

De Verschillen in Mentale en Fysieke Beleving van de Eerste Zwangerschap tussen 17- tot
25-jarige Risicomoeders en Controlemoeders

Debbie Braggaar

Universiteit Leiden

Naam: Debbie Braggaar
Studentnummer: s0813672
Afstudeerrichting: Orthopedagogiek
Studiejaar: 2011-2012
Studiepunten: 20
Datum: 14 augustus 2012
Plaats: Leiden
Begeleiders: Stephan Huijbregts, Hanneke Smaling, Jill Suurland

Abstract

The current study's purpose was to explore the process of becoming a first-time mother. The transition to motherhood requires women to undergo both physical and mental changes and can be seen as a major reconstruction of self. Therefore, the main question was: What influence does the physical experience of pregnancy have on the mental experience of pregnancy and how do risk mothers differ from control mothers with regard to this issue? A risk mother is a woman who is a teenager, who has no partner or is who suffering from psychopathology. Data from 33 women, aged 17 to 25 ($M = 21.6$, $SD = 2.55$), was used for analysis. Three questionnaires were used to obtain data: the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS), the Self-Efficacy in the Nurturing Role Scale (SENR) and the Be a Mother Questionnaire (BaM). It was found that risk mothers thought less positive and less in general about their unborn children, had less confidence in their own abilities as a mother and experienced a higher amount of physical discomfort than control mothers. For both risk mothers and control mothers, no relation was discovered between the physical experience of pregnancy and the mental experience of pregnancy. This might be due to a more subconscious influence of the physical experience of pregnancy on the mental experience of pregnancy. This makes it impossible for women to report on mental changes and results in a seemingly non-existing relationship between the physical and mental experience of pregnancy. It is recommended that an integrative program is developed which focuses on improving the mother-child attachment during and after pregnancy, obtaining knowledge about pregnancy, child development and child rearing and gaining practical skills. More and wider research should be conducted to obtain an integrative understanding of the physical and mental processes at work during pregnancy.

Voor de eerste keer moeder worden is voor vrouwen een belangrijke overgang naar de volwassenheid (Harwood, McLean & Durkin, 2007). Deze overgang is in 2010 in Nederland door ruim 85.000 vrouwen gemaakt (CBS, 2011). Een eerste zwangerschap vereist niet alleen de fysieke aanpassing van het lichaam van de vrouw, maar ook mentale veranderingen (Winson, 2009). Ten eerste moet de vrouw de enorme impact die het kind op haar leven zal gaan hebben ten volle beseffen en dit accepteren (Barclay, Everitt, Rogan, Schmied & Wyllie, 1997). Dit proces kan tot weken na de daadwerkelijke geboorte van het kind duren. Daarnaast zal de vrouw haar nieuwe rol als verzorgster en beschermster van en verantwoordelijke voor het kind moeten aanvaarden en het gevoel hebben dat zij deze rol ook naar behoren kan uitvoeren. Het is voor het vervullen van haar nieuwe rol nodig dat de vrouw hierbij (delen van) haar oude identiteit achterlaat, bijvoorbeeld met betrekking tot een bepaalde levensstijl (Barclay, 1997). Dit kan gevoelens van rouw oproepen bij de aanstaande moeder. Tenslotte zal de vrouw tijdens de zwangerschap belangrijke en vergaande beslissingen moeten nemen aangaande haar kind, wat stressvol kan zijn. Over het proces van moeder worden kan daarom wel gezegd worden dat aanstaande moeders een diepgaande reconstructie van zichzelf ondergaan (Barclay, 1997). In het huidige onderzoek wordt dit proces nader bestudeerd. Zo zal worden vergeleken welke gedachten en gevoelens risicomoeders en controlemoeders hebben ten aanzien van hun ongeboren kind. Ook zal een vergelijking worden gemaakt tussen hoe risicomoeders en controlemoeders tegen het aanstaande moederschap en hun eigen vaardigheden daarin aankijken. Tenslotte zal de fysieke beleving van de zwangerschap gerelateerd worden aan de mate van ervaren bezorgdheid, het vertrouwen in de eigen vaardigheden en de gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind bij zowel risicomoeders als controlemoeders.

Definitie risicomoeder en controlemoeder

In het huidige onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde risicomoeders en controlemoeders. Een risicomoeder wordt gedefinieerd als: een aanstaande moeder op wie één of meerdere van de volgende kenmerken van toepassing is: zij is zwanger geworden toen zijzelf nog een tiener was, er is geen partner aanwezig, zij heeft een lage opleiding/sociaaleconomische status (SES) of er is sprake van psychopathologie. Deze kenmerken hangen met elkaar samen en hoe meer van deze kenmerken op de moeder van toepassing zijn, hoe hoger het mogelijke risico op negatieve uitkomsten voor haar kind (Groenendaal & Dekovic, 2000). Het hebben van een lage opleiding/sociaaleconomische status wordt niet apart besproken, omdat het een inherent aspect is aan het zijn van een tiener- en/of alleenstaande moeder. Uit het bovenstaande volgt logischerwijs de definitie van een controlemoeder: een aanstaande moeder op wie geen van bovengenoemde kenmerken van toepassing is.

Tienermoeders. In 2009 hebben in Nederland meer dan 2400 tienermoeders hun eerste kind gekregen (CBS, 2011a). In de literatuur is een voortdurend debat gaande over of het behoren tot deze doelgroep een risico vormt voor de ontwikkeling van de kinderen (Lawlor & Shaw, 2002). Zo komt uit verschillende onderzoeken naar voren dat de kinderen van tienermoeders in vergelijking met de kinderen van oudere moeders een lager geboortegewicht hebben, vaker prematuur geboren worden (vóór 37 weken in de zwangerschap) en vaker perinataal of binnen een jaar na de geboorte overlijden (Fraser, Brockert & Ward, 1995; Rich-Edwards, 2002). Ook zouden de kinderen van tienermoeders een verhoogd risico lopen op ziekenhuisopnames, een slechtere schoolloopbaan, het ontwikkelen van gedragsproblemen, het worden van jeugddelinquenten, het slachtoffer worden van drugs- of alcoholmisbruik en het zelf worden van een tienerouder (Botting, Rosato & Wood, 1998; Ekéus, Otterblad Olausson & Hjern, 2006; Rich-Edwards, 2002; Tavecchio, 2007). Hiermee zouden kinderen van tienermoeders een onevenredig groot aandeel van alle ongunstige uitkomsten hebben (Fraser et al., 1995).

Andere bronnen rapporteren echter dat tienermoeders net zoveel kans hebben als oudere moeders om gezonde, succesvolle kinderen te baren en op te voeden (Rich-Edwards, 2002). Ook zouden geen inherente gezondheids- en medische problemen aanwezig zijn wanneer een vrouw zwanger raakt in haar tienerjaren (Lawlor & Shaw, 2002a). Het zou zelfs enige voordelen hebben om zwanger te zijn in de tienerjaren. Zo zouden tienermoeders lichamelijk het beste zijn ingesteld op een zwangerschap en zouden ze minder vaak een keizersnede ondergaan (Botting et al., 1998; Lawlor & Shaw, 2002). Ook zouden hun kinderen minder risico lopen op het krijgen van chromosomale afwijkingen (Botting et al., 1998).

Hoewel er aanzienlijke vermeende risico's kleven aan het tienermoederschap, is het voornamelijk onduidelijk of de negatieve uitkomsten direct veroorzaakt worden door biologische aspecten die inherent zijn aan de jonge leeftijd van de moeder of indirect door omgevingsinvloeden (Fraser et al., 1995). In een Amerikaans onderzoek hebben Levine, Emery en Pollack (2007) gevonden dat tienermoederschap geen causale rol speelde wanneer gekeken werd naar allerlei uitkomsten bij hun kinderen, zoals academische resultaten, drugsgebruik en vroege seksuele activiteit (vóór het 16^e levensjaar). In andere onderzoeken zijn verschillende aspecten gevonden die indirect invloed kunnen hebben op de ontwikkelingsuitkomsten van de kinderen van tienermoeders. Zo hebben tienermoeders vaker een lagere opleiding en een lager inkomen en hebben ze vaker minder sociale steun en vroege prenatale zorg tot hun beschikking (Botting et al., 1998; Fraser et al., 1995; Rich-Edwards, 2002). Daarnaast zijn tienermoeders vaker alleenstaand en hebben ze beperkte toegang tot informatie en educatie over zwangerschap en opvoeden (Botting et al., 1998; Fraser et al., 1995; Lawlor & Shaw, 2002). Al deze factoren kunnen invloed hebben op de manier van opvoeden van de moeders en de ontwikkelingsuitkomsten van hun kinderen.

In het huidige onderzoek worden tienermoeders meegenomen als risicogroep. Het is in dit geval niet van belang of eventuele negatieve uitkomsten voortkomen uit de jonge leeftijd van de moeder of uit omgevingsinvloeden.

Alleenstaande moeders. Ruim 400.000 vrouwen in Nederland waren in 2011 alleenstaande moeders (CBS, 2011a). De afwezigheid van een partner in de opvoeding zorgt voor een verhoogde mate van stress, een lager zelfbeeld, meer depressieve gevoelens, minder tevredenheid met het leven en meer financiële moeilijkheden bij de moeder (Biblarz & Gottainer, 2000; Brown & Moran, 1997; Copeland & Harbaugh, 2005; Downey, 1994; Groenendaal & Dekovic, 2000; Lansford, Ceballo, Abbey & Stewart, 2001; Lipman, Boyle, Dooley, Offord, 2002). Wanneer kinderen van alleenstaande moeders vergeleken worden met kinderen uit een tweeoudergezin doen zij het slechter op school, hebben zij een grotere kans op het niet behalen van het middelbare schooldiploma en het ontwikkelen van gedrags- en psychosociale problemen, zijn zij eerder geneigd tot delinquentie, hebben zij als volwassenen minder goedbetaalde banen en zijn ze minder gelukkig (Biblarz & Gottainer, 2000; Coley, 1998; Downey, 1994; Florsheint, Tolan & Gorman-Smith, 1998; Hilton & Devall, 1998; Lansford et al., 2001; Lipman et al., 2002).

Andere onderzoeken wijzen uit dat de afwezigheid van een vader(figuur) geen invloed heeft op het welbevinden van adolescenten en dat alleenstaande moeders niet meer risico lopen op een disfunctionele interactie met hun kind (Copeland & Harbaugh, 2005). Lansford et al. (2001) hebben in hun Amerikaanse onderzoek gevonden dat kinderen van alleenstaande moeders geen verhoogd risico hebben op probleemgedrag, slechte cijfers op school, weinig en slechte vriendschappen en een verminderd welbevinden. Het is voornamelijk onduidelijk of de duur van de afwezigheid van de vader(figuur) van invloed is op de gevonden negatieve uitkomsten. Dit zou de tegenstrijdige resultaten uit de verschillende onderzoeken kunnen verklaren.

Aanwezigheid psychopathologie bij de moeder. Vandereycken (2008, p. 6) definieert psychopathologie als ‘geestelijk of psychisch lijden’. Psychopathologie is een breed begrip waar vele aandoeningen onder vallen, zoals depressie, eetstoornissen en schizofrenie. Wanneer moeders psychische problemen hebben, heeft dit veel invloed op de kwaliteit van de opvoeding die zij hun kinderen kunnen bieden (Groenendaal & Dekovic, 2000). Zij kunnen in de relatie met hun kinderen verwaarlozend zijn en bieden hen dan geen warmte of stimulatie. Deze omgeving kan interacteren met een genetische kwetsbaarheid bij het kind zodat verstoringen ontstaan in het psychosociaal functioneren (met name de emotieverwerking en sociale competentie) en op andere gebieden, zoals de stress-regulerende systemen. Deze combinatie van omgevingsinvloeden en aanleg zorgen voor een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie, chronische ziekten en zelfs vroegtijdig overlijden (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Uit onderzoek komt naar voren dat een uitgesproken relatie bestaat tussen maternale psychopathologie en de emoties en het gedrag van het jonge kind (Van den Berg, 2007). Depressie van de moeder wordt bijvoorbeeld geassocieerd met sociale en psychiatrische problemen, angststoornissen en alcoholmisbruik bij haar kinderen (Lieb et al., 2000; Lipman et al., 2002). In een klinisch onderzoek met 177 basisschoolkinderen is een associatie gevonden tussen de diagnose van een gedragsstoornis bij het kind en verschillende aspecten van het functioneren van de moeder, waaronder haar opvoedingsstijl en haar vermogen zich aan te passen in het geval zij psychische problemen heeft (Frick et al., 1992). Ook vind overdracht plaats bij sommige psychopathologie: Lieb et al. (2000) hebben in hun onderzoek gevonden dat een sterk verband bestaat tussen sociale angst bij de moeder en sociale angst bij haar kinderen.

De aanwezigheid van psychopathologie bij de moeder wordt echter niet universeel geassocieerd met negatieve uitkomsten bij het kind. Het is daarom van belang om verschillende aspecten van de psychopathologie bij de moeder, zoals de aard en het karakter van de psychische problemen en de rol van de sociaaleconomische status hierin, te bestuderen in het licht van de sociale context (Seifer et al., 1996; Zahn-Waxler, Duggal, Gruber & Bornstein, 2002).

Gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind

De band tussen een zwangere vrouw en haar ongeboren kind is de vroegste en meest basale vorm van menselijke intimiteit (Condon & Corkindale, 1997). Deze band tussen moeder en kind vormt en uit zich door middel van gedachten en gevoelens die de moeder heeft met betrekking tot haar ongeboren kind. Positieve gedachten en gevoelens hebben een gunstige invloed op de relatie tussen de moeder en haar kind. Deze band zal sterker worden naarmate de zwangerschap vordert en is een goede voorspeller voor de vroege moeder-kindrelatie (Laxton-Kane & Slade, 2002; Müller, 1996; Siddiqui & Hägglöf, 2000). Daarnaast heeft de gehechtheid van een moeder aan haar ongeboren kind een positieve invloed op de mogelijkheden van de moeder tot het vervullen van de moederrol (Fowles, 1996).

Moeders die een positieve band met hun kind ervaren zijn meer betrokken bij de interactie met hun kind en stimuleren hun kind meer (Siddiqui & Hägglöf, 2000). Daar staat tegenover dat moeders die depressieve gevoelens ervaren en weinig sociale steun ontvangen een minder goede band opbouwen met hun ongeboren kind (Condon & Corkindale, 1997; Laxton-Kane & Slade, 2002). Een mindere mate van gehechtheid van zwangere vrouwen aan hun ongeboren kind is een belangrijke factor bij het tot stand komen van handelingen die schadelijk kunnen zijn voor het kind (Pollock & Percy, 1999). Het is daarom van belang om de gedachten en gevoelens van zwangere vrouwen ten aanzien van hun ongeboren kind te bestuderen.

Aangezien risicomoeders problemen hebben die hun aandacht opeisen en de aankomende geboorte van hun kind voor bijkomende stress kan zorgen, kan het zijn dat risicomoeders in vergelijking met controlemoeders minder positieve gedachten en gevoelens ervaren ten aanzien van hun ongeboren kind. In het huidige onderzoek wordt vergeleken welke gedachten en gevoelens risicomoeders en controlemoeders hebben ten aanzien van hun ongeboren kind.

Beeld van eigen vaardigheden ten aanzien van het aanstaande moederschap

Of een zwangere vrouw haar eigen vaardigheden ten aanzien van het aanstaande moederschap positief evalueert, is van groot belang voor de daadwerkelijke wijze van opvoeden die de vrouw zal hanteren (Porter & Hsu, 2003). Zo zullen moeders die zichzelf als onvoldoende vaardig beoordelen minder ondersteunende opvoeders voor hun kinderen vormen (Groenendaal & Dekovic, 2000). Daarnaast zullen zij hun kinderen eerder een moeilijk temperament toeschrijven en lopen de moeders een groter risico om een depressie te krijgen (Gross, Conrad, Fogg & Wothke, 1994). Ook bij moeders die zichzelf overschatten met betrekking tot hun vaardigheden als moeder worden negatieve uitkomsten gevonden: zij lopen een groter risico om een depressie te ontwikkelen en hun 16-maanden oude kinderen zijn eerder onveilig aan hen gehecht (Donovan & Leavitt, 1989). Verder zijn zij eerder geneigd tot het ontwikkelen van aangeleerde hulpeloosheid: het gevoel dat iemand niets kan veranderen aan haar omstandigheden (Donovan, Leavitt & Walsh, 1989). Echter, moeders die zichzelf gematigd positief beoordelen zijn sensitiever wanneer hun baby's huilen en hun kinderen hebben een beter zelfbeeld met betrekking tot schoolvaardigheden (Leerkes & Crockenberg, 2002; Lynch, 2002).

De beoordeling door moeders van hun eigen vaardigheden met betrekking tot het moederschap wordt negatief beïnvloed door verschillende aspecten, zoals een hoge mate van (aanhoudende) stress, depressie, angststoornissen en een slechte kwaliteit van de partnerrelatie (Porter & Hsu, 2003; Reece & Harkless, 1998). Omdat dit kenmerken van risicomoeders zijn, bestaat de mogelijkheid dat risicomoeders zichzelf, in vergelijking met controlemoeders, als minder competent beoordelen met betrekking tot hun eigen vaardigheden ten aanzien van het moederschap. In het huidige onderzoek wordt vergeleken hoe risicomoeders en controlemoeders tegen het aanstaande moederschap en hun eigen vaardigheden daarin aankijken.

Invloed fysieke beleving zwangerschap op mentale beleving zwangerschap

Wanneer een vrouw zwanger is, zal zij dit merken aan de manier waarop haar lichaam werkt. Vroeg in de zwangerschap heeft 80% van de vrouwen last van misselijkheid en overgeven (Chandra, Magee & Koren, 2002). Deze symptomen verdwijnen gewoonlijk vanzelf wanneer de vrouw ongeveer 12 weken zwanger is. In het laatste trimester (vanaf 28 weken zwangerschap) ervaren veel vrouwen wederom ongemakken, waaronder rugpijn, hoofdpijn, moeheid, en kortademigheid (Wallace, Boyer, Dan & Holm, 1986).

Hoewel deze verschijnselen nu eenmaal gepaard gaan met zwangerschap, kan de beleving van deze fysieke symptomen de zwangere vrouw aanzienlijke stress en angst bezorgen (Chandra et al., 2002; McCain & Deatrick, 1994). Moeders kunnen zich zorgen maken over hun eigen gezondheid en die van het kind, over of hun kind wellicht te vroeg geboren zal gaan worden en de wijze waarop de geboorte zal plaatsvinden (Arizmendi & Affonso, 1987; Melender, 2002; Yali & Lobel, 1999).

Stress en angsten bij de moeder hebben een negatief effect op de ontwikkeling van hun ongeboren kind. Er bestaat een hoger risico op zwangerschapscomplicaties, een premature geboorte, een lager geboortegewicht en een kleinere hoofdomvang (Mulder et al., 2002). Daarnaast huilen deze kinderen meer, hebben ze een moeilijk temperament en meer aandachts- en inhibitieproblemen, vertonen ze meer probleemgedrag en is hun psychomotorisch functioneren lager.

Aangezien risicomoeders meer kans hebben om minder gezond te zijn (door beperkte toegang tot zorg en informatie en minder financiële mogelijkheden), kan het zijn dat deze moeders een zwaardere en daarmee negatievere fysieke beleving van hun zwangerschap hebben dan controlemoeders. Dit leidt tot een negatievere mentale beleving van de zwangerschap: meer bezorgdheid ten aanzien van het ongeboren kind, minder vertrouwen in de eigen vaardigheden als moeder en minder en negatievere gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind. In het huidige onderzoek wordt bij zowel risicomoeders als controlemoeders de fysieke beleving van de zwangerschap gerelateerd aan deze drie aspecten van de mentale beleving van de zwangerschap.

Onderzoeksdesign

In Nederland is nog geen onderzoek verricht naar de verschillen tussen 17- tot 25-jarige risicomoeders en controlemoeders wat betreft hun mentale en fysieke beleving van hun eerste zwangerschap. De hoofdvraag in het huidige onderzoek is: Welke invloed heeft de fysieke beleving van de zwangerschap op de mentale beleving van de zwangerschap en hoe verschillen risicomoeders hierin van controlemoeders?

Ten eerste wordt verwacht dat risicomoeders in vergelijking met controlemoeders minder positieve gedachten en gevoelens ervaren ten aanzien van hun ongeboren kind. Daarnaast wordt aangenomen dat risicomoeders zichzelf als minder competent beoordelen met betrekking tot hun eigen vaardigheden ten aanzien van het moederschap dan controlemoeders. Tenslotte wordt verwacht dat risicomoeders in vergelijking met controlemoeders een negatievere fysieke beleving van hun zwangerschap hebben en daardoor meer bezorgdheid ervaren, minder vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden als moeder en minder en negatievere gedachten en gevoelens ervaren ten aanzien van hun ongeboren kind.

Methoden

Respondenten

In totaal namen 33 aanstaande moeders deel aan het huidige onderzoek. De leeftijdsrange liep van 16 tot 25 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 21.6 jaar oud ($SD = 2.55$). Deze vrouwen waren gemiddeld 29 weken zwanger. De aanstaande moeders werden voor het kunnen beantwoorden van de onderzoeksvragen ingedeeld in twee groepen: een groep van 20 risicomoeders met een gemiddelde leeftijd van 20.6 jaar ($SD = 2.62$) en een groep van 16 controlemoeders die gemiddeld 23.2 jaar oud waren ($SD = 1.53$). De enige twee voorwaarden voor deelname aan het onderzoek waren dat de aanstaande moeders geen medische complicaties hadden en de Nederlandse taal goed begrepen en spraken, dit ten behoeve van de afname van de meetinstrumenten.

Meetinstrumenten

Drie meetinstrumenten werden gebruikt om data te verzamelen: de Aanstaande Moedervragenlijst (Universiteit Leiden, 2011), de Self-Efficacy in the Nurturing Role Scale (SENR) (Del Carmen, Pedersen, Huffman & Bryan, 1993) en de Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) (Condon, 1993).

Aanstaande Moedervragenlijst. Deze vragenlijst meet achtergrondgegevens van zowel de moeder als haar partner op verschillende gebieden, zoals huwelijkse staat, woon- en werksituatie en gezondheid en diende voor de beeldvorming van de omgeving waarin het kind geboren zou gaan worden. De vragenlijst bestond uit 153 items die verdeeld waren over 11 onderwerpen. Een voorbeeld van een vraag uit het onderwerp 'Over uzelf' was: 'Wie zullen bij de opvoeding van uw baby betrokken zijn?' Respondenten konden hun antwoorden op de items aangeven door een keuze te maken uit een gegeven rij antwoorden ofwel zelf een leeg veld in te vullen.

In het huidige onderzoek werden de gegevens van de moeder gebruikt om een beeld te verkrijgen van haar leefsituatie. Dit beeld was zowel nodig om de moeder in te kunnen delen als ofwel risicomoeder ofwel controlemoeder als voor het kunnen controleren voor achtergrondgegevens tijdens de data-analyses. Daarnaast werd informatie verkregen over 24 condities die samen de fysieke beleving van de zwangerschap weergaven. Voorbeelden van deze condities waren: 'Brandend maagzuur', 'Zwangerschapsvergiftiging' en 'Heuppijn'. De moeders konden aangeven of ze wel of geen last hadden van deze condities, wat resulteerde in scores van 0 tot 24 punten. Hogere scores betekenden dat de moeder tijdens de zwangerschap last had van meerdere condities. Tenslotte werden drie items gebruikt die aangaven hoe bezorgd de moeder over haar zwangerschap was in de drie fasen van de zwangerschap. De respondent gaf een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekende dat zij geen stress of bezorgdheid ervoer in die tijdsperiode. De scores werden bij elkaar opgeteld en varieerden van 0 tot 30 punten. Hogere scores representeerden meer door de moeder ervaren bezorgdheid tijdens de zwangerschap.

Deze vragenlijst werd gedeeltelijk gebaseerd op de ‘Becoming a mother’ vragenlijst van de Cardiff Child Development Study (CCDS, 2006). De vertaling en aanpassing van de vragenlijst werd uitgevoerd door medewerkers van de Universiteit Leiden (2011).

SENR. Deze vragenlijst meet de perceptie van de moeder ten opzichte van haar eigen vaardigheden met betrekking tot het zorgen voor haar kind (Hsu & Sung, 2008). Eén van de 16 items was: ‘Ik kijk ernaar uit om moeder te worden en heb vertrouwen in mijn rol als moeder’. De zeven antwoordcategorieën liepen van ‘helemaal niet van toepassing op mij’ tot ‘heel erg van toepassing op mij’. Alle items werden gescoord op een 7-punts Likertschaal, waarmee de score op de SENR kon variëren van 16 tot 112 punten. Hogere scores representeerden een groter gevoel van opvoedcompetentie. Deze vragenlijst werd gebaseerd op de Parental Sense of Competence Scale (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1987) en aangepast zodat een beoordeling door de aanstaande moeder tijdens de zwangerschap mogelijk werd. Deze vragenlijst werd naar het Nederlands vertaald door Oosterman en Schuengel (2008). De SENR had een gemiddelde test-hertestbetrouwbaarheid en een goede interne consistentie: de alpha’s varieerden tussen de 0.80 en 0.91 (Hsu & Sung, 2008; Porter & Hsu, 2003).

MAAS. Deze vragenlijst meet gedachten en gevoelens die moeders hebben ten aanzien van hun ongeboren kind en bestond uit 19 items die verdeeld waren over twee subschalen: ‘Kwaliteit van gehechtheid’ (11 items) en ‘Hoeveelheid bestede tijd aan de gehechtheid’ (8 items). De eerste subschaal had betrekking op de kwaliteit van de affectieve gevoelens die moeders hadden voor hun kind. Een stelling behorend bij deze schaal was: ‘Wanneer ik na de geboorte mijn baby voor het eerst zie, verwacht ik het volgende te voelen: Intense affectie, vooral affectie, afkeer van één of twee aspecten van de baby, afkeer van verschillende aspecten van de baby, vooral afkeer.’ Scores op deze schaal varieerden van 11 tot 55 punten. Hogere scores representeerden een hogere kwaliteit van de affectieve gevoelens die moeders voor hun kind voelden. De tweede subschaal betrof de mate van intensiteit waarmee moeders zich met hun kind bezig hielden. Eén van de stellingen van deze schaal was: ‘De voorbije twee weken heb ik aan de baby in mijn buik gedacht of ben ik ermee bezig geweest.’ De vijf antwoordcategorieën hierbij waren: ‘bijna voortdurend’, ‘zeer dikwijls’, ‘dikwijls’, ‘af en toe’ en ‘helemaal niet’. Scores op deze schaal varieerden van 8 tot 40 punten. Hogere scores betekenden dat de moeder zich gemiddeld intensiever met haar kind bezig hield. Beide subschalen werden in het huidige onderzoek gebruikt. Alle items werden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarmee de score op de MAAS kon variëren van 19 tot 95 punten. Wanneer de totaalscore hoger dan gemiddeld was, betekende dit dat de moeder zich bovengemiddeld vaak bezig hield met haar kind en de band met haar kind als positiever ervoer.

Deze vragenlijst werd naar het Nederlands vertaald en naar het Engels terugvertaald door een onafhankelijke wetenschappelijke vertaler. De MAAS had een gemiddelde tot goede convergente validiteit en betrouwbaarheid: de alpha's liggen rond de 0.79 (Van Bussel, Spitz & Demyttenaere, 2010).

Procedure

Werving respondenten. Werving van de respondenten vond op diverse wijzen plaats. Leidinggevend van zwangerschapsklasjes, verloskundigenpraktijken en afdelingen Verloskunde in ziekenhuizen in Noord- en Zuid-Holland werden benaderd met de vraag of zij zwangere vrouwen die binnen de criteria van het onderzoek vielen informatie wilden verschaffen over het onderzoek en eventuele aanmeldingen wilden doorgeven aan het onderzoeksteam. Ook werden advertenties geplaatst op verschillende aan zwangerschap gerelateerde websites. Tenslotte werden respondenten geworven op de Negenmaandenbeurs, door middel van het uitdelen van brochures en het geven van een korte uitleg over het onderzoek.

Dataverzameling. Het huisbezoek vond plaats rond de 27^e week van de zwangerschap van de vrouwen. Tijdens dit meetmoment werd een diepgaand zwangerschapsinterview gehouden waarbij het reflectief vermogen van de moeders bepaald werd. Daarnaast werd de vrouw ondervraagd over eventuele kenmerken van psychopathologie en werd een aantal basisgegevens van de vrouw genoteerd, zoals opleidingsniveau en inkomen. Ook werd geïnformeerd naar het gebruik van drugs en alcohol en eventuele contacten met politie en justitie. Tenslotte vulde de moeder een aantal vragenlijsten over verschillende onderwerpen in, zoals over haar gedachten en gevoelens ten aanzien van de baby, eventuele depressieve gevoelens en agressie. Een aantal andere vragenlijsten voor zowel de moeder als haar eventuele partner werd achtergelaten met het verzoek deze in te vullen en zo spoedig mogelijk terug te zenden. Schriftelijke toestemming van zowel de moeder als haar eventuele partner werd aan het begin van het huisbezoek verkregen. In het geval de aanstaande moeder minderjarig was, werd ook schriftelijke toestemming verkregen van de voogd van de aanstaande moeder. Na afloop van het huisbezoek ontving de moeder een cadeaubon en een klein cadeautje voor de baby als beloning voor deelname aan het onderzoek. Anonimiteit van de moeders werd gewaarborgd door de toekenning van een ID-code aan elke vrouw.

Analyses

De controle van de data en de daaropvolgende analyses werden uitgevoerd in het statistiekprogramma SPSS 17. Voor het controleren van de normale verdeling van de data werd gebruik gemaakt van de scheefheid en kurtose van de variabelen. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd gebruik gemaakt van drie t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven, twee variantieanalyses (ANOVA's) en drie regressieanalyses.

Zowel de uitbijters als de missende gegevens werden meegenomen in de data-analyse: het wel of niet aanwezig zijn van deze gegevens maakte geen verschil in de resultaten.

Om een vergelijking tussen risicomoeders en controlemoeders mogelijk te maken met betrekking tot hun gedachten en gevoelens ten aanzien van hun ongeboren kind, werd een t-toets voor onafhankelijke steekproeven gebruikt. De onafhankelijke variabele was het zijn van een risicomoeder of controlemoeder en de afhankelijke variabele was de gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind. Daarnaast werd een ANOVA gebruikt om na te gaan of er significante verschillen waren tussen controlemoeders en risicomoeders op de twee verschillende schalen van de MAAS. Het zijn van een risicomoeder of controlemoeder was de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabelen waren de scores op de twee schalen van de MAAS.

Een ANOVA werd gebruikt om risicomoeders en controlemoeders te kunnen vergelijken op de afhankelijke variabele ‘verwachte eigen vaardigheden met betrekking tot het moederschap’. Het zijn van een risicomoeder of controlemoeder was hierbij de onafhankelijke variabele.

Om risicomoeders en controlemoeders te kunnen vergelijken met betrekking tot de wijze waarop fysieke beleving van de zwangerschap de mate van ervaren bezorgdheid, het vertrouwen in de eigen vaardigheden en de gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind beïnvloedt, werden drie regressieanalyses gebruikt. De onafhankelijke variabele was steeds de fysieke beleving van de zwangerschap. De afhankelijke variabelen waren respectievelijk de mate van ervaren bezorgdheid, de mate van vertrouwen in de eigen vaardigheden en de aard en kwantiteit van de gedachten en gevoelens ten aanzien van het ongeboren kind. Daarnaast werd door middel van twee t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven gecontroleerd of risicomoeders en controlemoeders verschilden op de variabelen fysieke beleving van de zwangerschap en de ervaren bezorgdheid over de zwangerschap. Hierbij was het zijn van een controlemoeder of risicomoeder steeds de onafhankelijke variabele en waren respectievelijk de fysieke beleving van de zwangerschap en de ervaren bezorgdheid over de zwangerschap de afhankelijke variabelen.

Resultaten

Descriptieve resultaten

De 33 respondenten hadden niet alle gegevens volledig ingevuld, wat leidde tot missende gegevens in de data. Daarnaast werden drie uitbijters gevonden. Na analyse van de variabelen bleek dat het wel of niet aanwezig zijn van zowel de missende gegevens als de uitbijters geen verschil maakte in de resultaten. Om deze reden zijn deze gegevens meegenomen in de data-analyses. De variabelen ‘Totaalscore MAAS’, ‘Schaal 1 MAAS’, ‘Schaal 2 MAAS’, ‘Totaalscore SENR’, ‘Fysieke beleving van de zwangerschap’ en ‘Bezorgdheid over de zwangerschap’ waren normaal verdeeld.

De aantallen moeders per variabele, de gemiddelden, standaarddeviaties, minimumwaarden, maximumwaarden, scheefheid en kurtose van de variabelen ‘Totaalscore MAAS’, ‘Schaal 1 MAAS’, ‘Schaal 2 MAAS’, ‘Totaalscore SENR’, ‘Fysieke beleving van de zwangerschap’ en ‘Bezorgdheid over de zwangerschap’ zijn te vinden in Tabel 1.

Tabel 1

Beschrijvende Statistieken van de Gebruikte Variabelen

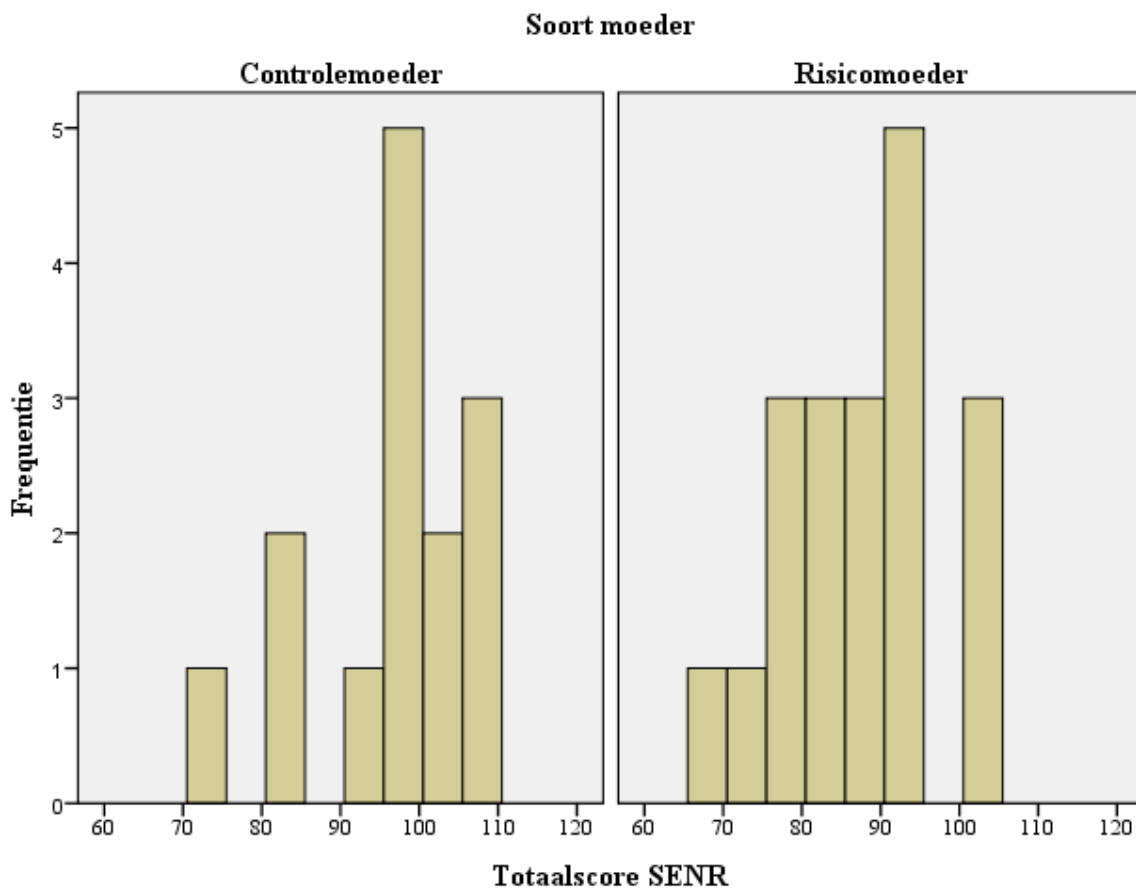
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Scheefheid</i>	<i>Kurtose</i>
Totaalscore MAAS	33	80.21	1.45	67.00	88.00	-1.10	0.88
Schaal 1 MAAS	33	50.27	2.94	41.00	54.00	-1.36	2.31
Schaal 2 MAAS	33	29.94	3.50	21.00	36.00	-0.61	1.23
Totaalscore SENR	33	91.15	10.79	68.00	110.00	-0.23	-0.58
Fysieke beleving	30	6.53	2.76	2.00	12.00	0.55	-0.62
Bezorgdheid	28	10.32	3.79	3.00	19.00	0.42	0.07

Gedachten en gevoelens over het ongeboren kind

Onderzocht werd welke verschillen bestaan tussen risicomoeders en controlemoeders als het gaat om hun gedachten en gevoelens ten aanzien van hun ongeboren kind. Uit de analyses kwam naar voren dat controlemoeders gemiddeld meer en positievere gedachten en gevoelens hebben ten aanzien van hun ongeboren kind ($M = 82.20$, $SD = 3.05$) dan risicomoeders ($M = 78.56$, $SD = 6.20$). Dit verschil was significant: $t(26) = 2.19$, $p < .05$. Een middelgroot effect was aanwezig: $r = 0.40$. Tussen de scores van controlemoeders en risicomoeders op de schaal ‘Kwaliteit van gehechtheid’ van de MAAS werden geen significante verschillen gevonden: $F(1, 31) = 3.64$, $p > .05$. Ook op de schaal ‘Hoeveelheid bestede tijd aan de gehechtheid’ van de MAAS werden geen significante verschillen gevonden tussen de scores van controlemoeders en risicomoeders: $F(1, 31) = 3.11$, $p > .05$.

Vertrouwen in eigen vaardigheden als moeder

Onderzocht werd welke verschillen bestaan tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot hun visie op het aanstaand moederschap en hun eigen vaardigheden daarin. Uit de analyses kwam naar voren dat controlemoeders gemiddeld meer vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden als moeder ($M = 96.14, SD = 10.65$) dan risicomoeders ($M = 87.47, SD = 9.56$). Dit verschil was significant: $F(1, 31) = 6.02, p < .05$. Er was sprake van een middelgroot effect: $r = 0.40$. Figuur 1 toont de histogrammen van de totaalscore op de SENR van beide soorten moeders.



Figuur 1. Histogrammen van de afhankelijke variabele totaalscore SENR (respectievelijk $N = 13$ en $N = 19$).

Fysieke en mentale beleving van de zwangerschap

Onderzocht werd op welke wijze de fysieke beleving van de zwangerschap invloed heeft op het ervaren van bezorgdheid door risicomoeders en controlemoeders. Eerst werd gecontroleerd of risicomoeders en controlemoeders verschilden op de variabelen fysieke beleving van de zwangerschap en de ervaren bezorgdheid over de zwangerschap. Uit de analyses kwam naar voren dat risicomoeders gemiddeld een negatievere fysieke beleving van de zwangerschap rapporteren ($M = 7.44, SD = 2.96$) dan controlemoeders ($M = 5.17, SD = 1.80$).

Dit verschil was significant: $t(28) = -2.62, p < .05$. Een middelgroot effect was aanwezig: $r = 0.40$. Echter, risicomoeders en controlemoeders verschilden niet significant wat betreft de ervaren bezorgdheid tijdens de zwangerschap: $t(26) = -1.53, p > .05$.

Uit de regressieanalyse kwam naar voren dat bij zowel risicomoeders als controlemoeders de ervaren bezorgdheid tijdens de zwangerschap niet voorspeld kan worden vanuit de fysieke beleving van de zwangerschap: ($R^2 = .12, F(1, 26) = 3.41, p > .05$). Fysieke beleving van de zwangerschap heeft geen invloed op de ervaren bezorgdheid tijdens deze periode: ($\beta = .49, p > .05$).

Tevens kon bij zowel risicomoeders als controlemoeders de mate van vertrouwen in het eigen functioneren als moeder niet voorspeld worden vanuit de fysieke beleving van de zwangerschap: ($R^2 = .08, F(1, 27) = 2.33, p > .05$). Fysieke beleving heeft geen invloed op het vertrouwen in de eigen vaardigheden als moeder: ($\beta = -1.06, p > .05$).

Tenslotte wees de regressieanalyse uit dat bij zowel risicomoeders als controlemoeders de aard en kwantiteit van de gedachten en gevoelens ten aanzien van hun ongeboren kind niet voorspeld kon worden vanuit de fysieke beleving van de zwangerschap: ($R^2 = .06, F(1, 27) = 1.61, p > .05$). Fysieke beleving heeft geen invloed op de gedachten en gevoelens van de aanstaande moeders tijdens de zwangerschap: ($\beta = -.46, p > .05$).

Discussie

Beleving zwangerschap door risicomoeders en controlemoeders

De hoofdvraag in het huidige onderzoek is gericht op de verschillen tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot hun zelfvertrouwen ten aanzien van het moederschap, hun gedachten en gevoelens over hun ongeboren kind en de fysieke en mentale beleving van de zwangerschap. Verwacht werd dat op al deze gebieden verschillen zouden bestaan tussen de twee soorten moeders en dat risicomoeders daarbij steeds negatievere uitkomsten zouden behalen dan controlemoeders.

Uit de analyses komt naar voren dat op twee van de drie gebieden, zelfvertrouwen ten aanzien van het moederschap en hun gedachten en gevoelens over hun ongeboren kind, inderdaad verschillen bestaan tussen de twee soorten moeders en dat risicomoeders op deze gebieden ook daadwerkelijk scores behalen die negatievere uitkomsten representeren. Daarnaast bestaat een verschil wat betreft de fysieke beleving van de zwangerschap: risicomoeders rapporteren een negatievere fysieke beleving van de zwangerschap dan controlemoeders. Echter, bij zowel risicomoeders als controlemoeders werd geen verband gevonden tussen de fysieke en mentale beleving van de zwangerschap.

Gedachten over en gevoelens voor het ongeboren kind

De eerste deelvraag betreft de verschillen tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot de gedachten over en gevoelens voor hun ongeboren kind. Verwacht werd dat risicomoeders minder positieve gedachten en gevoelens ervaren ten aanzien van hun ongeboren kind dan controlemoeders.

Uit de analyses komt naar voren dat risicomoeders inderdaad gemiddeld minder en negatievere gedachten en gevoelens hebben ten aanzien van hun ongeboren kind dan controlemoeders. Deze bevinding komt overeen met wat Condon en Corkindale (1997) en Laxton-Kane en Slade (2002) hebben gevonden in hun onderzoeken. Zij vonden dat moeders die een depressie ervaren en weinig sociale steun ontvangen, wat kenmerken zijn van risicomoeders, een minder goede band opbouwen met hun ongeboren kind. Daarnaast kan het verwachten van een kind naast andere hindernissen een additioneel probleem vormen, waardoor risicomoeders minder positieve gedachten en gevoelens ervaren ten aanzien van hun ongeboren kind.

Vertrouwen in eigen vaardigheden als moeder

De tweede deelvraag is gericht op de verschillen tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot de beoordeling van hun eigen vaardigheden ten aanzien van het moederschap. Verwacht werd dat risicomoeders zichzelf als minder competent beoordelen dan controlemoeders.

Uit de analyses komt naar voren dat risicomoeders inderdaad gemiddeld minder vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden als moeder dan controlemoeders. Deze bevinding komt overeen met resultaten die voortkwamen uit andere onderzoeken (Porter & Hsu, 2003; Reece & Harkless, 1998). Deze onderzoeken rapporteren dat de beoordeling door moeders van hun eigen vaardigheden met betrekking tot het moederschap negatief wordt beïnvloed wanneer sprake is van bepaalde kenmerken van risicomoeders: een hoge mate van (aanhoudende) stress, depressie, angststoornissen en een slechte kwaliteit van de partnerrelatie.

Fysieke en mentale beleving van de zwangerschap

De derde deelvraag betreft de verschillen tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot de fysieke en mentale beleving van de zwangerschap. Verwacht werd dat risicomoeders een negatievere fysieke beleving van hun zwangerschap hebben en daardoor een negatievere mentale beleving van de zwangerschap hebben dan controlemoeders.

Uit de analyses komt naar voren dat risicomoeders inderdaad gemiddeld een negatievere fysieke beleving van de zwangerschap rapporteren dan controlemoeders. Ook zijn verschillen gevonden wat betreft het vertrouwen in de eigen vaardigheden als moeder en gedachten en gevoelens met betrekking tot het ongeboren kind: bij beide hebben de risicomoeders een negatievere uitkomst.

Echter, risicomoeders en controlemoeders verschillen niet met betrekking tot de mate van ervaren bezorgdheid tijdens de zwangerschap. Tenslotte is voor zowel risicomoeders als controlemoeders gevonden dat fysieke beleving van de zwangerschap geen invloed heeft op de mentale beleving van deze periode.

Een mogelijke verklaring voor de vergelijkbare resultaten met betrekking tot de ervaren bezorgdheid is dat risicomoeders het moeilijk vinden om bezorgdheid te rapporteren. Zij kunnen moeite hebben met het herkennen van deze emotie bij zichzelf of ze willen zichzelf niet kwetsbaar opstellen door toe te geven dat zij zich bezorgd voelen. Dit resulteert in minder gerapporteerde bezorgdheid dan in werkelijkheid het geval is. Risicomoeders hebben echter wel gemiddeld minder vertrouwen in hun eigen vaardigheden als moeder dan controlemoeders. Dit kan een uitingvorm zijn van de bezorgde gevoelens die de moeders ervaren, maar die ze niet als bezorgdheid bestempelen. Deze bezorgdheid veroorzaakt onzekerheid bij de risicomoeders die resulteert in een lager vertrouwen in hun eigen vaardigheden als moeder.

Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat fysieke beleving van de zwangerschap geen invloed heeft op de mentale beleving van deze periode is dat de fysieke beleving op een meer basaal en onderbewust niveau invloed zou kunnen hebben. Deze processen zouden dan niet door de moeders zelf gerapporteerd kunnen worden, waardoor de fysieke beleving van de zwangerschap geen invloed lijkt te hebben op de mentale beleving van de zwangerschap. Daarnaast is het mogelijk dat de fysieke beleving van de zwangerschap wel invloed heeft op andere aspecten van de mentale beleving dan die in het huidige onderzoek zijn meegenomen.

Sterke punten van het huidige onderzoek

Een belangrijk voordeel van het huidige onderzoek is dat het een uniek onderzoek is in Nederland. Nooit eerder zijn de verschillen tussen risicomoeders en controlemoeders met betrekking tot hun zelfvertrouwen ten aanzien van het moederschap, hun gedachten en gevoelens over hun ongeboren kind en de fysieke beleving van en bezorgdheid over de zwangerschap onderzocht.

Daarnaast heeft een diverse groep moeders uit verschillende regio's deelgenomen aan het onderzoek, wat zorgt voor een verscheidenheid aan data. Deze data is een natuurgetrouwe weerspiegeling van de werkelijkheid, aangezien op geen enkele wijze controle is uitgeoefend op welk levensgebied van deze vrouwen dan ook.

Een derde pluspunt is dat veel bekend is over de achtergrond van de aanstaande moeders. Niet alleen geeft dit een goed en uitgebreid beeld over de situatie waarin de baby's geboren en opgevoed zullen gaan worden, ook kunnen deze gegevens gebruikt worden om tijdens de data-analyse te controleren voor invloeden die bepaalde achtergrondgegevens, zoals sociaaleconomische status, op de resultaten kunnen hebben.

Tenslotte zijn voor de dataverzameling meetinstrumenten gebruikt die een goede betrouwbaarheid, convergente validiteit en interne consistentie hebben: de SENR en de MAAS. Door de goede psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten mag worden uitgegaan van de validiteit van de data die met deze instrumenten is verzameld en daarmee ook van de validiteit van de resultaten die verkregen zijn aan de hand van die data.

Beperkingen van het huidige onderzoek

Een belangrijke beperking aan het huidige onderzoek is dat de onderzoeksgroep klein is: ze bestaat uit slechts 33 aanstaande moeders. Echter, de groep is groot genoeg om valide data-analyses te kunnen uitvoeren en ook de afzonderlijke groepen (risicomoeders versus controlemoeders) zijn groot genoeg om valide resultaten te kunnen verkrijgen.

Een tweede probleem is dat het mogelijk is dat de vragenlijsten niet naar waarheid zijn ingevuld. De moeders kunnen sociaal wenselijk hebben geantwoord, dingen hebben achtergehouden of anders voorgesteld dan zij in werkelijkheid zijn, bijvoorbeeld een situatie minder erg hebben laten lijken dan het is. Daarnaast is het mogelijk dat moeders de vragenlijsten te haastig hebben ingevuld, waardoor ze vragen verkeerd hebben begrepen of onvoldoende hebben nagedacht over hun antwoord. Dit is echter niet waarschijnlijk: de moeders waren openhartig in wat zij vertelden en de vragenlijsten zijn tijdens het meetmoment ingevuld, in de aanwezigheid van de onderzoekers. Zij hebben kunnen ingrijpen, mochten zij de indruk hebben gekregen dat de moeder de vragenlijst onjuist of te gehaast invulde.

Tenslotte hebben de vrouwen zich vrijwillig aangemeld, waardoor de mogelijkheid bestaat dat een onbedoelde selectie van aanstaande moeders heeft plaatsgevonden. Sommige vrouwen kunnen een bepaalde reden hebben om niet deel te willen nemen aan het onderzoek en daardoor kan het zijn dat een bepaald deel van de doelgroep, met name moeders die problemen ondervinden of hierop een verhoogd risico lopen, wegvalt. Echter, de verhouding tussen risicomoeders en controlemoeders in de steekproef toont aan dat dit geen grote beperking is. Daarnaast is voldoende variatie in de groep vrouwen aanwezig om met redelijke zekerheid te kunnen zeggen dat alle soorten moeders vertegenwoordigd zijn in de steekproef.

Implicaties voor praktijk en vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek heeft een belangrijke implicatie voor de hedendaagse praktijk. Overheidsinstanties en instellingen gericht op zwangerschap bij risicomoeders zouden een integratief programma moeten ontwikkelen waarbij getracht wordt de band tussen moeder en kind al tijdens de zwangerschap te verbeteren. Hierbij kan gedacht worden aan spelletjes doen met het kind, maar ook aan gesprekken met de moeder over de band met haar eigen moeder en een vorm van bewustmaking van hoe het kind zich in de baarmoeder ontwikkelt en dat het kind een uniek individu is met een eigen persoonlijkheid.

Daarnaast zou aandacht besteedt moeten worden aan praktische vaardigheden, zoals voeding klaarmaken, en kennisvermeerdering met betrekking tot het verzorgen en opvoeden van jonge kinderen. Hierbij is het belangrijk dat de moeders en hun eventuele partners bewuster gaan handelen en zich zelfverzekerd gaan voelen.

Aanbevolen wordt om meer en grootschaliger onderzoek te doen naar de antenatale ervaringen van diverse groepen moeders, zodat de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele populatie zwangere vrouwen. Het is hierbij van belang ook de invloed van andere aspecten, zoals de genetische kenmerken van het kind, de interactie met de vader en andere personen en de verdere omgeving, op de ontwikkeling van het kind mee te nemen in het onderzoek. Zo wordt het mogelijk ingewikkelde patronen te bestuderen en een beter integratief beeld te krijgen van de aspecten die de kinderlijke ontwikkeling beïnvloeden.

Literatuurlijst

- Arizmendi, T. G. & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (6), 743-756.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V. & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother - an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 719-728.
- Berg, M. P. van den. (2007). *Parental psychopathology and the early developing child*. Verkregen op 20 december, 2011, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/issues/244/articles/5646>.
- Biblarz, T. J. & Gottainer, G. (2000). Family structure and children's success: A comparison of widowed and divorced single-mother families. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 533-548.
- Botting, B., Rosato, M. & Wood, R. (1998). *Teenage mothers and the health of their children: Discusses trends in teenage conception rates, their outcomes and long-term consequences*. Verkregen op 20 december, 2011, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9795977>.
- Brown, G. W. & Moran, P. M. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine*, 27 (1), 21-33.
- Bussel, J. C. H. van., Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2010). Reliability and validity of the Dutch version of the maternal antenatal attachment scale. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 267-277.
- Carmen, R. del, Pedersen, F. A., Huffman, L. C. & Bryan, Y. E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development*, 16 (2), 131-147.
- CBS. (2011). *Geboorte naar diverse kenmerken*. Verkregen op 20 december, 2011, van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37422ned&D1=0,4-5,7,9,11,13,17,26,35,40-41&D2=0,10,20,30,40,\(1-4\)l&HD=0902180953&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37422ned&D1=0,4-5,7,9,11,13,17,26,35,40-41&D2=0,10,20,30,40,(1-4)l&HD=0902180953&HDR=G1&STB=T).
- CBS. (2011a). *Huishoudens: Grootte, samenstelling, positie in het huishouden, 1 januari*. Verkregen op 20 december, 2011, van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37312&D1=a&D2=a,11-4,!6-7&HD=120213-0906&HDR=G1&STB=T>.
- CCDS. (2006). *Cardiff Child Development Study*. Verkregen op 26 april, 2012, van <http://psych.cf.ac.uk/ccds/development/index.html>.
- Chandra, K., Magee, L. & Koren, G. (2002). *Discordance between physical symptoms versus perception of severity by women with nausea and vomiting in pregnancy (NVP)*. Verkregen op 20 december, 2011, van <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/2/5>.

- Coley, R. L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69 (1), 219-230.
- 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.
- Copeland, D. & Harbaugh, B. L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28 (3), 139-152.
- Donovan, W. L. & Leavitt, L. A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perceptions, and behavior. *Child Development*, 60 (2), 460-472.
- 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 (5), 1638-1647.
- Downey, D. B. (1994). The school performance of children from single-mother and single-father families: Economic or interpersonal deprivation? *Journal of Family Issues*, 15(1), 129-147.
- Ekéus, C., Otterblad Olausson, P. & Hjern, A. (2006). Psychiatric morbidity is related to parental age: A national cohort study. *Psychological Medicine*, 36, 269-276.
- Florsheintn, P., Tolan, P. & Gorman-Smith, D. (1998). Family relationships, parenting practices, the availability of male family members, and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families. *Child Development*, 69 (5), 1437-1447.
- 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 (2), 75-82.
- Fraser, A. M., Brockert, J. E. & Ward, R. H. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 332 (17), 1113-1118.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G. & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 49-55.
- Gibaud-Wallston, J. & Wandersman, L. P. (1978). Development and utility of the parenting sense of competence scale. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Groenendaal, H. & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20 (1), 3-22.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L. & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health*, 17 (3), 207-215.

- Harwood, K., McLean, N. & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology*, 43 (1), 1-12.
- Hilton, J. M. & Devall, E. L. (1998). Comparison of parenting and children's behavior in single-mother, single-father, and intact families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 29 (3-4), 23-54.
- Hsu, H. & Sung, J. (2008). Separation anxiety in first-time mothers: Infant behavioral reactivity and maternal parenting self-efficacy as contributors. *Infant Behavior Development*, 31 (2), 294-301.
- Lansford, J. E., Ceballo, R., Abbey, A. & Stewart, A. J. (2001). Does family structure matter? A comparison of adoptive, two-parent biological, single-mother, stepfather, and stepmother households. *Journal of Marriage and Family*, 63, 840- 851.
- Lawlor, D. A. & Shaw, M. (2002). Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. *International Journal of Epidemiology*, 31, 552-554.
- Lawlor, D. A. & Shaw, M. (2002a). What a difference a year makes? Too little too late. *International Journal of Epidemiology*, 31, 558-559.
- 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 and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266.
- Leerkes, E. M. & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3 (2), 227-247.
- Levine, J. A., Emery, C. R. & Pollack, H. (2007). The well-being of children born to teen mothers. *Journal of Marriage and Family*, 69, 105-122.
- Lieb, R., Wittchen, H., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57 (9), 859-866.
- Lipman, E. L., Boyle, M. H., Dooley, M. D. & Offord, D. R. (2002). Child well-being in single-mother families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (1), 75-82.
- Lynch, L. (2002). Parents' self-efficacy beliefs, parents' gender, children's reader self-perceptions, reading achievement and gender. *Journal of Research in Reading*, 25 (1), 54-67.
- McCain, G. C. & Deatrick, J. A. (1994). The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23 (5), 421-427.
- Melender, H. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29 (2), 101-111.

- Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., Bergh, B. R. H. van den., Buitelaar, J. K. & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, 3-14.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25 (2), 161-166.
- Oosterman, M. & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal*, 29, 609-623.
- Pollock, P. H. & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23 (12), 1345-1357.
- 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 (1), 54-64.
- Reece, S. & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4 (2), 198-215.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Rich-Edwards, J. (2002). Teen pregnancy is not a public health crisis in the United States. It is time we made it one. *International Journal of Epidemiology*, 31, 555-556.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Gitner, G., Miller, I., Rasmussen, S. & Hayden, L. C. (1996). Parental psychopathology, multiple contextual risks, and one-year outcomes in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25 (4), 423-435.
- Siddiqui, A. & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1), 13-25.
- Tavecchio, L. (2007). Kinderen van tienermoeders: Een risicogroep? *Kind en Adolescent Review*, 14 (3), 349-363.
- Universiteit Leiden (2011). Aanstaande Moedervragenlijst. Leiden: Universiteit Leiden, afdeling Orthopedagogiek.
- Vandereycken, W. (2008). Psychopathologie: van diagnostiek tot therapie. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkemp (red.), *Handboek psychopathologie: deel 1 basisbegrippen* (p. 6). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wallace, A. M., Boyer, D. B., Dan, A. & Holm, K. (1986). Aerobic exercise, maternal self-esteem, and physical discomforts during pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31 (6), 255-262.
- Winson, N. (2009). Transition to motherhood. In C. Squire (Ed.), *The Social Context of Birth* (p. 145-160). Abingdon, Engeland: Radcliffe Publishing Ltd.
- Yali, A. M. & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20 (1), 39-52.

Zahn-Waxler, C., Duggal, S., Gruber, R. & Bornstein, M. H. (2002). *Parental Psychopathology*.

Verkregen op 23 april, 2012, van

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=2002-02522-012>.