

**De invloed van sociale steun op de gehechtheid aan het ongeboren  
kind en het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol bij  
aanstaande hoog- en laag-risicomoeders**

**Masterscriptie Pedagogische Wetenschappen  
Universiteit Leiden**

<b>Naam student</b>	<b>Tessa Eversteyn</b>
<b>Studentnummer</b>	<b>s0922145</b>
<b>Afstudeerrichting</b>	<b>Orthopedagogiek</b>
<b>Eerste lezer/begeleider</b>	<b>Dhr. Dr. S. C. J. Huijbregts</b>
<b>Tweede lezer/begeleider</b>	<b>Mw. A. J. H. Domen MSc</b>
<b>Derde lezer/begeleider</b>	<b>Mw. A. T. Steenbakkers MSc</b>
<b>Inleverdatum</b>	<b>06-04-2014</b>

## Voorwoord

In het kader van mijn masterstudie Orthopedagogiek heb ik deelgenomen aan het project ‘Een goed begin’ en heb ik naar aanleiding van de verzamelde dataset hieruit mijn masterscriptie geschreven. Zowel de deelname aan het project als het schrijven van de scriptie heb ik als uitdagend en uitermate leerzaam ervaren. Een proces waarin ik mijn reeds geleerde kennis over onderzoek en statistiek heb kunnen toepassen in de praktijk en waarin ik veel heb bijgeleerd.

Via deze weg wil ik dan ook graag mijn begeleiders bedanken. Mw. H. J. A. Smaling MSc en Mw. J. Suurland MPhil/MSc voor de begeleiding bij het project ‘Een goed begin’ en het meedenken over de onderzoeksopzet. Dhr. Dr. S. C. J. Huijbregts, Mw. A. T. Steenbakkers MSc en Mw. A. J. H. Domen MSc voor de scriptiebegeleiding, de kritische feedback en goede adviezen. Het scriptie atelier van de universiteit voor het meedenken bij de onderzoeksopzet en de statistische analyses die daaruit zijn voortgekomen. Tenslotte wil ik graag mijn ouders, vriend en vriendinnen bedanken voor alle aanmoedigingen tijdens het schrijven van deze scriptie.

Allen bedankt voor de hulp en samenwerking,

Tessa Eversteyn

Delft, april 2014

## Inhoudsopgave

Abstract .....	4
Inleiding .....	4
Risicofactoren .....	5
Sociale steun .....	6
Gehechtheid aan het ongeboren kind .....	6
Zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol.....	8
Huidige studie .....	9
Methode.....	10
Steekproefgegevens .....	10
Procedure .....	11
Instrumenten .....	12
Multidimensional Scale of Perceived Social Support.....	12
Maternal Antenatal Attachment scale.....	13
Self-Efficacy in the Nurturing Role Questionnaire .....	14
Data-analyseplan.....	14
Univariate data inspectie.....	14
Bivariate data inspectie.....	15
Analyse methoden .....	15
Is er verschil in de mate van ervaren sociale steun op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn? .....	15
Is er verschil in de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn?.....	15
Is er verschil in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn? .....	15
Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op de gehechtheid aan het ongeboren kind?....	15
Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol? .....	16
Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de gehechtheid aan het ongeboren kind, anders voor laag- en hoog-risicomoeders? .....	16
Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, anders voor laag- en hoog-risicomoeders? .....	16

Resultaten .....	16
Descriptive analyse .....	16
Univariate data inspectie .....	17
Bivariate Data inspectie .....	18
Statistische analyses .....	19
Invloed van laag/hog-risico op de mate van ervaren sociale steun.....	19
Invloed van laag/hog-risico op de gehechtheid aan het ongeboren kind .....	21
Invloed van laag/hog-risico op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol .....	21
Invloed van de mate van ervaren sociale steun op de gehechtheid aan het ongeboren kind .....	22
Invloed van de mate van ervaren sociale steun op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol.....	23
Verschillen op basis van laag/hog-risico .....	24
Verschillen op basis van laag/hog-risico .....	24
Conclusie en discussie.....	24
Aanbevelingen .....	26
Literatuurlijst.....	28

## **Abstract**

*Doel:* Deze studie is erop gericht om door middel van kwantitatief onderzoek een aantal aspecten van sociale steun te onderzoeken in het licht van gehechtheid aan het ongeboren kind en zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. De onderzoeksvraag: (A) ‘Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op de gehechtheid aan het ongeboren kind en het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol van aanstaande jonge moeders?’ en (B) ‘Is het gevonden effect van de mate van sociale steun op de gehechtheid aan het ongeboren kind en het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, verschillend voor aanstaande hoog-risicomoeders en laag-risicomoeders?’

*Methode:* 52 aanstaande moeders met een gemiddelde leeftijd tussen de 16 en 26 jaar, in verwachting van hun eerste kind en gemiddeld 29,5 weken zwanger. Op basis van zeven opgestelde risicofactoren voor de zelfredzaamheid van de aanstaande moeder (zoals armoede, een beperkt of instabiel netwerk, psychische problematiek en middelengebruik) zijn 23 moeders in de hoog-risicogroep en 29 moeders in de laag-risicogroep geplaatst.

*Resultaten:* Uit de resultaten blijkt dat laag-risicomoeders meer totale sociale steun ervaren als hoog-risicomoeders, laag-risicomoeders meer sociale steun ervaren van zowel familie, vrienden als significante anderen dan hoog-risicomoeders, de totale mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de met de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind in kwaliteit en de mate van ervaren sociale steun van vrienden een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de met de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind in kwaliteit.

*Discussie:* Er kan geconcludeerd worden dat laag-risicomoeders over het algemeen meer sociale steun ervaren dan hoog-risicomoeders en dat de totale mate van ervaren sociale steun en de ervaren sociale steun van vrienden een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind.

## **Inleiding**

De transitie van een kinderloze vrouw naar een aanstaande moeder brengt complexe veranderingen met zich mee. Veel vrouwen die voor het eerst moeder worden ervaren stress, angst en verwarring gedurende deze periode (Mercer, 1981). Alles is nieuw en nog onbekend. Dit is in het bijzonder ook het geval voor aanstaande ‘jonge moeders’ die in verwachting zijn van hun eerste kind. Naast dat alles nog nieuw en onbekend is, doorloopt de jonge moeder twee ingrijpende fasen in het leven tegelijkertijd. Namelijk het moeder zijn en het volwassen en zelfstandig moeten worden, wat soms moeilijk te combineren is.

Met de term ‘jonge moeders’ worden moeders tot de leeftijd van 24 jaar bedoeld. Er wordt vaak negatief gedacht over jonge moeders of het tienermoederschap. Echter, hoeft het op jonge leeftijd moeder worden niet per definitie problemen met zich mee te brengen. Of het een jonge moeder lukt om zichzelf staande te houden en om haar kind op te voeden, hangt samen met haar eigen voorgeschiedenis en de aanwezigheid of afwezigheid van risicofactoren en beschermende factoren

(Moran, Pederson & Krupka, 2005). In dit onderzoek gaat het om de groep jonge aanstaande moeders die wel problemen ervaren. Deze moeders kunnen gebaat zijn bij effectieve programma's waarin onder andere gericht wordt op de prenatale start, zelfstandigheid, sociale steun, sensitiviteit van de moeders, gehechtheid aan de foetus en bevordering van hun zelfvertrouwen.

### ***Risicofactoren***

De zwangerschap en daarna het ouderschap heeft een grote impact op het leven van (aanstaande) jonge moeders. Dit kan nadelige effecten hebben op het vlak van opleiding, werk en sociale contacten. Risicofactoren zijn gebeurtenissen, individuenkenmerken en opvoedingsomgevingen die samenhangen met een grotere kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten van zowel de moeder als de baby (Dekovic, 1999; Hermanns & Leu, 1998). Er kunnen risicofactoren zijn op het niveau van ouderkenmerken (bijvoorbeeld verminderd welzijn of verslaving) of gezinskenmerken (bijvoorbeeld armoede of een ingrijpende gebeurtenis) (Hermanns, 2004). Het gaat bij jonge moeders veelal om een opeenstapeling van risicofactoren, zoals een laag opleidingsniveau, het ontbreken van een steunend sociaal netwerk of een partner of het ervaren van een hoge mate van ouderlijke stress. Jonge moeders lopen een groter risico op meervoudige problematiek dan moeders van een hogere leeftijd. Zo hebben jonge moeders een verhoogd risico op problemen op het gebied van financiën, huisvesting, gedrag, hechting, op psychosociaal gebied en op ontwikkelingsachterstanden (Gelfland & Teti, 1990; Hermanns & Leenders, 1985; Van der Lee, Van de Vlucht, Wijsen & Cadée, 2009; Ten Brink & Veerman, 1998; Yozwiak, 2010). Problemen van de jonge moeder kunnen gevolgen hebben voor het kind. Zo hebben kinderen van jonge moeders bijvoorbeeld een verhoogd risico om in armoede op te groeien, het slachtoffer te worden van mishandeling en/of verwaarlozing, emotionele problemen, gedragsproblemen en minder gunstige ontwikkelingskansen (Barlow, Smailagice, Bennett, Huband, Jones & Coren, 2011). Ook kunnen de aanwezigheid van risicofactoren binnen een gezin leiden tot een verhoogde kans op 'problematisch' gedrag van ouders. Er zijn verbanden gevonden tussen risicofactoren en een verminderde kwaliteit van de opvoeding, zoals minder structuur, meer autoritair gedrag en een geringe kwaliteit van de ouder-kind relatie (Groenendaal & Dekovic, 2000). Naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn, voeden moeders minder warm op (Meyers, 1999).

Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren gevonden. Dit zijn persoonlijke, sociale of institutionele bronnen die de competentie van het kind of de opvoeders vergroten en een succesvolle ontwikkeling van het kind stimuleren, waardoor de kans dat zich problemen voordoen kleiner wordt (Luthar & Cicchetti, 2000). Ook beschermende factoren kunnen onderscheiden worden op het niveau van het kind (bijvoorbeeld een hoge intelligentie), op het niveau van de ouder (bijvoorbeeld gevoel voor humor) en op gezinsniveau (bijvoorbeeld een hoge sociaal-economische status) (Groenendaal & Van Yperen, 1994; Kijlstra, Prinsen & Schulpen, 2001).

Om te voorkomen dat het jonge ouderschap tot problemen voor het kind leidt, is het van belang dat er speciaal voor hen effectieve interventies met een specifieke aanpak worden ontwikkeld. Jonge

moeders moeten vrijwel direct nadat zij geconfronteerd zijn met een geplande of ongeplande zwangerschap relatief veel stappen naar zelfstandigheid ondernemen. Een veelvoorkomend probleem is dat de jonge moeders moeite hebben met het vinden van informatie en advies of problemen ervaren met het regelen van directe (praktische) hulp ten aanzien van zelfstandige huisvesting, financiën, dagbesteding, kinderopvang en opvoedingsondersteuning. Op langere termijn is het belangrijk dat de hulp en steun aan de jonge moeders gericht is op het ontwikkelen van een positief zelfbeeld, de zelfredzaamheid, het opbouwen van een sociaal netwerk, het aanleren van opvoedingsvaardigheden en op het kunnen vinden van de juiste steun of hulp (Keinemans, 2011).

### ***Sociale steun***

Sociale steun van vrienden en familie blijkt voor jonge moeders van cruciaal belang te zijn (Keinemans, 2011). Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat sociale ondersteuning een positieve invloed op jonge moeders heeft omdat de aanwezigheid van steunende netwerken een positieve invloed lijkt te hebben op onder andere stress, maatschappelijke perspectieven, de ouder-kind relatie, de ouderschapsstijl en de ontwikkelingskansen van het kind (Keinemans, 2011; Moran et al., 2005). Gezien de veronderstelde beschermende werking van sociale steun is het van belang om het sociale netwerk van de aanstaande jonge moeder in de interventieprogramma's te betrekken. Interventieprogramma's kunnen het sociale netwerk beïnvloeden en kunnen zelf ook als steunbron functioneren wanneer het sociale netwerk van de jonge moeder afwezig is of onvoldoende ondersteuning biedt (Hogan, Linden & Najarian, 2002; Keinemans, 2011). Over de vraag in welke mate sociale steun beschermend werkt en op welke manier, verschillen de meningen. Condon en Corkindale (1997) concludeerden dat tevredenheid van de externe sociale steun meer invloedrijk is dan de hoeveelheid sociale steun. Hermanns (1987) suggereerde dat sociale steun alleen 'beschermend' werkt als er sprake is van emotionele steun binnen een intieme of vertrouwensrelatie tussen aanbieder en ontvanger van die sociale steun.

### ***Gehechtheid aan het ongeboren kind***

Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind een belangrijke factor is die de latere ontwikkeling van het kind beïnvloedt (DeKleyn & Greenberg, 2008; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Olds, 2008; Rees, 2005; Sroufe, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 2008). Als kinderen in hun eerste jaar een veilige relatie met hun ouders of verzorgers vormen, hebben ze over het algemeen betere cognitieve uitkomsten, een betere sociale interactie, laten ze minder gedragsproblemen zien en betere resultaten op school (Olds, 2008; Thompson, 2008). Deze bijzondere affectieve relatie tussen ouder en kind wordt gehechtheid genoemd (Condon 1985, 1993; Cranley, 1981). De basisbeginselen van de gehechtheidtheorie zoals beschreven door Bowlby (1969;1973;1979) zijn dat mensen de neiging hebben sterke en aanhankelijk banden te maken met bepaalde anderen, en dat de mentale representaties van vroege ervaringen met

verzorgers leiden tot significante intermenselijke relaties. De meeste onderzoeken over gehechtheid focussen hoofdzakelijk op de gehechtheidrelatie vanuit het perspectief van het kind, na de geboorte. Maar de gehechtheidrelatie vanuit de ouder of verzorger zijn of haar oogpunt wordt minder vaak onderzocht, terwijl deze ouder-kind gehechtheid ook belangrijk is voor zowel het welzijn van de moeder als de ontwikkeling van het kind (Klaus & Kennell, 1976; Laxton-Kane & Slade, 2002; Thompson, 2008). De ontwikkeling van de ouder-kind gehechtheid begint al gedurende de zwangerschap (Brandon, Pitts, Denton, Stringer & Evans, 2009; Raphael-Leff, 2005; Rubin, 1984; Shieh, Kravitz & Wang, 2001). De relatie die de ouder, in dit geval de moeder, dan vormt met de foetus wordt ook wel prenatale gehechtheid genoemd en verwijst naar de vroegste, meest basale vorm van menselijke intimiteit met de foetus (Condon & Corkindale, 1997). Andere auteurs beschrijven prenatale gehechtheid als de mate waarin een vrouw tijd doorbrengt met gedragingen die een relatie en interactie met het ongeboren kind vertegenwoordigen (Cranley, 1981), of als de emotionele relatie tussen een aanstaande moeder en haar kind, die zich prenataal ontwikkelt (Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1997). Volgens een theoretisch model van Condon (1993) zijn er een aantal indicatoren voor de aanwezigheid en de kracht van moeder-foetus gehechtheid. Deze omvatten een verlangen naar kennis over de foetus, plezier in interactie met de foetus (zowel in fantasie als in werkelijkheid) en een verlangen om de ongeboren baby te beschermen en te voldoen aan zijn of haar behoeften, zelfs ten koste van de eigen behoeften.

Veel studies hebben onderzoek gedaan naar prenatale gehechtheid. Zo blijkt dat prenatale gehechtheid een positief effect heeft op het welbevinden van de moeder. Hogere prenatale gehechtheid scores voorspellen aanzienlijk minder postpartum depressieve symptomen (Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1997; Priel & Besser, 1999). Tevens is er een verband te zien tussen hogere prenatale gehechtheidsscores van de moeder en een veilige hechting van de zuigeling aan de moeder (Benoit, Parker & Zeanah, 1997; Fowles, 1996). Daarnaast is prenatale gehechtheid gerelateerd aan gezondheidsbevorderend gedrag zoals het onthouden van alcohol en het verzorgen na de geboorte (Caccia, Johnson, Robinson & Barna, 1991; Condon, 1989; Lindgren, 2001).

Andersom, zijn er ook variabelen geïdentificeerd die significant correleren met moederlijke gehechtheid, namelijk demografische gegevens (als leeftijd, opleiding, SES), zwangerschapsgerelateerde klinische gegevens (als risicostatus van de zwangerschap, uitkomst van de vorige zwangerschap), psychosociale variabelen (als zelfwaardering, sociale steun en copingstijl) en psychopathologische variabelen (als depressieve en angstige symptomen) (Cannella, 2005; Condon & Corkindale, 1997; Van den Bergh & Simons, 2008).

Problemen bij de ouder kunnen de hechtingsrelatie tussen de ouder en het kind beïnvloeden. Daarnaast vormt een onveilige hechtingsrelatie een verhoogd risico voor het ontwikkelen van psychische problematiek op latere leeftijd. Om deze redenen lijken interventies gericht op hechtingsrelaties belangrijk te zijn bij de behandeling van jonge moeders (Olds, 2008). Daarbij is het vooral van belang dat de jonge moeders leren om een positieve interactie met hun kind aan te gaan, om



sensitief te reageren en om meer zelfvertrouwen te ontwikkelen. Er zijn meerdere aanwijzingen dat de prenatale gehechtheid van de moeder een voorloper is op de gehechtheid van de baby aan de moeder na de geboorte. Het is dus van belang om hier al vroeg, in de prenatale fase rekening mee te houden.

### ***Zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol***

Het proces van het vormen van de identiteit 'moeder' is verweven met het proces van het ontwikkelen van een emotionele band met het kind. Beide processen zijn noodzakelijk voor de vrouw voor de ontwikkeling van het competentiegevoel "moeder zijn" en voor het kind voor een gezonde groei en ontwikkeling. Ook de ontwikkeling van de moederlijke identiteit begint al in de prenatale periode (Rubin, 1984).

Vanuit de Social Learning Theory (Bandura, 1971) waarin mensen in sociale situaties vooral leren door imitatie, ontwikkelde Bandura een theorie met betrekking tot motivatie: de Self-efficacy theory. Volgens Bandura (1977; 1982; 1994; 1997) heeft self-efficacy (zelfvertrouwen) betrekking op het persoonlijke oordeel van iemand zijn of haar vermogens en vaardigheden om een toekomstige rol of taak uit te voeren. Het omvat competentiegevoelens welke de hoeveelheid inspanning en doorzettingsvermogen beïnvloedt wat geleverd wordt bij het ondervinden van obstakels of wanneer deze zich voordoen (Bandura, 1982, 1989, 1997; Maddux, 1995). Sommige moeders twifelen aan hun vermogen om "een moeder" te zijn omdat er in hun eigen leven rolmodellen ontbraken. Ouderlijk zelfvertrouwen zou dus een belangrijke bijdrage kunnen leveren in de ontwikkeling van het opvoedingsgedrag van ouders. Het zelfvertrouwen van aanstaande moeders ten aanzien van hun moederrol is dan ook een grote voorspeller voor het ouderschap en daarbij opvoedingsgedrag geobserveerd in zowel thuis (Teti & Gelfand, 1991) als in laboratorium situaties (Donovan & Leavitt, 1989, 1992; Donovan, Leavitt, & Walsh, 1990).

Cutrona en Troutman (1986) hebben een positieve relatie gevonden tussen sociale steun en moederlijke zelfvertrouwen bij moeders van jonge kinderen. Sociale steun had het meeste effect op moeders met een laag zelfvertrouwen en moeilijke kinderen. Teti en Gelfand (1991) rapporteerden een positieve relatie tussen het zelfvertrouwen van de moeder en ouderschapscompetentie. Het gevoel van effectiviteit is belangrijk, vooral voor moeders met een reactieve baby, welke over het algemeen meer moeite met de opvoeding ervaren. Er zijn directe relaties gerapporteerd tussen sociale-echtelijke steun/conflicten en zelfvertrouwen van de moeder. Sociale-echtelijke steun is positief gerelateerd aan het zelfvertrouwen, terwijl echtelijke conflicten of gebrek aan sociale steun negatief geassocieerd wordt met het zelfvertrouwen (Cutrona & Troutman, 1986; Teti & Gelfand, 1991). De self-efficacy theorie zou de invloed van sociaal/huwelijkse steun op het zelfvertrouwen verklaren door processen die sociale overtuiging, verbale aanmoediging en of kansen om significante anderen hun ouderschap te observeren, bevatten. Ook wel plaatsvervangende ervaring of modeling.

### ***Huidige studie***

Naar aanleiding van de besproken literatuur wordt de verwachting gesteld dat er verbanden zijn tussen de ervaren sociale steun, gehechtheid aan het ongeboren kind en zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol bij aanstaande jonge moeders welke in verwachting zijn van hun eerste kind. Echter spelen risicofactoren een rol bij deze verbanden? De onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt: (A) ‘Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op de gehechtheid aan het ongeboren kind en het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol van aanstaande jonge moeders?’ en (B) ‘Is het gevonden effect van de mate van sociale steun op de gehechtheid aan het ongeboren kind en het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, verschillend voor aanstaande hoog-risicomoeders en laag-risicomoeders?’ Er wordt in dit onderzoek gekeken naar de subjectieve beoordeling van de toereikendheid van sociale steun van vrienden, familie en significante anderen, naar de ervaren gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind in tijd en in kwaliteit en naar het ervaren zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol. Allemaal vanuit het oogpunt van de aanstaande jonge moeder zelf. Daarnaast wordt het hoog- of laag-risicomoeder zijn bepaald door de zelfredzaamheid van de aanstaande jonge moeder, wat weer bepaald wordt door enkele risicofactoren.

Naar aanleiding van de besproken literatuur en de geformuleerde onderzoeksvragen, zijn er zeven hypothesen opgesteld. Allereerst wordt verwacht dat er verschil is in de mate van ervaren sociale steun bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders ervaren minder sociale steun dan laag-risicomoeders. Ten tweede wordt verwacht dat er een verschil is in de mate van gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders ervaren minder gehechtheid aan het ongeboren kind dan laag-risicomoeders. Ten derde wordt verwacht dat er een verschil is in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders ervaren minder zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol dan laag-risicomoeders. Ten vierde wordt verwacht dat de mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind, moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd en in kwaliteit. Ten vijfde wordt verwacht dat de mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol, moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. De zesde hypothese is dat de relatie tussen de mate van ervaren sociale steun en de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind verschilt voor laag- en hoog-risicomoeders. Moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd en in kwaliteit. Hierin zullen hoog-risicomoeders een grotere mate gehechtheid aan het ongeboren kind ervaren dan laag-risicomoeders. De laatste hypothese is dat de relatie tussen de mate van ervaren sociale steun en het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol verschilt voor laag- en hoog-risicomoeders. Moeders die een

grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. Hierin zullen hoog-risicomoeders een grotere mate zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol ervaren dan laag-risicomoeders.

Om de onderzoeksvraag en bijbehorende hypothesen te onderzoeken, wordt gebruik gemaakt van een quasi experimenteel onderzoeksdesign waarbij vergelijkend kwantitatief onderzoek wordt gedaan naar verschillen tussen groepen door populatiegemiddelden te vergelijken en te onderzoeken of deze significant verschillen. Hierbij zijn de afhankelijke variabelen ‘gehechtheid aan het ongeboren kind’ en ‘zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol’ en de onafhankelijke variabele ‘mate van ervaren sociale steun’. Ook de variabele ‘Hoog of laag risico’ is van belang om de gevonden verschillen te kunnen vergelijken voor hoog-risicomoeders en laag-risicomoeders. Om deze variabelen te meten worden verschillende meetinstrumenten gebruikt in de vorm van vragenlijsten, welke worden afgenomen bij aanstaande moeders van 16 tot en met 26 jaar welke in verwachting zijn van hun eerste kind.

## **Methode**

### ***Steekproefgegevens***

De steekproef bestaat uit 52 vrouwen uit de randstand van Nederland, welke in verwachting zijn van hun eerste kind. Bij het eerste meetmoment zijn de vrouwen gemiddeld 29,5 weken zwanger ( $SD = 3.68$ ), met een range van 24 tot en met 40 weken. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 22 jaar ( $SD = 2.52$ ), met een leeftijdsrange van 16 tot en met 26 jaar. Van de totale steekproef geven alle participanten ( $N = 52$ ) aan een Nederlandse nationaliteit te hebben. Hiervan geeft 78,4% ( $n = 40$ ) aan ook een Nederlandse etnische achtergrond te hebben. Daarnaast is 3,9% ( $n = 2$ ) Surinaams-Hindoestaans, 7,8% ( $n = 4$ ) Antilliaans of Arubaans, heeft 2,0% ( $n = 1$ ) een gemengde etnische achtergrond 7,8% ( $n = 4$ ) geeft aan een andere etnische achtergrond te hebben en van 1 respondent (2%) ontbreken de gegevens hierover.

In dit onderzoek worden de participanten na de eerste afspraak (huisbezoek) ingedeeld in een hoog-risicogroep of een laag-risicogroep. De aanstaande moeders worden in de hoog-risicogroep ingedeeld wanneer er zorgen zijn om de zelfredzaamheid van de moeder, met bijkomend minimaal één van de volgende risicofactoren:

- Werkloos;
- Armoede/financiële problemen;
- Huisvestingsproblemen;
- Beperkt of instabiel sociaal netwerk;
- Alleenstaand of wisselende partners;
- Psychische problematiek (o.a. depressie- en angstklachten, borderline problematiek, agressie);
- Middelengebruik: roken, alcohol of drugs tijdens de zwangerschap.

De aanwezigheid van minimaal één van deze risicofactoren maken het voor de aanstaande moeder moeilijker om zich in de maatschappij staande te houden en zich de moederrol eigen te maken. Zijn er geen zorgen om de zelfredzaamheid van de moeder en is er geen sprake van minimaal één van bovenstaande risicofactoren, dan wordt de moeder in de laag-risicogroep geplaatst. In de in dit onderzoek gebruikte steekproef is 44,2% ( $n = 23$ ) van de moeders in de hoog-risicogroep geplaatst en is 55,8% ( $n = 29$ ) van de moeders in de laag-risicogroep geplaatst.

De groep laag-risicomoeders ( $N = 29$ ) is gedurende het eerste meetmoment gemiddeld 29,6 weken zwanger ( $SD = 3.65$ ), met een range van 26 tot en met 40 weken en gemiddeld 22,9 jaar oud ( $SD = 2.07$ ), met een range van 18 tot en met 26 jaar. Hiervan geven alle participanten ( $N = 29$ ) aan een Nederlandse nationaliteit te hebben en geeft 85,7% ( $n = 24$ ) aan ook een Nederlandse etnische achtergrond te hebben. Voorgenoemd percentage betreffende de variabele 'Etnische achtergrond', is een percentage van een totaal van 28 laag-risico respondenten omdat in deze variabele 1 missende waarde is gevonden. Als werkstatus geeft 72,4% ( $n = 21$ ) aan wel werk te hebben en geeft 27,6% ( $n = 8$ ) aan geen werk te hebben.

De groep hoog-risicomoeders ( $N = 23$ ) is gedurende het eerste meetmoment gemiddeld 29,4 weken zwanger ( $SD = 3.80$ ), met een range van 24 tot en met 37 weken en gemiddeld 20,8 jaar oud ( $SD = 2.59$ ), met een range van 16 tot en met 25 jaar. Hiervan geven alle participanten ( $N = 23$ ) aan een Nederlandse nationaliteit te hebben en geeft 69,6% ( $n = 16$ ) aan ook een Nederlandse etnische achtergrond te hebben. Als werkstatus geeft 43,5% ( $n = 10$ ) aan wel werk te hebben en geeft 56,5% ( $n = 13$ ) aan geen werk te hebben.

### ***Procedure***

De participanten zijn geworven via verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen, zwangerschapsklasjes, zwangerschapsyoga, zwangerschapswemmen, ROC's, de website <http://www.eengoedbegin-leiden.nl> en relevante beurzen als de 9-maandenbeurs. Inclusiecriteria waren: aanstaande moeders tussen 17 en 25 jaar, welke in verwachting zijn van hun eerste kind, met voorkeur minder dan 28 weken zwanger en met voldoende beheersing van de Nederlandse taal (spreken en lezen). Exclusiecriteria waren: zware drugsverslaving of ernstige psychiatrische problematiek waarvoor zwaardere psychiatrische hulpverlening noodzakelijk is, een intelligentieniveau lager dan 70, ernstige medische problemen of als gedurende de zwangerschap al bekend is dat de baby een dermate ernstige afwijking heeft dat de ontwikkeling van het kind afwijkend zal gaan verlopen.

Met de geworven participanten die aan de gestelde criteria voldoen, is telefonisch een afspraak gemaakt voor een huisbezoek. Dit vond naar wens van de participant plaats bij de persoon zelf of op een andere locatie, zoals op het babylab van de Universiteit Leiden of bij vrienden/familie van de participant of een openbare gelegenheid. Één tot twee dagen voor het huisbezoek werd telefonisch contact opgenomen met de participant ter herinnering van de afspraak en met de vraag of deze nog gelegen kwam en door kon gaan. Zo niet dan werd er een andere afspraak gemaakt. Op het huisbezoek

werd een ‘informed consent’ getekend, een toestemmingsverklaring voor vrijwillige deelname aan het onderzoek ‘Een goed begin’, en werd een interview en meerdere vragenlijsten afgenomen. Tevens werd een pakketje vragenlijsten en een gefrankeerde retourenvelop achtergelaten met het verzoek deze te retourneren naar de Universiteit Leiden. Aan het einde van de afspraak kreeg de participant een presentje als dank voor het deelnemen. Waren de vragenlijsten na twee weken na de afspraak nog niet binnen, dan werd er opnieuw contact opgenomen met de participant om te vragen of de vragenlijsten alsnog konden worden opgestuurd. Als de participant problemen ondervond met het invullen en of opsturen van de vragenlijsten, werd er voorgesteld dat een studentonderzoeker langs kwam om de vragenlijsten te helpen invullen en dan mee te nemen. De vragenlijsten zijn zowel anoniem ingevuld als verwerkt door per respondent gebruik te maken van een ID-code. In dit onderzoek wordt enkel gebruik gemaakt van de data van drie van de dertien ingevulde vragenlijsten, namelijk de vragenlijsten MSPSS, MAAS en SENR welke relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Deze vragenlijsten worden in de sectie ‘instrumenten’ besproken.

### ***Instrumenten***

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie zelfrapportage meetinstrumenten in de vorm van vragenlijsten. Deze meetinstrumenten zullen in deze sectie achtereenvolgens worden besproken.

***Multidimensional Scale of Perceived Social Support.*** De onafhankelijke variabele ‘mate van ervaren sociale steun’ is gemeten met het instrument Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). De MSPSS is een zelfrapportage vragenlijst welke de subjectieve beoordeling van de toereikendheid van sociale steun van familie, vrienden en significante anderen meet. De MSPSS vragenlijst bestaat uit twaalf items met een 7-punts Likertschaal (1 = zeer sterk oneens, 2 = sterk oneens, 3 = redelijk oneens, 4 = neutraal, 5 = redelijk eens, 6 = sterk eens, 7 = zeer sterk eens) (Likert, 1932). Van de twaalf items toetsen vier items de toereikendheid van sociale steun betreft familie (items 3, 4, 8, 11), vier items betreft vrienden (items 6, 7, 9, 12) en vier items betreft significante anderen (items 1, 2, 5, 10). Een voorbeelditem van de subschaal familie: “Mijn familie probeert me echt te helpen”. Een voorbeelditem van de subschaal vrienden: “Ik kan op mijn vrienden rekenen als er als er dingen mis gaan”. Een voorbeelditem van de subschaal significante anderen: “Er is een speciaal persoon met wie ik al mijn vreugde en verdriet kan delen”. Wie de significante andere is, wordt aan de respondent zelf overgelaten (Canty-Mitchell & Zimet, 2000).

In studies met verschillende populaties als studenten (Dahlem, Zimet & Walker, 1991; Kazarian & McCabe, 1991), adolescenten (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990), zwangere vrouwen (Zimet et al., 1990) en psychiatrische patiënten (Cecil, Stanley, Carrion & Swann, 1995; Zimet et al., 1990), is aangetoond dat de MSPSS een psychometrisch en theoretisch betrouwbaar en valide instrument is (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat, 2008; Dahlem et al., 1991). In Tabel 1 worden de psychometrische eigenschappen van de totale MSPSS schaal en de afzonderlijke subschalen weergegeven. Volgens de betrouwbaarheidscriteria van Cohen

(1988) staan de Cronbach's alpha waarden uit Tabel 1 voor een goede betrouwbaarheid ( $\alpha < .60$  = onvoldoende,  $.60 \leq \alpha < .70$  = voldoende,  $\alpha \geq .70$  = goed).

Tabel 1.

*Psychometrische eigenschappen van de MSPSS<sup>1</sup>*

Vragenlijst	Aantal items	Cronbach's alpha	Gemiddelde inter-item correlatie
MSPSS	12	.88	.39
Familie	4	.91	.73
Vrienden	4	.91	.72
Significante anderen	4	.89	.68

<sup>1</sup> MSPSS: *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*.

**Maternal Antenatal Attachment scale.** De afhankelijke variabele 'gehechtheid aan het ongeboren kind' is gemeten met het instrument Maternal Antenatal Attachment scale (MAAS; Condon, 1993). De MAAS is een zelfrapportage vragenlijst en meet de kwaliteit en de intensiteit waarin de foetus een centrale plaats krijgt in het emotionele leven van de zwangere vrouw van de twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. De MAAS vragenlijst bestaat uit negentien items met vijf antwoord categorieën die de frequentie of de intensiteit van de gevraagde ervaringen weergeven. Van de negentien items toetsen elf items de kwaliteit van de relatie met de foetus (items 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19) en acht items de intensiteit van preoccupatie met de foetus (items 1, 4, 5, 8, 12, 14, 17, 18). Een voorbeelditem van de subschaal kwaliteit van de relatie met de foetus: "Wanneer ik de voorbije twee weken over de baby in mijn buik praatte of er aan dacht, waren de emotionele gevoelens die ik had: Zeer zwak tot onbestaand, Vrij zwak, Tussen sterk en zwak, Vrij sterk, Zeer sterk". Een voorbeelditem van de subschaal intensiteit van preoccupatie met de foetus: "De Voorbije twee weken heb ik aan de baby in mijn buik gedacht of ben ik er mee bezig geweest: Bijna voortdurend, Zeer dikwijls, Dikwijls, Af en toe, Helemaal niet". In deze studie zal er worden gewerkt met een totaalscore van gehechtheid aan het ongeboren kind.

In het onderzoek van Condon (1993) is er een factoranalyse uitgevoerd om te kijken of de negentien items adequaat werden gerepresenteerd in twee factoren kwaliteit en intensiteit. Hoewel de structuur met de twee factoren als beste naar voren kwam in de factoranalyse, kon slechts 39% van de variantie verklaard worden. De interne consistentie van de twee schalen is voldoende na het reduceren van de oorspronkelijke zevenentwintig items tot de huidige negentien items. De Cronbachs alpha van de totale MAAS schaal en de afzonderlijke subschalen is  $< .82$ . Volgens de betrouwbaarheidscriteria van Cohen (1988) staat deze Cronbach's alpha waarde voor een goede betrouwbaarheid ( $\alpha < .60$  = onvoldoende,  $.60 \leq \alpha < .70$  = voldoende,  $\alpha \geq .70$  = goed).

*Self-Efficacy in the Nurturing Role Questionnaire.* De afhankelijke variabele ‘zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol’ is gemeten met het instrument Self-Efficacy in the Nurturing Role Questionnaire (SENR; Pedersen, Bryan, Huffman & Del Carmen, 1989). Deze zelfrapportage vragenlijst is in 1989 aangepast door Pedersen et al. naar aanleiding van de Parental Competence Scale (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978). In 2008 is de SENR vertaald naar het Nederlands door Oosterman en Schuengel. De SENR meet de moeder haar perceptie van de algemene competentie van basis vaardigheden welke nodig zijn bij het zorgen voor een kind. De schaal is aangepast naar een prenatale versie specifiek voor hoe aanstaande moeders verwachten dat hun algemene competentie van basis vaardigheden voor het zorgen voor een kind zullen zijn. De SENR vragenlijst bestaat uit zestien items met een 7-punts Likertschaal (1 = helemaal niet van toepassing op mij, 2, 3 = een beetje van toepassing op mij, 4, 5 = behoorlijk van toepassing op mij, 6, 7 = heel erg van toepassing op mij) (Likert, 1932). Een voorbeelditem: “Ik kijk er naar uit om moeder te worden en heb vertrouwen in mijn rol als moeder”. Een ander voorbeelditem: “Ik heb het gevoel dat ik snel de basisvaardigheden voor de verzorging van mijn kind zal beheersen”. Een ander voorbeelditem: “Ik verwacht dat ik mijn baby gemakkelijk kan troosten als hij of zij huult of jengelig is”. In deze studie gaat het om de prenatale versie van de SENR welke wordt afgenomen in het derde trimester, rond de 27<sup>e</sup> week van de zwangerschap.

In eerdere studies heeft men aangetoond dat de totale SENR schaal een robuuste en adequate test-hertest betrouwbaarheid heeft en een hoge interne consistentie, zo wel prepartum als postpartum (Hsu & Sung, 2007; Pedersen et al., 1989; Porter & Hsu, 2003). De studie van Hsu en Sung (2007) gaf een interne betrouwbaarheid met een Cronbach’s alpha van .80 weer, op 3 maanden postpartum. De studie van Porter en Hsu (2003) gaf een interne betrouwbaarheid met een Cronbach’s alpha van .91 weer op 30 tot 34 weken van de zwangerschap en een Cronbach’s alpha van .78 op zowel 1 maand als 3 maanden postpartum. Volgens de betrouwbaarheidscriteria van Cohen (1988) staan deze Cronbach’s alpha waarden voor een goede betrouwbaarheid ( $\alpha < .60$  = onvoldoende,  $.60 \leq \alpha < .70$  = voldoende,  $\alpha \geq .70$  = goed).

### ***Data-analyseplan***

Voorafgaand aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen is er een inspectie van data uitgevoerd. Deze zal eerst worden beschreven waarbij er een onderscheid is gemaakt tussen de univariate en de bivariate data inspectie. Vervolgens zullen per hypothese de analysemethoden worden beschreven. Alle analyses zijn uitgevoerd met behulp van het computerprogramma Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 19.0.

***Univariate data inspectie.*** Bij de univariate data inspectie worden de variabelen apart onderzocht. Eerst wordt er gekeken naar de algemene karakteristieken van de variabelen. Aannames worden gecontroleerd op missende waarden, uitbijters en normaliteit. Bij de categorische variabelen gebeurt dit aan de hand van een frequentietabel en bij de numerieke variabelen gebeurt dit via een

descriptieve analysetabel met gemiddelde, standaarddeviatie, minimum, maximum, skewness (scheefheid), kurtosis (gepiektheid) en missende waarden. Hiervoor wordt er per numerieke variabele via explore een boxplot, histogram, Normal Q-Q plot, Detrended Normal Q-Q plot en een Kolmogorov-Smirnov of Shapiro-Wilk test naar normaliteit uitgevoerd.

***Bivariate data inspectie.*** Bij de bivariate data inspectie wordt de samenhang tussen variabelen geanalyseerd. Ook binnen de bivariate data inspectie worden aannames geanalyseerd. Er wordt gecontroleerd op bivariate uitbijters, multicollineariteit en homoscedasticiteit. Hiervoor wordt er een scatterplot, correlatie matrix en een scatter matrix uitgevoerd.

***Analyse methoden.*** Om te bepalen of er significante groepsverschillen bestaan, wordt er gebruik gemaakt van verschillende analysemethoden.

***Is er verschil in de mate van ervaren sociale steun op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden er twee analyses uitgevoerd. Met behulp van enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) zal er worden bepaald of er significant verschil is in de totale mate van ervaren sociale steun op basis van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn. Met behulp van multi-pele variantie-analyse (MANOVA) zal er worden bepaald of er significant verschil is in de mate van ervaren sociale steun van familie, vrienden of significante anderen op basis van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn.

***Is er verschil in de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden er twee analyses uitgevoerd. Met behulp van enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) zal er worden bepaald of er significant verschil is in de totale mate van gehechtheid aan het ongeboren kind op basis van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn. Met behulp van multi-pele variantie-analyse (MANOVA) zal er worden bepaald of er significant verschil is in tijd en kwaliteit van de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind op basis van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn.

***Is er verschil in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn?*** Met behulp van enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) zal er worden bepaald of er significant verschil is in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol op basis van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn.

***Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op de gehechtheid aan het ongeboren kind?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden er drie typen analyses uitgevoerd. Allereerst wordt er een correlatiematrix waarin de zeven variabelen worden meegenomen. Met behulp van een enkelvoudige regressieanalyse zal er worden bepaald of er een significant verband is tussen de variabelen totale mate van ervaren sociale steun en totale gehechtheid aan het ongeboren kind. Met behulp van twee multivariaat multi-pele regressieanalyses zal er worden bepaald of er een significant verband is tussen de variabelen mate van ervaren sociale steun van familie, vrienden of significante anderen en gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd of kwaliteit.



***Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden er drie typen analyses uitgevoerd. Allereerst wordt er een correlatiematrix waarin de vijf variabelen worden meegenomen. Met behulp van een enkelvoudige regressieanalyse zal er worden bepaald of er een significant verband is tussen de variabelen totale mate van ervaren sociale steun en totale zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. Met behulp van een multivariaat multi-pele regressieanalyse zal er worden bepaald of er een significant verband is tussen de variabelen mate van ervaren sociale steun van familie, vrienden of significante anderen en totale zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol.

***Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de gehechtheid aan het ongeboren kind, anders voor laag- en hoog-risicomoeders?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden de drie typen analyses uitgevoerd van onderzoeksvraag 4 herhaald voor de selectie laag-risicomoeders en voor de selectie hoog-risicomoeders.

***Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, anders voor laag- en hoog-risicomoeders?*** Om deze onderzoeksvraag te onderzoeken worden de drie typen analyses uitgevoerd van onderzoeksvraag 5 herhaald voor de selectie laag-risicomoeders en voor de selectie hoog-risicomoeders.

## **Resultaten**

### ***Descriptive analyse***

Allereerst heeft er hercodering van data plaatsgevonden en is er data omgepoold. De variabele Risico is samengesteld aan de hand van de variabele Groep, onderverdeeld in een laag-risicogroep gecodeerd als 0 (LR-groep) en een hoog-risicogroep gecodeerd als 1 (HR-controle en HR-interventie). Aan de hand van de data van de SENR is er data omgepoold (items 3, 4, 6, 10, 11, 13, 16) en is de variabele SENRTotaal samengesteld, welke de totaalscore van de SENR scores per respondent weergeeft. Aan de hand van de data van de MAAS is er data omgepoold (items 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 18) en zijn er drie extra variabelen samengesteld. Namelijk MAASTotaal welke de totaalscore van de MAAS scores per respondent weergeeft, MAASTijd welke de totale score van de subschaal tijd (items 1, 4, 5, 8, 12, 14, 17, 18) per respondent weergeeft en MAASKwaliteit welke de totale score van de subschaal kwaliteit (items 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19) per respondent weergeeft. Aan de hand van de data van de MSPSS zijn er vier extra variabelen samengesteld. Namelijk MSPSSTotaal welke de totaalscore van de MSPSS scores per respondent weergeeft, MSPSSFamilie welke de totale score van de subschaal familie (items 3, 4, 8, 11) per respondent weergeeft, MSPSSVrienden welke de totale score van de subschaal vrienden (items 6, 7, 9, 12) per respondent weergeeft en MSPSSSigAnd welke de totale score van de subschaal significante anderen (items 1, 2, 5, 10) per respondent weergeeft.

### *Univariate data inspectie*

Allereerst is er gekeken naar de algemene karakteristieken van de categorische variabelen door middel van frequentietabellen en de numerieke variabelen in beschrijvende tabellen. Opvallend is dat er voor elke variabele missende waarden zijn. Het aantal missende waarden is beperkt en het lijkt erop dat enkele respondenten bepaalde delen van de vragenlijsten niet hebben ingevuld, waardoor deze missende waarden steeds terug komen in de verschillende variabelen en subschalen. Er zal dan ook geen missende waarde analyse worden uitgevoerd. Er is gekozen voor de instelling exclude cases listwise, zodat cases die voor tenminste één variabele een missende waarde hebben, in geen enkele analyse worden meegenomen (Valid  $N(\text{listwise}) = 46$ ). Zo blijft het aantal respondenten per variabele per analyse gelijk en kunnen deze groepen vergeleken worden. Met deze manier van exclusie van missende waarden blijven er nog voldoende cases per variabele over ( $N > 30$ ), zie Tabel 2.

Tabel 2.

#### *Karakteristieken onderzoeksvariabelen*

	<i>N</i> valid	<i>N</i> missing	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	$Z_{\text{skewness}}^1$	$Z_{\text{kurtosis}}^2$
MSPSS Totaal	50	2	43	84	72.64	10.06	-1.15	1.18
MSPSS Familie	50	2	9	28	23.00	4.90	-1.09	.50
MSPSS Vrienden	50	2	12	28	23.18	4.16	-.82	.39
MSPSS Sig And	50	2	17	28	26.44	2.70	-1.32	3.28
MAAS Totaal	51	1	57	90	80.53	7.11	-1.35	2.09
MAAS Tijd	51	1	18	38	31.22	4.20	-1.12	2.28
MAAS Kwaliteit	51	1	38	54	49.31	3.47	-1.32	1.90
SENR Totaal	48	2	67	112	97.7	8.83	-.95	1.89

<sup>1</sup>  $Z_{\text{skewness}} = \text{gestandaardiseerde skewness (skewness/standaardmeetfout)}$ .

<sup>2</sup>  $Z_{\text{kurtosis}} = \text{gestandaardiseerde kurtosis (kurtosis/standaardmeetfout)}$ .

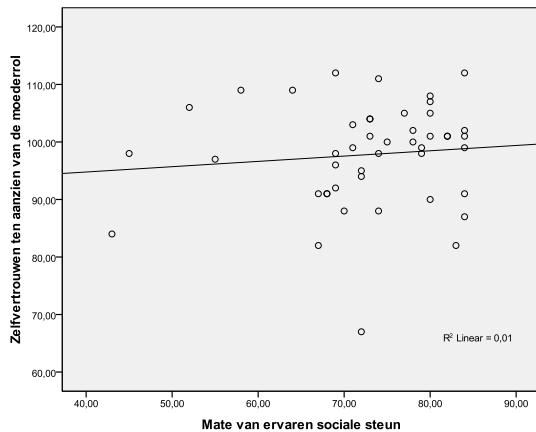
Om te onderzoeken of er uitbijters zijn, wordt er gekeken naar boxplots. Bij alle acht numerieke variabelen zijn er uitbijters te zien. Bij verdere inspectie van deze uitbijters lijken dit onverklaarbare buitengewone scores te zijn. Het gemiddelde en het 5% getrimde gemiddelde liggen voor alle acht numerieke variabelen dicht bij elkaar. De extreme scores hebben dus geen grote invloed op het gemiddelde. Er zal niets met deze uitbijters gedaan worden. Wel zullen deze uitbijters bij elke analyse in ogenschouw genomen worden. Vervolgens zijn de variabelen getoetst op normaliteit. De histogrammen van alle acht numerieke variabelen zien er redelijk normaal uit volgens de normale verdelingslijn. Er zijn uitschieters, maar geen opvallende patronen te zien. De Normal Q-Q plots van deze variabelen geven in een spreidingsdiagram een redelijke rechte lijn weer tussen de cumulatieve verdeling van de variabele en de te verwachte cumulatieve verdeling. Echter de Detrended Normal Q-Q plots geven een systematisch patroon weer van alle punten van feitelijke afwijkingen van de

horizontale nullijn. Bij SENRTotaal, MAASTijd, MAASKwaliteit, MSPSSTotaal, MSPSSFamilie en MSPSSVrienden ontstaat er een piek-vorm en bij MAASTotaal, MAASKwaliteit en MSPSSSigAnd ontstaat er een gepiekte M-vorm. Dit zijn tekenen dat de variabelen niet normaal verdeeld zijn dus is er een extra goodness-of-fit toets uitgevoerd. Er is gekozen voor de Kolmogorov-Smirnov toets omdat we hier te maken hebben met grotere steekproeven ( $N > 50$ , in dit geval is  $N$  rond de 50), zie Tabel 2. Volgens deze toets verschillen de variabelen MSPSSTotaal ( $p = .014$ ), MSPSSFamilie ( $p = .003$ ), MSPSSSigAnd ( $p < .001$ ), MAASTotaal ( $p < .001$ ), MAASTijd ( $p = .011$ ), MAASKwaliteit ( $p < .001$ ), SENRTotaal ( $p = .026$ ) significant van de normaalverdeling, volgens een significantie niveau van  $\alpha = 0.05$ . Alleen de variabele MSPSSVrienden ( $p = .089$ ) blijkt volgens deze test normaal verdeeld te zijn.

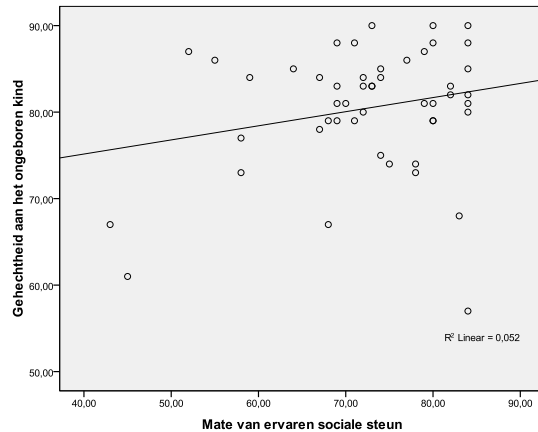
Ten slotte is er voor zowel de numerieke variabelen als de categorische variabelen de standaard skewness en standaard kurtosis berekend. Bij een standaard normaalverdeling zijn de skewness en kurtosis gelijk aan nul. Echter als de gestandaardiseerde skewness en kurtosis tussen -3 en 3 ligt, kunnen we toch uitgaan van een redelijk normale verdeling. In Tabel 2 zien we dat we alle acht numerieke variabelen als normaal verdeeld kunnen beschouwen. Alleen bij de variabele MSPSSSigAnd ( $z_{kurtosis} = 3.28$ ) is de gestandaardiseerde kurtosis  $> 3$ . Toch zullen we deze variabelen meenemen in het onderzoek omdat de overschrijding erg klein is, de gestandaardiseerde skewness wel binnen de range van -3 en 3 ligt en er sprake is van een grote steekproef ( $N > 30$ ), zie Tabel 2, waardoor de schending van normaliteit minder ernstig zal zijn.

### ***Bivariate Data inspectie***

Er zijn twee scatterplots gemaakt, een met afhankelijke variabele zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol en onafhankelijke variabele mate van ervaren sociale steun en een met afhankelijke variabele gehechtheid aan het ongeboren kind en onafhankelijke variabele mate van ervaren sociale steun, zie Figuur 1 en Figuur 2. Bij beide scatterplots liggen de punten willekeurig over het hele diagram verspreid. Echter omdat de puntenwolk geen duidelijk geometrisch patroon vertoont, kan het verband toch als lineair worden beschouwd. Doordat de punten in de scatterplots over het hele spreidingsdiagram verspreid liggen zijn er geen ernstige bivariate uitbijters te onderscheiden.

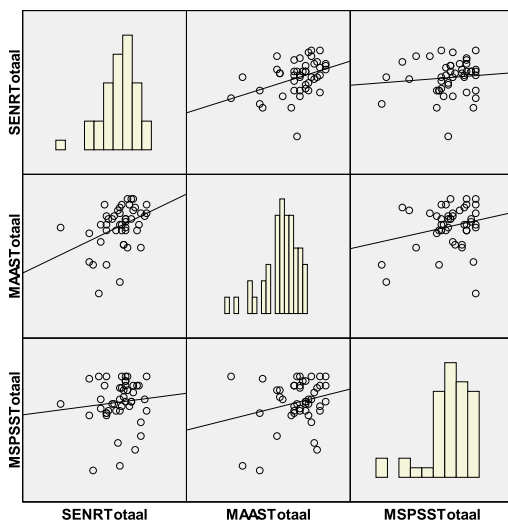


*Figuur 1. Scatterplot zelfvertrouwen moederrol*



*Figuur 2. Scatterplot gehechtheid foetus*

Een andere aanname is dat er geen multicollineariteit mag zijn. Uit een correlatiematrix met de onafhankelijke variabelen per onderzoeksvraag blijkt dat er geen correlaties zijn met een waarde van  $|r| > .90$ . er is dus geen sprake van multicollineariteit. Ook mag er geen sprake zijn van homoscedasticiteit. Uit een scatter matrix met de numerieke variabelen zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, gehechtheid aan het ongeboren kind en mate van ervaren sociale steun, blijkt dat de puntenwolken tussen de variabelen van elkaar verschillen. Zie Figuur 3. Er is geen homogeniteit in varianties en dus geen homoscedasticiteit.



*Figuur 3. Scatter matrix*

### **Statistische analyses**

**Invloed van laag/hoo-risico op de mate van ervaren sociale steun.** Is er verschil in de mate van ervaren sociale steun op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn? Deze onderzoeksvraag is onderzocht aan de hand van twee analyses. Om te bepalen of de variabele totale mate van ervaren

sociale steun en het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn significant verschillen wordt er een enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) uitgevoerd. Er is een significant verschil in de totale mate van ervaren sociale steun [ $F(1, 49) = 13,296, p = .001$ ] waarbij laag-risicomoeders ( $M = 76.75, SD = 7.63$ ) gemiddeld een hogere mate van ervaren sociale steun ervaren dan hoog-risicomoeders ( $M = 67.41, SD = 10.49$ ). Zie Tabel 3.

Tabel 3.

*Variantie-analyse tabel: Totale mate van ervaren sociale steun*

Variantiebron	SS	df	MS	F	p
Risico	1074.95	1	1074.95	13.296	.001
Binnen (residueel)	3880.57	48	80.85		
Totaal	4955.52	49			

Om te bepalen of de variabele mate van ervaren sociale steun van familie, vrienden of significante anderen en het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn significant verschillen wordt er een multiële variantie-analyse (MANOVA) uitgevoerd. Er is een overall effect van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn [ $F(3) = 4.694, p = .006$ ]. Er is een significant groepsverschil gevonden in de mate van ervaren sociale steun door familie [ $F(1) = 11.014, p = .002$ ] waarbij laag-risicomoeders ( $M = 24.86, SD = 3.71$ ) gemiddeld meer sociale steun van familie ervaren dan hoog-risicomoeders ( $M = 20.64, SD = 5.28$ ). Er is een significant groepsverschil gevonden in de mate van ervaren sociale steun door vrienden [ $F(1) = 4.515, p = .039$ ] waarbij laag-risicomoeders ( $M = 24.25, SD = 3.51$ ) gemiddeld meer sociale steun van vrienden ervaren dan hoog-risicomoeders ( $M = 21.82, SD = 4.58$ ). Er is een significant groepsverschil gevonden in de mate van ervaren sociale steun door significante anderen [ $F(1) = 6.984, p = .011$ ] waarbij laag-risicomoeders ( $M = 27.28, SD = 1.80$ ) gemiddeld meer sociale steun van significante anderen ervaren dan hoog-risicomoeders ( $M = 25.36, SD = 3.27$ ). Zie Tabel 4.

Tabel 4.

*Multiële variantie-analyse tabel: Mate van ervaren sociale steun*

Variantiebron	SS	df	MS	F	p
Risico * MSPSSFamilie	219.48	1	80.85	11.014	.002
Risico * MSPSSVrienden	72.86	1	72.86	4.515	.039
Risico * MSPSSSigAnd	45.52	1	45.52	6.984	.011
Binnen (residueel)		48			
Totaal		49			

**Invloed van laag/hog-risico op de gehechtheid aan het ongeboren kind.** Is er verschil in de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn? Deze onderzoeksvraag is onderzocht aan de hand van twee analyses. Om te bepalen of de variabele totale gehechtheid aan het ongeboren kind en het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn significant verschillen wordt er een enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) uitgevoerd. Er is geen significant verschil in de totale gehechtheid aan het ongeboren kind gevonden [ $F(1) = 1,304, p = .259$ ]. Zie Tabel 5.

Tabel 5.

*Variantie-analyse tabel: Totale gehechtheid aan het ongeboren kind*

Variantiebron	SS	df	MS	F	p
Risico	65.60	1	65.60	1.304	.259
Binnen (residueel)	2465.11	49	50.31		
Totaal	2530.71	50			

Om te bepalen of de variabele gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd of kwaliteit en het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn significant verschillen, wordt er een multipele variantie-analyse (MANOVA) uitgevoerd. Er is geen overall effect van het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn gevonden [ $F(2) = .939, p = .398$ ]. Er is ook geen significant groepsverschil gevonden in de gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd [ $F(1) = 1.798, p = .186$ ] of in kwaliteit [ $F(1) = .552, p = .473$ ]. Zie Tabel 6.

Tabel 6.

*Multipele variantie-analyse tabel: Mate van ervaren sociale steun*

Variantiebron	SS	df	MS	F	p
Risico * MAASTijd	31.17	1	31.17	1.798	.186
Risico * MAASKwaliteit	6.34	1	6.34	.522	.473
Binnen (residueel)		49			
Totaal		50			

**Invloed van laag/hog-risico op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol.** Is er verschil in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol op basis van het laag- of hoog-risicomoeder zijn? Om te bepalen of de variabele zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol en het laag-risicomoeder of hoog-risicomoeder zijn significant verschillen wordt er een enkelvoudige variantie-analyse (ANOVA) uitgevoerd. Er is geen significant verschil in het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol [ $F(1) = 1,699, p = .199$ ]. Zie Tabel 7.

Tabel 7.

*Variantie-analyse tabel: Totale gehechtheid aan het ongeboren kind*

Variantiebron	SS	df	MS	F	p
Risico	130.37	1	130.37	1.699	.199
Binnen (residueel)	3530.63	46	3530.63		
Totaal	3661.00	47			

***Invloed van de mate van ervaren sociale steun op de gehechtheid aan het ongeboren kind.***

Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op de gehechtheid aan het ongeboren kind? Allereerst wordt er een correlatiematrix uitgevoerd waarin de zeven variabelen worden meegenomen. Alle verbanden in de correlatiematrix zijn positief. Als de ene variabele toeneemt, neemt de andere variabele ook toe. Uit de correlatiematrix blijkt dat niet alle correlatiecoëfficiënten significant zijn volgens een significantie niveau van  $\alpha = 0.05$ . Er zijn enkele significante correlaties tussen de MSPSSTotaal en de subschalen van de MSPSS. Als er naar correlaties tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen wordt gekeken zien we dat er een significante correlatie is tussen MSPSSVrienden - MAASKwaliteit ( $r = .325, p = .023$ ). Er is ook een trend gevonden MSPSSTotaal - MAASKwaliteit ( $r = .262, p = .069$ ). Bij een trend geldt een p waarde van  $0.05 < p < 0.08$ , welke als bijna significant wordt beschouwd volgens een significantie niveau van  $\alpha = 0.05$  (Hooglander, 2009). Trends zullen in dit onderzoek meegenomen worden als noemenswaardige groepsverschillen. Gezien de significante en trend correlaties zullen er twee enkelvoudige regressieanalyses worden uigevoerd.

Om te bepalen of er een significant verband is tussen de variabelen mate van ervaren sociale steun van vrienden en gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit wordt er een enkelvoudige regressieanalyse uitgevoerd. Uit het determinatiecoëfficiënt van  $R^2 = .106$  blijkt dat 10,6% van de variantie van gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit wordt verklaard door de mate van ervaren sociale steun van vrienden. De regressiecoëfficiënt is significant [ $F(1) = 5.562, p = .023$ ]. Als we naar de coëfficiënten kijken, zien we dat een toename van de onafhankelijke variabele mate van ervaren sociale steun van vrienden een toename in gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit geeft ( $B = .275, p = .023$ ). Zie Tabel 8.

Tabel 8.

*Regressieanalyse tabel: afhankelijke variabele: Gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit*

	Ongestandaardiseerd e coëfficiënten		Gestandaardiseerde coëfficiënten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Std. Error	Beta		
(Constante)	42.888	2.729		15.718	< .001
MSPSSVrienden	.275	.116	.325	2.358	.023

Om te bepalen of er een significant verband is tussen de variabelen totale mate van ervaren sociale steun en gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit wordt er een enkelvoudige regressieanalyse uitgevoerd. Uit het determinatiecoëfficiënt van  $R^2 = .068$  blijkt dat slechts 6,8% van de variantie van gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit wordt verklaard door de totale mate van ervaren sociale steun. De regressiecoëfficiënt is een trend [ $F(1) = 3.455, p = .069$ ]. Bij een trend geldt een *p* waarde van  $0.05 < p < 0.08$ , welke als bijna significant wordt beschouwd volgens een significantie niveau van  $\alpha = 0.05$  (Hooglander, 2009). Als we naar de coëfficiënten kijken, zien we dat een toename van de onafhankelijke variabele totale mate van ervaren sociale steun een toename in gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit geeft ( $B = .091, p = .069$ ). Zie Tabel 9.

Tabel 9.

*Regressieanalyse tabel: afhankelijke variabele: Gehechtheid aan het ongeboren kind in kwaliteit*

	Ongestandaardiseerd e coëfficiënten		Gestandaardiseerde coëfficiënten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Std. Error	Beta		
(Constante)	42.643	3.574		11.930	< .001
MSPSSTotaal	.091	.049	.262	1.859	.069

***Invloed van de mate van ervaren sociale steun op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol.*** Heeft de mate van ervaren sociale steun invloed op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol? Allereerst wordt er een correlatiematrix waarin de vijf variabelen worden meegenomen. Alle verbanden in de correlatiematrix zijn positief. Als de ene variabele toeneemt, neemt de andere variabele ook toe. Uit de correlatiematrix blijkt dat niet alle correlatiecoëfficiënten significant zijn volgens een significantie niveau van  $\alpha = 0.05$ . Alle correlaties tussen de MSPSSTotaal en de subschalen van de MSPSS zijn significant. Als er naar correlaties tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen wordt gekeken zien we dat er geen significante correlaties zijn tussen MSPSS en SENR. Er is geen rede om aan te nemen dat sociale steun invloed heeft op het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. Er worden geen verdere analyses uitgevoerd.



***Verschillen op basis van laag/hoog-risico.*** Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de gehechtheid aan het ongeboren kind, anders voor laag- en hoog-risicomoeders? Uit de analyses hiervoor blijkt dat laag- en hoog-risicomoeder zijn alleen van invloed is op sociale steun, hierbij zijn er vrij weinig significante resultaten gevonden. Meer analyses zullen overbodig zijn.

***Verschillen op basis van laag/hoog-risico.*** Is het verwachte verband tussen de mate van ervaren sociale steun en de het zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol, anders voor laag- en hoog-risicomoeders? Uit de analyses hiervoor blijkt dat laag- en hoog-risicomoeder zijn alleen van invloed is op sociale steun, hierbij zijn er vrij weinig significante resultaten gevonden. Meer analyses zullen overbodig zijn.

### **Conclusie en discussie**

In deze studie is er onderzoek gedaan naar de invloed van de mate van ervaren sociale steun van familie, vrienden en significante anderen, op de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind in tijd en in kwaliteit, en op het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol bij aanstaande laag- en hoog-risicomoeders. Verwacht werd dat er verschil is in de mate van ervaren sociale steun bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders zouden minder sociale steun ervaren dan laag-risicomoeders. Uit de resultaten blijkt dat laag-risicomoeders inderdaad meer totale sociale steun en sociale steun van zowel familie, vrienden als significante anderen ervaren dan hoog-risicomoeders. De bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek van Keinemans (2011), Moran et al. (2005), Condon en Corkindale (1997) en Hermanns (1987) die vonden dat de aanwezigheid van steunende netwerken een positieve invloed heeft op bijvoorbeeld het ervaren van stress en de maatschappelijke perspectieven van de jonge moeders. Dit kan een beschermende werking voor de jonge moeder vormen.

Verwacht werd dat er een verschil is in de mate van gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders zouden minder gehechtheid aan het ongeboren kind ervaren dan laag-risicomoeders. Uit de resultaten blijkt er geen verschil te zijn in de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind bij laag- en hoog-risicomoeders. De bevindingen sluiten niet aan bij eerder onderzoek van Condon en Corkindale (1997), Van den Bergh en Simons (2008) en Cannella (2005) die vonden dat gehechtheid aan het ongeboren kind samenhangt met demografische gegevens als SES en psychopathologische variabelen als depressieve en angstige symptomen. Dit kunnen risico's in zelfredzaamheid vormen welke in dit onderzoek maakt dat de aanstaande moeders in een hoog- of laagrisicogroep zijn ingedeeld. Uit dit literatuuronderzoek kun je verwachten dat hoog-risicomoeders meer gehechtheid aan het ongeboren kind ervaren dan laag-risicomoeders.

Verwacht werd dat er een verschil is in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol bij laag- en hoog-risicomoeders, hoog-risicomoeders zouden minder zelfvertrouwen ten

aanzien van de moederrol ervaren dan laag-risicomoeders. Gebleken is dat er geen verschil is in het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol bij laag- en hoog-risicomoeders.

Verwacht werd dat de mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind, moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, zouden ook een grotere mate van gehechtheid aan het ongeboren kind ervaren in tijd en in kwaliteit. Gevonden is dat alleen de mate van ervaren sociale steun van vrienden een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind. Ook blijkt dat de totale mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek van Van den Bergh en Simons (2008), Cannella (2005) en Condon en Corkindale (1997) die vonden dat moederlijke gehechtheid positief samenhangt met psychosociale variabelen als sociale steun.

Verwacht werd dat de mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol, moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, zouden ook een grotere mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol ervaren. In deze studie is hier echter geen bewijs voor gevonden. Deze bevindingen sluiten niet aan bij eerder onderzoek van Cutrona en Troutman (1986) en Teti en Gelfland (1991) die vonden dat er een positieve relatie is tussen sociale steun en moederlijk zelfvertrouwen/ouderschapscompetentie waarbij sociale steun het meeste positieve effect had op moeders met een laag zelfvertrouwen. Sociale-echtelijke steun heeft een positieve invloed op het zelfvertrouwen, terwijl echtelijke conflicten of gebrek aan sociale steun een negatieve invloed heeft op het zelfvertrouwen.

Verwacht werd dat de relatie tussen de mate van ervaren sociale steun en de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind verschilt voor laag- en hoog-risicomoeders. Moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van gehechtheid aan het ongeboren kind in tijd en in kwaliteit. Hierin zouden hoog-risicomoeders een grotere mate van gehechtheid aan het ongeboren kind ervaren dan laag-risicomoeders. In deze studie is hier echter geen bewijs voor gevonden. Het laag- of hoog-risicomoeder zijn is namelijk alleen van invloed op sociale steun.

Ten slotte werd verwacht dat de relatie tussen de mate van ervaren sociale steun en het zelfvertrouwen van de moeder ten aanzien van de moederrol verschilt voor laag- en hoog-risicomoeders. Moeders die een grotere mate van sociale steun ervaren van familie, vrienden en significante anderen, ervaren ook een grotere mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol. Hierin zouden hoog-risicomoeders een grotere mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de moederrol ervaren dan laag-risicomoeders. In deze studie is hier echter geen bewijs voor gevonden. Het laag- of hoog-risicomoeder zijn is namelijk alleen van invloed op sociale steun.

Er kan geconcludeerd worden dat laag-risicomoeders meer totale sociale steun en sociale steun van zowel familie, vrienden als significante anderen ervaren dan hoog-risicomoeders, de totale mate van ervaren sociale steun een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind, en de mate van ervaren sociale steun van vrienden een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid van de moeder aan het ongeboren kind.

### ***Aanbevelingen***

Sterke punten uit dit onderzoek zijn de betrouwbare schalen MAAS ( $\alpha < .82$ ), SENR ( $\alpha = .78 \text{ á } .91$ ) en MSPSS ( $\alpha = .881$ ) en het lage aantal missende waarden, namelijk één missende waarde bij de MAAS, twee missende waarden bij de SENR en twee missende waarden bij de MSPSS. Een ander sterk punt is de steekproef welke uit diverse wervingsacties getrokken is. De participanten zijn geworven via verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen, zwangerschapsklasjes, zwangerschapsyoga, zwangerschapszwemmen, ROC's, de website <http://www.eengoedbegin-leiden.nl> en relevante beurzen als de 9-maandenbeurs.

Naast de sterke kanten van dit onderzoek zijn er ook een aantal tekortkomingen. Tekortkomingen van dit onderzoek zijn de kleine steekproef ( $N = 52$ ) en dat de participanten niet door heel Nederland verspreid zijn. De participanten die aan de gestelde criteria voldeden zijn telefonisch benaderd om de deelname te bevestigen en meer informatie over het onderzoek te verstrekken. Een deel van de participanten haakten hier af omdat er twee afspraken op het ambulatorium aan de Universiteit Leiden zijn en sommige moeders vonden de afstand om naar Leiden te reizen te ver. Een andere tekortkoming is dat het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten voor de dataverzameling enkele beperkingen met zich meebrengt, zoals onder andere het geven van sociaal wenselijke antwoorden.

Implicatie voor verder onderzoek is dat er meer proefpersonen nodig zijn en een meer diverse steekproef welke representatiever is voor de Nederlandse populatie. Gezien de bevindingen uit huidig onderzoek en uit literatuuronderzoek is het van belang dat er verder onderzoek wordt gedaan naar de invloed van sociale steun op het zelfvertrouwen van de moeder en de mate van gehechtheid aan het ongeboren kind. Het is van belang dat de zelfredzaamheid van de moeders en de problemen die zij hierin kunnen ondervinden worden meegenomen. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat jonge moeders die in verwachting zijn van hun eerste kind kunnen profiteren van het ervaren van sociale steun. Het op jonge leeftijd voor het eerst moeder worden, in combinatie met het tegelijkertijd volwassen worden, een dagbesteding (werk of studie) hebben en een huisvesting hebben, kan veel moeilijkheden, angst, stress en onzekerheid met zich mee brengen. Deze moeders kunnen baat hebben bij effectieve programma's die de jonge moeders hierin ondersteunen en het sociale netwerk hierbij betrekken. Als hier meer onderzoek naar gedaan wordt kunnen er vanuit de onderzoeksresultaten gerichte programma's worden ontwikkeld specifiek voor jonge moeders welke in verwachting zijn van hun eerste kind, waarin onder andere gericht wordt op de prenatale start, zelfstandigheid, sociale steun,

sensitiviteit van de moeders, gehechtheid aan de foetus en bevordering van het zelfvertrouwen van de (aanstaande) moeders.

Door middel van bijvoorbeeld een coachingsprogramma gericht op jonge moeders, kunnen de moeders zowel tijdens de zwangerschap als tijdens het ouderschap hun vragen stellen en begeleiding ontvangen. Zo wordt de toekomstige jonge moeder goed voorbereid op het ouderschap en kan zij ondersteund worden bij de opvoeding van haar kind. Kortom, een bijdrage aan een goede start voor zowel moeder en kind.

## Literatuurlijst

- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 167-182.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General learning press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Eds.), *Encyclopedia of human behavior* (p. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011). Individual and group based parenting for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Campbell Systematic Reviews*, 2.
- Barlow, J. & Svanberg, P. O. (2009). Infant mental health in practice. In J. Barlow & P. O. Svanberg (Eds.), *Keeping the baby in mind* (p. 1-14). New York: Taylor & Francis Group.
- Benoit, D., Parker, K. C. H. & Zeanah, C. H. (1997). Mother's representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infant's attachment classification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 307-313.
- Bergh, B. R. H. van den & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother foetus relationship. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 27(2), 114–126.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Brandon, A., Pitts, S., Denton, W., Stringer, A. & Evans, H. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4), 201–222.
- Ten Brink, L. T. & Veerman, J. W. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J. D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars & A. Vyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 3* (p. 13-46). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C. & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.

- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G. & Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *165*(4), 1122–1125.
- Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(1), 60–68.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G. (2000). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, *28*(3), 391-400.
- Cecil, H., Stanley, M. A., Carrion P. G. & Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(5), 593-602.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Condon, J. T. (1985). The parental-foetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *4*, 271-284.
- Condon, J. (1989). The spectrum of fetal abuse in pregnant women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*(9), 509–516.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *66*(2), 167–183.
- Condon, J. T. & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology* *70*(4), 359–372.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Journal of Nursing Research*, *30*(5), 281–284.
- Cutrona, C. E. & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, *57*, 507–1518.
- Dahlem, N., Zimet, G. & Walker, R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: a confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, *47*(6), 756-761.
- DeKleyn, M. & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 637-665). New York: Guilford Press.
- Donovan, W. L. & Leavitt, L. A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perceptions, and behavior. *Child Development*, *60*, 460–472.
- Donovan, W. L., & Leavitt, L. A. (1992). Maternal self-efficacy and response to stress: Laboratory studies of coping with a crying infant. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping in infancy and childhood* (p. 47–68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Donovan, W. L., Leavitt, L. A., & Walsh, R. O. (1990). Maternal self-efficacy: Illusory control and its effect on susceptibility to learned helplessness. *Child Development*, *61*, 1638–1647.

- Fowles, E. R. (1996). Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms and maternal role attainment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 1*, 75–83.
- Gelfand, D. M. & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review, 10*, 329-353.
- Gibaud-Wallston, A. & Wandersman, L. P. (1978). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association.
- Groenendaal, J. H. A. & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor de kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek, 1*, 3-22.
- Groenendaal, J. H. A. & Van Yperen, T. A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In J. Rispen, P. Goudena & J. J. M. Groenendaal (Red.), *Preventie van psychosociale problemen* (pp. 90-115). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hermanns, J. M. A. (1987). Risicofactoren in de ontwikkeling. De rol van de bijsturende omgeving. *Kind en adolescent, 8*, 49-59.
- Hermanns, J. M. A. & Leenders, F. H. R. (1985). Risicofactoren in de opvoeder-kind interactie in de vroegkinderlijke ontwikkeling: prematuriteit en ‘moeilijk temperament’. In J. de Wit, H. Groenendaal & J. M. Meel (Red.), *Psychologen over het kind*. Vol. 8 (pp. 103-122). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hogan, B. E., Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions - do they work? *Clinical Psychology Review, 22*, 381-440.
- Hooglander, I. M. (2009). *Academische Master Orthopedagogiek 2008-2009 Universiteit Utrecht: De angsten van ouders in relatie tot de angsten, de kwaliteit van leven en de negatieve automatische gedachten van het kind*. Verkregen op 5 april, 2012, van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-0825-200150/UUindex.html>.
- Hsu, H. C., Sung, J. (2007). Separation anxiety in first-time mothers: Infant behavioral reactivity and maternal parenting self-efficacy as contributors. *Infant behavior and development, 31*, 294-301. doi:10.1016/j.infbeh.2007.10.009
- Kazarian, S. & McCabe, S. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology, 19*(2), 150-160.
- Keinemans, S. (2011). *Eervol jong moederschap: Een studie naar de leefwereld van adolescenten moeders*. Delft: Eburon.
- Kijlstra, M., Prinsen, B. & Schulpen, T. W. J. (2001). *Kwetsbaar jong! Een quickscan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. St Louis: Mosby Company.
- Laxton-Kane, M. & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive Infant Psychology, 20*, 253–266.

- Lee, L. van, Vlugt, I. van der, Wijzen, C., & Cadée, F. (2009). *Tienerzwangerschappen, abortus en tienermoeders in Nederland. Factsheet 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health, 24*, 203–217.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 22*(140), 155.
- Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social politics. *Development and Psychopathology, 12*, 857-885.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). In Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 666-697). New York: Guilford Press.
- Maddux, J. E. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research and application*. New York: Plenum.
- Mercer, R. (1981). Factors impacting on the maternal role during the first year of motherhood. *Birth defects: Original article series, 17*, 233-252.
- Meyers, S. A. (1999). Mothering in context: ecological determinants of parent behaviour. *Merrill Palmer Quarterly, 45*, 332-357.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal, 26*(3), 231-249.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25.
- Olds, D. L. (2008). Preventing child maltreatment and crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse-family partnership. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 9*(1), 2-24.
- Pedersen, F. A., Bryan, Y. E., Huffman, L., & Del Carmen, R. (1989). *Construction of self and offspring in the pregnancy and early infancy periods*. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.
- Porter, C. L., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology, 17*, 54-64.
- Priel, B. & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(2), 240-253.
- Priel, B. & Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: A study of First-time mothers. *Personal Relationships, 7*, 291-310.



- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological Processes of Childbearing*. London: The Anna Freud Centre.
- Rees, C.A. (2005). Thinking about children's attachments. *Archives of Disease in Childhood*, 90(10), 1058-1065.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Shieh, C., Kravitz, M. & Wang, H. H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 17(9), 448–454.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349–367.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation From Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 348-365). New York: Guilford Press.
- Veerman, J. W. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In P. Goudena, H. Groenendaal & F. Swets-Gronert (Eds.), *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (p. 101-118). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Weinfield, N. S., Sroufe, A., Egeland, B. & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 78-101). New York: Guilford Press.
- Yozwiak, J. A. (2010). Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(3), 172-178.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimet, G., Powell, S., Farley, G., Werkman, S. & Berkoff, K. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617.