wanneer het 'omwille van gezondheidsproblemen', 'in huilbuien', 'onophoudelijk' of 'rond het slapengaan' was.

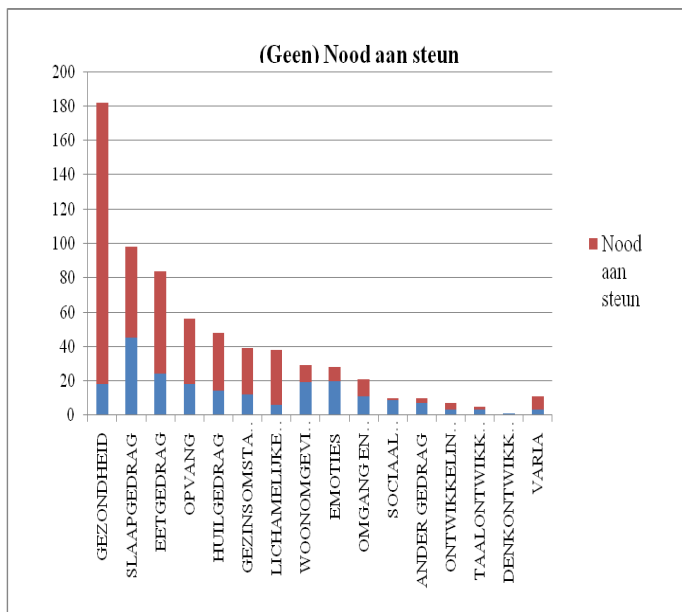
Het grootste probleem inzake opvang was het ervaren gebrek eraan. In mindere mate gaven ouders te kennen helemaal geen opvang te vinden of niet tevreden te zijn over de geboden opvang.

Over de omgang en opvoeding meldden ouders voornamelijk problemen met straffen en grenzen stellen (bv. 'Het enige dat als ze gestraft is, dat ze er dan nog mee

lacht') en in minder mate met het aandachtvragende gedrag van de baby. Sommige ouders stelden zich de vraag of ze niet teveel ingingen op dat aandachtvragend gedrag en of ze hun baby hierdoor niet verwen- den.

Steun

Ouders werd gevraagd of ze bij de problemen die ze vernoemden al dan niet steun nodig hadden. In Figuur 4 geven we een overzicht van de antwoorden per domein. Uit de figuur komt naar voren dat een meerderheid van de ouders steun nodig heeft bij gezondheidsproblemen van de baby. Ook voor de problemen in het slaap-, eet- en huilgedrag van hun baby hebben meer dan de helft van de ouders steun nodig. Hetzelfde geldt voor problemen inzake opvang, lichamelijke ontwikkeling en gezinsomstandigheden. Minder nood aan steun hebben ouders bij problemen in woonomgeving en leefklimaat, emotionele problemen en sociale problemen. Bij omgangs- en opvoedingsproblemen heeft zowat de helft van de ouders steun nodig.



Figuur 4 Door ouders ervaren nood aan steun, verdeling per domein (meerdere antwoorden mogelijk, N = 249)

Waar vinden ouders deze steun? Grotendeels in hun directe omgeving: bij hun partner, ouders, familie, vrienden, buren, collega's, onthaalmoeder of crèche. In een aantal gevallen vragen ze professionals om raad. Dit doen ze vooral bij gezondheidsproblemen. Dan gaan ze naar een huis- of kinderarts of paramedicus. Bij gezondheidsproblemen zullen ouders eerder naar de huisarts stappen dan een beroep te doen op de diensten van Kind & Gezin. En ook bij slaap-, eet- en huilproblemen gaan vele ouders naar een professionele hulpverlener, bij voorkeur een huis- of kinderarts. Bij andere problemen (gezinsomstandigheden, woonomgeving en leefklimaat, emotionele problemen, andere gedragsproblemen) doen ouders veel minder een beroep op professionele hulpverleners. Deze problemen raken meestal opgelost met steun vanuit de directe omgeving. Verder ging geen enkele ouder naar een

professionele hulpverlener voor problemen in de omgang en opvoeding. Hiervoor zochten ze vooral steun bij hun partner en vrienden.

Conclusies en discussie

Wat kunnen we uit deze studie leren?

- Deze studie toont aan dat bij Vlaamse ouders met een pasgeboren kind positieve ouderschapsbelevingen veelvuldig aanwezig zijn en de overhand hebben over negatieve belevingen. Vele ouders genieten van hun kind, het ouderschap en de opvoeding. Dat is de positieve boodschap die dit onderzoek uitdraagt. Een positieve beleving wil niet zeggen dat deze ouders nooit uitdagingen of moeilijkheden ervaren. Dat doen, zo stelden we vast, bijna alle ouders. Maar deze problemen, of ze nu te maken hebben met de gezondheid, de ontwikkeling, het gedrag of de opvoeding van de baby, nemen de positieve belevingen niet weg.

Een andere positieve bevinding is dat vele ouders zich bij problemen gesteund weten door mensen uit hun directe omgeving: hun partner, ouders, familie, vrienden, ... De steun die ze van deze mensen ervaren helpt hen een oplossing te zoeken voor de problemen die zich aandienen in het leven van hun kind. Het belang van sociale steun in de transitie naar het ouderschap wordt ook in de literatuur erkend. De vaststelling dat sociale contacten bij een geboorte toene- men, ondersteunen de notie dat kinderen hun ouders eigenlijk stimuleren om ervaringen uit te wisselen met andere ouders, en op die manier zelfs hun eigen ontwikkeling stimuleren (Belsky & Rovine, 1984).

- Negatieve belevingen van het ouderschap, vooral belevingen in de zin van 'het ouderschap is zwaar, vermoeiend, stresserend' zijn pertinent aanwezig bij vele ouders. Bij een meerderheid van de ouders zijn positieve belevingen dominant aanwezig en sluime- ren de negatieve belevingen op de achtergrond. Hoewel deze gevoelens normaal zijn, is het mogelijk dat bij sommige ouders het evenwicht tussen draag- kracht en draaglast zoek raakt, doordat stress op ver- schillende vlakken gaat overheersen. Ouders die proble- men hebben met de opvang van hun baby bijvoor- beeld of ouders die het moeilijk hebben met de combi- natie gezin-werk. Als bij deze ouders de steun van de directe omgeving of professionals wegvalt, kunnen hun percepties (van de baby, het ouderschap, de op- voeding) negatiever worden en gaan 'doorwegen'. Het is belangrijk dat deze ouders de nodige steun krijgen van hun omgeving. Dahlen, Barclay, en Ho- mer (2010) wijzen in dat verband op het belang dat moeders kunnen vertellen over hun gevoelens die ze ervoeren bij de geboorte van hun kind. Het uiten van deze gevoelens laat niet alleen toe dat moeders hun persoonlijke transitie als moeder onder woorden brengen, maar ook aansluiting vinden bij andere moeders, en aldus een sociaal netwerk kunnen uit- bouwen.

Er is echter ook een groep ouders – 3% van de res- pondenten in ons onderzoek – die geen enkele posi- tieve beleving kon opnoemen. Hoewel klein van om-

vang is het belangrijk haar verder te bestuderen en na te gaan hoe zij verschilt van de ouders die wel positieve belevingen noemen. Aangezien de transitie naar het ouderschap een proces is, kan verdere opvolging duidelijk maken of het hier om een negatieve beleving van tijdelijke aard gaat ten gevolge van de aanpassingen die ouders doormaken, of over een dieperliggend probleem. Ook het zorgtraject van deze ouders kan nader bekeken worden, om na te gaan of zij al dan niet de nodige ondersteuning zoeken en vinden.

3. Ouders meldden vooral problemen met betrekking tot de gezondheid van de baby en geven aan hierbij nood te hebben aan ondersteuning. Dat is normaal. Jonge kinderen zijn vatbaar voor ziektes en ouders met een (eerste) kind raken vaak onzeker en gestressed als het ziek is en beleven dit snel als problematisch. Bovendien zaten in de 'casegroep' van deze studie een aantal prematuur geboren kinderen bij wie zich de eerste maanden na de geboorte wellicht diverse gezondheidsproblemen voordeden. Na gezondheidsproblemen noemden ouders vaak slaap-, eet- en huilproblemen. Dit hoeft evenmin te verwonderen. Het zijn zowat de drie belangrijkste dingen die baby's doen en dus ook de eerste domeinen waar zich problemen kunnen voordoen en ouders signalen dat er iets misgaat kunnen opmerken. Eerder onderzoek bij ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar vond volgende top 5 van problemen van ouders in verband met hun kinderen: 33% eten, 30% ziek zijn, 29% driftig zijn, 24% grenzen stellen, 22% slapen (Rispen et al., 1996). Het is echter moeilijk om deze resultaten te vergelijken met onze bevindingen, daar de leeftijd van de kinderen niet volledig overeen komt (Ince, 2008).
4. Het is opvallend dat ouders bij problemen niet aarzen een beroep te doen op de hulp van een professional, bij voorkeur een arts. Dat doen ze bij gezondheidsproblemen maar ook bij slaap-, eet- en huilproblemen. Vanwaar komt deze neiging en hoe dient ze te worden geïnterpreteerd? Vertalen ouders slaap-, eet- en huilproblemen eerder als een medisch gerelateerd probleem, en minder verbonden met opvoedingsgerelateerde factoren? Vinden ouders niet voldoende oplossingen of ondersteuning voor deze problemen in hun directe omgeving? Voelen ze zich veiliger bij het advies van een arts? Ervaren ouders deze raadpleging als laagdrempelig omdat een (huis)arts voor veel mensen een vertrouwenspersoon is? De studie biedt op deze vragen geen antwoord, maar het zou interessant zijn deze bevindingen tot onderwerp van vervolgonderzoek te maken. Ook het JOnG!-onderzoek zou deze bevindingen en de vragen die ze oproepen kunnen includeren bij haar longitudinale analyse van de data van de verdiepingsgroep.
5. Het is ook opmerkelijk dat de casegroep (ouders die een vruchtbaarheidsbehandeling ondergingen, ouders van prematuren en kinderen met een gezondheidsprobleem) gemiddeld genomen iets meer positieve gevoelens rapporteert dan de controlegroep. De literatuur wijst immers vooral op de negatieve gevol-

gen en problemen die gepaard gaan met deze specifieke situaties. Een mogelijke verklaring is dat deze ouders juist door de ervaren moeilijkheden de mogelijkheid om dit kind te kunnen opvoeden meer waarderen en daardoor iets meer positieve gevoelens uiten. Een andere verklaring is dat deze ouders zich extra ondersteund weten door instanties zoals bijvoorbeeld de 'neonatal intensive care unit (NICU)' of Kind en Gezin. Tot slot kan ook het feit dat zij iets minder andere kwetsbare factoren lijken te ondervinden (cfr vergelijkende analyses drie groepen) een verklarende factor zijn. Deze bevindingen zijn niet tegenstrijdig met andere onderzoeksresultaten. Spielman en Taubman (2009) vergeleken de 'psychologische groei' van ouders met premature en a terme geboren baby's. Psychologische groei verwijst naar een toename van persoonlijke en sociale hulpbronnen, copingvaardigheden, zelfwaardering, en een verandering in levensfilosofie, na het ervaren van een stressvolle periode. De studie vond dat ouders van premature baby's gemiddeld een hogere mate van persoonlijke groei rapporteerden dan ouders van voldragen baby's. Ouders van premature baby's kunnen een crisis doormaken die nieuwe leerervaringen met zich meebrengt. Door te erkennen dat ze kwetsbaar zijn in deze crisis, zijn ze daarenboven vaak gewilliger om hulp te aanvaarden en doen ze bijgevolg efficiënt beroep op zowel hun sociale netwerk als op het professionele aanbod.

Enkele aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

We kunnen vanuit deze studie enkele voorzichtige aanbevelingen doen voor het beleid en de praktijk.

- Het is belangrijk te **bevestigen wat goed loopt in de opvoeding van kinderen**. De meeste ouders rapporteren een positieve beleving van hun baby en genieten van het ouderschap. Dit zijn basale voorwaarden voor een goede en stevige ouder-kind band en een goede psychosociale ontwikkeling van het kind. Laat ons deze positieve observaties benoemen en ze niet als vanzelfsprekend beschouwen of eraan voorbij gaan. Zo bevestigen we ouders en kinderen en helpen we hen die band te doen groeien. Kinderverzorsters, onthaalmoeders, regioverpleegkundigen, consultatiebureau-artsen en andere professionals in de preventieve zorg kunnen hier een belangrijke rol spelen. Voorwaarde is dat zij die positieve ontwikkelingen zien – zich dus niet louter fixeren op risico's en wat dreigt mis te lopen bij ouder en kind.
- Diezelfde preventieve werkers dienen **voldoende en gerichte aandacht te hebben voor de negatieve gevoelens van ouders en de signalen die zij geven**. Wanneer ouders negatieve gevoelens uiten zouden ze hierop moeten kunnen ingaan, zonder onmiddellijk te problematiseren. Vaak willen ouders in de eerste plaats een luisterend oor. Als dit niet (voldoende) wordt geboden of als problemen worden geminimaliseerd dan wel uitvergroot, bestaat de kans dat ouders zich miskend voelen of dat ze alleen achterblijven met hun negatieve gevoel. Dit kan meer stress teweeg brengen en negatieve gevoelens

versterken, waardoor men mogelijks in een cirkeleffect terecht komt. Omdat onderzoek bij oudere kinderen aantoonde dat er een verband is tussen gemengde gevoelens (opvoedingsstress), opvoedingsgedrag en de ontwikkeling van het kind (Grietens & Hellinckx, 2003), is het ook zinvol om negatieve gevoelens en signalen bij ouders verder op te volgen om na te gaan of er eventueel sprake is van een dieperliggend probleem, eerder dan een tijdelijk aanpassingsprobleem die een geboorte onvermijdelijk met zich meebrengt. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat sommige ouders naast negatieve gevoelens ook onrealistische verwachtingen hebben over het ouderschap die hun kind niet kan inlossen, waardoor ze niet sensitief kunnen reageren ten aanzien van hun baby. Baartman (1996) spreekt in dat geval van een 'tekort aan pedagogisch besef'. In dit vroege stadium kan bij ouders die het moeilijk lijken te hebben nog worden ingegrepen en kan een positieve ouder-kind relatie, bijvoorbeeld via video-interactie begeleiding (zie oa. Alink e.a., 2006), worden hersteld. Voor de detectie van mogelijke problemen kan de eerstelijnszorg gebruik maken van instrumenten zoals de Vragenlijst Onvervulde Behoeftes aan Opvoedingsondersteuning (VOBO; Hermanns e.a., 2005). Dit instrument laat professionals in de consultatiebureaus toe om systematischer dan nu het geval is vroegtijdig signalen te identificeren dat ouders met jonge kinderen problemen, vragen en twijfels ervaren in het leven van alledag. Het zou hen kunnen helpen hun intuïties hieromtrent te expliciteren en ook richting kunnen geven aan hun handelen. Wanneer professionals zich ernstige zorgen maken over de opvoedingssituatie van een kind, kunnen ze de POS-schaal (Hellinckx e.a., 2001) invullen - deze bevat specifieke signalen die wijzen op een fundamentele verstoring van de ouder-kind interactie - en ouders doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverleners.

- Uit dit onderzoek blijkt dat **laagdrempelige organisaties die zich tot de volledige doelgroep van jonge kinderen en hun gezinnen richten**, waardevol zijn. Ouders melden immers dat ze steun nodig hebben, op de verschillende domeinen van het leven van hun kind. Het is wenselijk om jonge ouders informatie en voorlichting te geven over het gedrag van kinderen in het eerste levensjaar en hoe hiermee om te gaan. Dit betreft dan informatie en voorlichting over slapen, eten, huilen en de opvoeding van het hele jonge kind. Het is belangrijk na te gaan welke ideeën ouders over deze domeinen hebben (bv. hoe zien ze 'de opvoeding' van hun acht maanden oude baby?) en wat ze van hun kind verwachten. Ouders met verkeerde ideeën en verwachtingen over wat normaal gedrag is bij baby's zouden moeten kunnen worden geholpen om hun ideeën en verwachtingen bij te stellen in een vroeg stadium. Dit wordt ook bevestigd in andere studies (zie bijvoorbeeld Spielman, & Taubman, 2009).
- Tot slot wijst recente onderzoeksliteratuur ook op het belang van **prenatale ondersteuning aan toekomstige ouders, in het bijzonder van een eerste kind**. Het is daarbij niet alleen belangrijk om aandacht te besteden aan meetbare of praktische uitkomsten, maar ook aan de psychologische beleving.

Om de transitie naar het ouderschap te bevorderen, is het zinvol om de vele aan elkaar gerelateerde psychologische en sociale factoren in rekening te brengen die kunnen bijdragen aan een succesvolle aanpassing (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010; Spielman, & Taubman, 2009). De verwachtingen die samengaan met de geboorte van een kind blijken bijvoorbeeld cruciaal samen te hangen met de aanpassing aan het ouderschap. Een studie van Green et al. (1998, in Darvill et al., 2010) toonde aan dat primiparae meer negatieve ervaringen omtrent het ouderschap rapporteren dan multiparae. Multiparae kunnen hun verwachtingen baseren op eerdere ervaringen, terwijl primiparae afhankelijk zijn van andere bronnen van informatie. Idealiter zouden professionals moeders kunnen identificeren die bang, onzeker of bezorgd zijn tijdens de zwangerschap, ingaan op (on)realistische verwachtingen die zij over het ouderschap hebben, en hen extra ondersteuning bieden nog voor het kind geboren is (Salonen, et al., 2010).

Referenties

- Alink, L. R. A., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). Attachment based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-3 year old children at risk for externalising behaviour problems: A randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005.
- Baartman, H. (1996). *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.
- Belsky, J., Spanier, G. B., Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 45, 567-577.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1984). Social-network contact, family support, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 46, 455-462.
- Cammers, N., & Goffin, J. (2009). *Coderboek bij het opvoedingsinterview JONG!-8 maanden (Onderzoeksrapport)*. Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Cammers, N., Goffin, J., & Grietens, H. (2010). *Behoeftes aan opvoedingsondersteuning. Een onderzoek bij Vlaamse ouders met jonge kinderen (Onderzoeksrapport)*. Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Dahlen, H. G., Barclay, L. M., & Homer, C. S. E. (2010). Processing the first birth: journeying into 'motherland'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1977-1985.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366.
- Foulon, L., Soete, M., Taeckens, T., & Van Thienen, E. (2010). *Kvraagetaan. Een analyse van de eerste opvoedingsvragen van ouders aan de hand van de Vragenlijst Onvervulde Behoeftes aan Opvoedingsondersteuning (Masterproef)*. Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Garbarino, J., & Eckenrode, J. (1997). *Understanding abusive families: An ecological approach to theory and practice*. Jossey: Bass Publishers.
- Goffin, J., Cammers, N., & Grietens, H. (2010). *De ontwikkeling van een Vlaamse POPI en een onderzoek naar zijn betrouwbaarheid en validiteit (Onderzoeksrapport)*. Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.

Goffin, J., Matthijssen, J., Soetewey, S., & Van Coillie, C. (2010). Ouderschapsbeleving. Een descriptief onderzoek bij ouders met jonge kinderen in negen Vlaamse regio's (Masterproef). Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.

Grietens, H., & Hellinckx, W. (2003). Predicting disturbed parental awareness in mothers with a newborn infant: Test of a theoretical model. *Infant & Child Development*, 12, 117-128.

Grietens, H., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., Wiersema, R. & Van Leeuwen, K. (2010). JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (te downloaden op www.steunpuntwvg.be)

Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Van Assche, V. (2001). Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak. Leuven: Acco.

Hermanns, J., Schrijvers, G., & Öry, F. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter. Utrecht: Inventgroep.

Hoffenaar, P. J., van Balen, F., & Hermanns, J. (2010). The impact of having a baby on the level and content of women's well-being. *Social Indicators Research*, 97, 279-295.

Ince, D. (2008). Cijfers over opvoedingsvragen en -problemen. Utrecht: NJi.

JOnG! (2009). Programma 1a 'Jeugd & Gezin' JOnG! - Cohorte 0-jarigen (ongepubliceerde powerpoint-presentatie).

Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development*, 33, 720-727.

Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 129-150). Cambridge: Cambridge University Press.

Mortelmans, D. (2007). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco.

Nyström, K., & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 319-330.

Rispens, J., Hermanns, J.M.A., Meeus, W.H.J. (red.) (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2010). Parenting satisfaction during the immediate postpartum period: factors contributing to mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1716-1728.

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: a comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work*, 34, 201-212.

Van Leeuwen, K., Rousseau, S., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., Wiersema, J.R., & Dierckx, H. (2010). Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken. Feiten en cijfers: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vliegen, N. (2006). Personality and the affective relational dynamics in early motherhood and the mother-infant interactions: theoretical, empirical and clinical perspectives. Leuven: Katholieke universiteit Leuven. Faculteit: Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Eindnoten:

1. Het onderzoek bij de verdiepingsgroep vond plaats in acht van de negen in JOnG! betrokken regio's. De regio Brussel-Noord is niet in dit onderzoek betrokken.
2. Voor een beschrijving van deze variabelen verwijzen we naar Van Leeuwen, Rousseau, Hoppenbrouwers, Desoete, Wiersema, & Dierckx (2010).
3. Inkomen ($F(2, 1706) = 5,62, p \leq .01$)
4. Gebrek aan steun en communicatie ($F(2, 2070) = 5,87, p \leq 0,01$)
5. Gebrek aan betrokkenheid ($F(2, 2052) = 3,46, p \leq 0,05$).
6. Verantwoordelijk wordt bij de positieve gevoelens gerekend, als een kenmerk van 'pedagogisch besef'
7. Positieve gevoelens $t(249)=-2,44, p < 0,05$; Totaal andere gevoelens $t(249)=-1,98, p < 0,05$; Negatieve gevoelens $t(249)= 0,16 p > 0,05$; Andere gevoelens $t(249)= -1,21 p > 0,05$.
8. We wijzen de lezer er nogmaals op dat dit onderzoek gebaseerd is op ouder-rapportage. Het kan met andere woorden zijn dat ouders ook bij andere instanties te rade gaan, zoals Kind en Gezin maar dit tijdens het interview niet vermelden.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove