

Zwanger, bevallen, een kind

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : Stichting Babywerk

E-mail : s.nossent@babywerk.net

Telefoon : 010-2860749

Website (van de interventie): www.zwangerbevalleneenkind.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam :

E-mail :

Telefoon :

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving : Denise Meijer - Gezinspedagoog

Titel interventie : Zwanger, bevallen, een kind

Databank(en) :

Plaats, instituut :

Datum : 18-07-2016

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
• Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
• Uitvoering.....	12
• Onderbouwing	16
• Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek.....	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
• Samenvatting Werkzame elementen – maximaal 250 woorden	23
• Aangehaalde literatuur	24

Samenvatting

Doelgroep

Zwanger, bevallen, een kind (ZBK) is een preventieve cursus voor aanstaande ouders (v.a. 20 weken zwangerschap) en het (ongeboren) kind.

Doel

Het doel van de cursus is het stimuleren van een gezonde (zowel fysieke als emotionele) ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door stress en angst bij (aanstaande) ouders te verminderen en (aanstaande) ouders fysiek en sociaal-emotioneel voor te bereiden op (veranderingen tijdens) de zwangerschap, bevalling en het ouderschap.

Aanpak

De cursus bestaat uit tien bijeenkomsten van twee uur. Het eerste uur is voor beide partners en is gericht op ervaringen delen en voorlichting over (de veranderingen tijdens) de zwangerschap, bevalling, kraamtijd en ouderschaps- en opvoedingsvoorbereiding. Het tweede uur is voor zwangere vrouwen en is gericht inhoudelijke uitwisseling en oefeningen gericht op houding, beweging, conditie, preventie van rug- en bekkenklachten en stressmanagement. Bij twee bijeenkomsten voor de zwangere vrouwen (thema 'bevalling' zijn ook de partners welkom. Daarnaast wordt twee keer een bijeenkomst georganiseerd voor alleen de partners, gericht op de verschillende aspecten van het vaderschap.

Materiaal

ZBK heeft verschillende materialen beschikbaar voor de werving en registratie (o.a. website en informatieflyers), evaluatie (o.a. tussentijdse- en eindevaluatieformulieren) en uitvoering (o.a. informatie in een cursusmap voor docenten en oudermappen, dvd's en materialen voor oefeningen zoals matjes en poppen). De volledige lijst met materialen vindt u in hoofdstuk 2 (uitvoering).

Onderbouwing

De zwangerschap is een transitieperiode waarin veel ingrijpende veranderingen plaatsvinden bij aanstaande ouders. Deze veranderingen kunnen tot fysieke (o.a. slaapgebrek, rug- en bekkenklachten), psychische (o.a. stress en angst) en psychosociale (o.a. conflicten) problemen leiden die direct en indirect (via prenatale hechting en parenting self-efficacy) van negatieve invloed kunnen zijn op het (ongeboren) kind.

ZBK bevordert een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door stress en angst bij (aanstaande) ouders te verminderen en (aanstaande) ouders fysiek en sociaal-emotioneel voor te bereiden op (veranderingen tijdens) de zwangerschap, bevalling en het ouderschap. Dit komt in de cursus terug door:

- Fysieke oefeningen te doen (o.a. ter voorbereiding op de bevalling, ontspanning en preventie van rug- en bekkenbodemplachten);
- Deelnemers te informeren over verschillende voorzieningen voor (aanstaande) ouders;
- Realistische verwachtingen te scheppen over de bevalling, het ouderschap en de verdeling van zorg- en werktaken;
- Te oefenen met stressregulatie;
- Sociale steun te stimuleren;
- De partners actief te betrekken als steun voor de vrouw en mede-opvoeder van de baby;
- De parenting self-efficacy te versterken;
- Deelnemers te stimuleren tot (prenataal) hechtingsgedrag (o.a. beeldvorming over het kind, contact maken met de foetus).

De aanpak van ZBK is gebaseerd op de self-efficacy theorie van Bandura (1997) en het I-Change model van De Vries et al. (2004) en richt zich op kennis, bewustzijn, vaardigheden en eigen effectiviteit en maakt gebruik van verschillende effectieve technieken zoals (interactief) informeren, ervaringsgericht leren (theorie in praktijk brengen door oefeningen te doen), actief leren (o.a. kennis over en bewustzijn van de bevalling en het ouderschap), op een leuke manier informeren (o.a. film en quiz), modeling (voordoen van oefeningen), feedback door de docent en ervaringen delen met lotgenoten.

Onderzoek

Er is een procesevaluatie gedaan naar de pilot van ZBK onder 88 (aanstaande) ouders en 31 docenten. De cursus is op basis van de uitkomsten aangepast (zie hoofdstuk 4).

Bereik

De groep ouders die deelnamen aan de cursus was divers op het gebied van opleiding, leeftijd en culturele achtergrond.

Belangrijkste succesfactoren

Docenten en cursisten waardeerden de praktische oefeningen, de tweede helft van de bijeenkomsten (voor zwangere vrouwen) werd positiever beoordeeld dan de eerste helft (voor beide partners).

Belangrijkste aandachtspunten

Docenten ervoeren structureel tijdgebrek, volgens cursisten konden docenten soms efficiënter met de tijd omgaan, sommige docenten leken niet geschikt voor de uitvoering, de kwaliteit van docenten lijkt samen te hangen met de kwaliteit van bijeenkomsten, sommige onderwerpen boden weinig nieuwe informatie, het na afloop uitdelen van informatie aan ouders zorgde voor onrust.

- Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Aanstaande ouders (v.a. 20 tot 28 weken zwangerschap) en hun (ongeboren) kind zijn de uiteindelijke doelgroep.

Bereik

In 2014 hebben totaal 58 (aanstaande) ouderparen (116 ouders) deelgenomen aan de cursus. Het opkomstpercentage¹ van de cursus is gemiddeld 95%. Uit onderzoek blijkt dat de cursus ouders van verschillende opleidingsniveaus (28% universitair, 25% HBO, 29% MBO, 18% lager of geen opleiding) en culturele achtergronden (65% geboren in Nederland, 11% geboren elders in Europa en 24% buiten Europa) bereikt (Tan, 2011).

Keuze doelgroep

Stichting Babywerk heeft met de cursus Zwanger, Bevallen, Een kind bewust gekozen voor universele preventie. Zowel laag- als hoog opgeleide vrouwen lijken risico's te lopen op problemen tijdens en/of na de zwangerschap die kunnen leiden tot een ongunstige ontwikkeling van het kind. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen met een lage sociaaleconomische status een minder goede kans hebben op het voldragen van een gezonde zwangerschap. Zij hebben vaker te maken met risicofactoren zoals psychosociale stress, roken tijdens de zwangerschap en overgewicht, wat tot negatieve gevolgen kan leiden op de foetale, perinatale en lange termijn gezondheid van het kind (Da Silva, 2009). Hoog opgeleide vrouwen blijven vaak tot vlak voor hun bevalling doorwerken (Stuurgroep zwangerschap en geboorte). Dit gaat ten koste van de bewustwording over de komst van de baby en kan leiden tot stress (Tan, Crébas, & Nossent, 2009). Werkstress tijdens de zwangerschap vergroot de kans op een huilbaby (Van der Wal e.a., 2007). Fulltime werkende vrouwen krijgen kleinere baby's dan parttime werkende vrouwen, zijn mogelijk lichamelijk vermoeider en ervaren mogelijk meer stress (Jansen, 2009). Stichting babywerk veronderstelt dat alle ouders baat kunnen hebben bij de cursus.

Bereiken van laaggeletterde ouders

In de huidige vorm is de cursus niet geschikt voor laaggeletterde ouders. Ook deze ouders zijn echter een belangrijke doelgroep. Laaggeletterdheid gaat vaak samen met een lage sociaaleconomische status en/of het niet opgroeien met de Nederlandse taal (Greef, Segers, Nijhuis, 2013). Binnen een populatie met deze kenmerken is sprake van een relatief hoge perinatale morbiditeit en sterfte (Bonsel, Birnie, Denktas, Poeran, Steegers, 2010). Die hangt samen met een cumulatie van risicofactoren (Bonsel e.a., 2010; Denktas e.a., 2012). Een ongunstige opvoedingssituatie en kindermishandeling in de postnatale periode komen in deze bevolkingsgroepen vaker voor.

Om ook laaggeletterde ouders te bereiken, is er een visuele, laagdrempelige en toegankelijke digitale voorlichting (e-learning 'Een kindje krijgen') in ontwikkeling. Als alle afleveringen van de e-learning zijn ontwikkeld, worden (fragmenten uit) de afleveringen als suggestie toegevoegd aan het handboek van de cursus ZBK. Docenten kunnen dan per bijeenkomst de keuze maken om al dan niet gebruik te maken van de videofragmenten.

¹ Gebaseerd op cijfers van 2014 van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra.

De theorie die in de e-learning aan bod komt, komt ook aan bod in de cursus ZBK. De cursus ZBK is echter uitgebreider, omdat niet alle onderwerpen zonder meer geschikt zijn voor voorlichting op het internet. Een ander aandachtspunt bij de e-learning, is dat het niet kan dienen als ontmoetingsplaats voor mensen die een vergelijkbare fase van transitie doormaken. Deze interventiebeschrijving zal daarom alleen ingaan op de cursus ZBK. Wanneer de ontwikkeling en pilot van de e-learning 'Een kindje krijgen' is afgerond, wordt deze e-learning met eigen doelgroep, doelen en onderbouwing als aparte interventie ingediend.

Intermediaire doelgroep

De cursus kent geen intermediaire doelgroepen.

Selectie van doelgroepen

Zwanger, bevallen, een kind (ZBK) is een universele preventieve cursus en is voor alle (aanstaande) ouders geschikt die:

- Bij de start van de cursus tussen de 20 - 28 weken in verwachting zijn;
- De Nederlandse taal zowel mondeling als schriftelijk beheersen.

ZBK heeft het volgende exclusie criterium:

- Ouders beheersen de Nederlandse taal zowel mondeling en/of schriftelijk onvoldoende.

Aanstaande ouders melden zich via het internet of telefonisch aan voor de cursus. Bij de aanmelding wordt gevraagd naar de datum waarop de aanstaande moeder is uitgerekend.

Betrokkenheid doelgroep

In 2008-2009 is het aanbod van diverse zwangerschapscursussen en de onderdelen 'Moeder worden, moeder zijn' en 'Leer je baby kennen' geëvalueerd door middel van interviews en focusgroepen met betrokken professionals en ex-cursisten. Uit het evaluatieonderzoek en recentere literatuur kwamen veel vernieuwingen voort. De belangrijkste verbeterpunten vanuit de doelgroep waren het intensiever betrekken van de partner, een betere praktische voorbereiding op de postnatale periode, meer aandacht voor stressreductie en meer aandacht voor de ouder-kind relatie. Het aanbod is naar aanleiding van het evaluatie- en literatuuronderzoek doorontwikkeld tot een nieuwe cursus: ZBK.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de cursus is het stimuleren van een gezonde (zowel fysieke als emotionele) ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door stress en angst bij (aanstaande) ouders te verminderen en (aanstaande) ouders fysiek en sociaal-emotioneel voor te bereiden op (veranderingen tijdens) de zwangerschap, bevalling en het ouderschap.

Subdoelen

Het hoofddoel wordt met de volgende subdoelen bereikt:

Beide (aanstaande) ouders:

1. Hebben realistische verwachtingen over de bevalling: ze weten hoe een bevalling verloopt, wat verschillende mogelijkheden zijn voor een bevallingslocatie, wat verschillende baringshoudingen zijn en hoe ze de pijn kunnen opvangen;
2. Hebben realistische verwachtingen over het ouderschap: ze weten hoe vaak een baby de eerste weken huilt, slaapt en eet en dat het tijd en toewijding kost om de baby te leren kennen;
3. Hebben realistische verwachtingen over de verdeling van zorg- en werktaken;
4. Weten wat de invloed is van stress op het kind;
5. Weten bij welke voorzieningen zij terecht kunnen met vragen over de zwangerschap, bevalling, opvoeding en zorg;
6. Achten zichzelf in staat om hun baby te verzorgen en op te voeden;

7. Zijn in staat om (overmatige) stress, angst en depressieve gevoelens te herkennen en reguleren;
8. Zijn zich bewust van het belang van een goed sociaal steunnetwerk tijdens de transitie naar het ouderschap;
9. Zijn in staat om zelfstandig beroep te doen op een sociaal steunnetwerk;
10. Zijn in staat om (prenataal) hechtingsgedrag te vertonen: fantaseren en beelden vormen over de baby en over de zorg voor de baby na de geboorte, contact maken met de ongeboren baby (bijv. toespreken) en rekening houden met positieve en negatieve emoties ten aanzien van de foetus en de zwangerschap.

De (aanstaande) moeders:

11. Zijn in staat om bewegings-, ademhalings- en ontspanningsoefeningen uit te voeren die geschikt zijn voor zwangere vrouwen en kraamvrouwen;
12. Zijn in staat om verschillende baringshoudingen aan te nemen.

De partners:

13. Zijn in staat om de (aanstaande) moeder fysiek en sociaal-emotioneel te ondersteunen tijdens de zwangerschap en de bevalling;
14. Zijn zich bewust van hun belangrijke rol als mede-opvoeder van de baby.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De cursus bestaat uit 10 wekelijkse groepsbijeenkomsten met wisselende thema's (zie Tabel 1). Elke bijeenkomst bestaat uit 2 delen van 55 minuten met daartussen een pauze van 10 minuten. Het eerste deel (A) is voor beide ouders, het tweede deel (B) is alleen voor de zwangere vrouwen. Uitzondering zijn de B-delen van bijeenkomst 6 en 7 (thema 'bevalling') waarbij ook de partners worden uitgenodigd. Daarnaast zijn er bij bijeenkomst 4 en 8, gelijktijdig met deel B voor de zwangere vrouwen, bijeenkomsten voor de partners onder begeleiding van een mannelijke docent. Tijdens de bijeenkomsten werken de docenten interactief en vraaggericht. Docenten zijn vrij om de bijeenkomst aan te passen naar de wensen en behoeften van de cursisten, mits zij tenminste de onderdelen behandelen zoals beschreven in de minimale versie van Zwanger, Bevallen, een Kind (bijlage 1).

Tabel 1. *Thema's van de verschillende bijeenkomsten.*

Bijeenkomst	Deel A (met partner) of B (zonder partner)	Thema
1	A & B	Zwanger
2	A	Gezond leven
	B	Houding, beweging en ontspanning
3	A	Borst- en kunstvoeding
	B	De bekkenbodem als basis
4	A	Gedeeld ouderschap
	B (voor zwangere vrouwen)	Moeder worden en voor jezelf zorgen
	B (voor partners)	Vader worden (deel 1)
5	A	Je baby voor de geboorte
	B	Het einde van de zwangerschap
6 & 7	A	De bevalling
	B	De bevalling: Informatie met oefeningen
8	A	Jullie baby wordt geboren
	B (voor zwangere vrouwen)	Veranderingen in je relaties
	B (voor partners)	Vader worden (deel 2)
9	A	Babyverzorging
	B	De kraamtijd
10	A	Communiceren met je kind
	B	Afronding: onderwerpen en oefeningen naar behoefte van de deelnemers

Inhoud van de interventie

Werving

Professionals die te maken krijgen met de doelgroep (bijv. huisartsen en verloskundigen) zijn gevraagd of zij de doelgroep actief willen wijzen op het cursusaanbod. Daarnaast worden er (Nederlandstalige) folders verspreid via vindplaatsen van de doelgroep (bijv. verloskundigen- en huisartsenpraktijken, bij relevante instellingen zoals Centra voor Jeugd en Gezin en bij bijeenkomsten zoals informatiemarkten of vroege voorlichting voor aanstaande ouders).

Verder is er een landelijke website van de cursus met links naar de websites van de lokale aanbieders. Op de website van lokale aanbieders kunnen ouders meer inhoudelijke informatie vinden over ZBK, de data en locaties waar de cursus plaatsvindt en contactgegevens van de uitvoerende organisatie. Ouders kunnen zich via de website aanmelden voor de cursus.

Inhoud van de cursus

Deel A

Bij het eerste deel van de bijeenkomsten (deel A) zijn beide ouders welkom. Bij deze A-delen staat voorlichting over (de veranderingen tijdens) de zwangerschap, bevalling, kraamtijd en opvoedingsvoorbereiding centraal. De voorlichting is interactief en wordt verzorgd door een multidisciplinair team van docenten (verloskundigen, jeugdverpleegkundigen, diëtisten, pedagogen, oefen- en fysiotherapeuten en lactatiekundigen).

Deel B voor zwangere vrouwen

Het tweede deel van de bijeenkomsten (deel B, m.u.v. bijeenkomst 6 & 7) is alleen voor de zwangere vrouwen. De B-delen worden verzorgd door een vaste docent (oefen- of fysiotherapeut). De docent coacht de vrouwen vanuit een visie op het samengaan van fysieke en psychische veranderingen tijdens de zwangerschap en bevalling. Er is elke week ruimte voor inhoudelijke uitwisseling en oefeningen gericht op houding, beweging, conditie en stressmanagement. Hiertoe behoren ook oefeningen die bijdragen aan de preventie van rug- en bekkenklachten.

Deel B voor partners

Bijeenkomst 4 en 8 is er, gelijktijdig met het tweede deel van de bijeenkomsten voor de zwangere vrouwen, ook een bijeenkomst voor de partners. De B-delen voor de partners worden verzorgd door een mannelijke pedagoog. Tijdens deze bijeenkomsten worden de verschillende aspecten van het vaderschap besproken.

Signalering en doorverwijzing

ZBK biedt begeleiding tijdens de zwangerschap, ondersteuning bij de transitie naar het ouderschap en voorbereiding op de bevalling. Het kan voorkomen dat er bij ouders fysieke, psychische en / of psychosociale problemen ontstaan. Het is de taak van de docenten om deze problemen te signaleren, hierover in gesprek te gaan en ouders indien nodig toe te leiden naar de juiste hulpverlening. De docenten zijn goed op de hoogte van de signalen van mogelijke problemen en van instanties die ouders hulp kunnen bieden. Docenten maken hierbij gebruik van een regionale perinatale sociale kaart en van de informatie in het handboek met betrekking tot signalering. Tijdens de jaarlijkse bijscholing of intervisiebijeenkomsten wordt, indien wenselijk, nader ingegaan op het signaleren van problemen.

Voorbeeld bijeenkomst

Om een indruk te geven van een thema en de uitvoering, zijn hieronder de inhoud en werkwijze van een van de bijeenkomsten uitgewerkt. De inhoud en onderdelen van de A- en B-delen zijn steeds op elkaar afgestemd.

Thema 'Gedeeld ouderschap' (bijeenkomst 4, deel A)

Deel A van bijeenkomst 4 wordt verzorgd door een pedagoog en bestaat uit:

1. Welkom en inleiding (5 minuten)
2. Opvoeden begint voor de geboorte (5 minuten)
3. Veranderingen in je relaties (10 minuten)
4. Het nieuwe ouderschap (15 minuten)
5. Ouderschapsverlof en kinderopvang (10 minuten)
6. Oefening steunnetwerk (5 minuten)
7. Afsluiting en thuis verder (5 minuten)

Tijdens deze bijeenkomst gaat de docent met aanstaande ouders in gesprek over wat het krijgen van een kind voor hen betekent. De docent bespreekt interactief verschillende manieren waarop ouders al voor de geboorte zinvol vorm kunnen geven aan het ouderschap (zoals gezond leven). Daarna bespreekt de docent interactief de (invloed van) de relatie die ouders met elkaar en naasten (zoals de eigen ouders) hebben. Ouders gaan actief aan de slag met een werkblad waarop zij vragen over de partner invullen om te ontdekken hoe goed zij elkaar kennen. De docent stimuleert ouders om onderwerpen zoals de verzorging en opvoeding van het kind met elkaar te bespreken. Vervolgens informeert de docent ouders over de ouderschapsverlof- en kinderopvangregelingen en mogelijkheden en het belang van een goed sociaal netwerk. Ouders gaan aan de slag met het in kaart brengen van netwerkkringen. Tot slot sluit de docent de bijeenkomst af, stimuleert de docent ouders om ook thuis actief met de zwangerschap en het komende kind bezig te zijn en vraagt de docent ouders om vier korte evaluatievragen in te vullen (Sessie Evaluatie Schaal).

Thema 'Moeder worden en voor jezelf zorgen' (bijeenkomst 4B voor zwangere vrouwen)

Deel B van bijeenkomst 4 voor zwangere vrouwen wordt verzorgd door een oefen- of fysiotherapeut en bestaat uit:

1. Welkom, inleiding en rondvraag (10 minuten)
2. Oefeningen en ontspanning (10 minuten)
3. Zelfzorg en wisselende stemmingen (10 minuten)
4. Veilig en gezond op het werk (10 minuten)
5. Vermoeidheid en slecht slapen, met tips (10 minuten)
6. Afsluiting en thuis verder (5 minuten)

De docent start de bijeenkomst met een 'vragenronde' waarin de vrouwen eventuele vragen stellen en vertellen hoe het lichamelijk en psychisch met hen gaat. Vervolgens voeren de vrouwen door de docent uitgelegde ontspannings- en bekkenbodemoefeningen uit, waarna ze ervaringen delen. Daarna gaat de docent interactief met de vrouwen in gesprek over: herkenning van en ervaringen en omgang met wisselende stemmingen, de invloed van de werksituatie op de baby, wettelijke regelingen rondom werk en ouderschap en de oorzaken van vermoeidheid. Vervolgens geeft de docent de vrouwen praktische tips voor beter slapen. De docent sluit de bijeenkomst af, stimuleert de vrouwen om thuis verder te gaan met de oefeningen en vraagt de vrouwen om de Sessie Evaluatie Schaal in te vullen.

Thema 'Vader worden' (bijeenkomst 4B voor partners)

Deel B van bijeenkomst 4 voor partners wordt verzorgd door een mannelijke pedagoog en bestaat uit:

1. Welkom en inleiding (10 minuten)
2. Wettelijke regelingen rond het vaderschap (5 minuten)
3. Vaderschap en de balans tussen privé, zorg en werk (10 minuten)
4. Vader worden (20 minuten)
5. Veranderingen in relatie en seksualiteit (5 minuten)
6. Afsluiting (5 minuten)

De docent stelt zichzelf voor en vertelt de partners (indien van toepassing) over zijn eigen rol als partner. Daarna start de docent met een korte bespreking van de wettelijke regelingen rond het vaderschap (zoals verlof en ouderlijk gezag) en gaat hij met de partners in gesprek over hoe zij de zorg voor de baby gaan combineren met werk en vrije tijd. De docent behandelt een aantal stellingen dat betrekking heeft op het vaderschap. Vervolgens gaat de docent interactief met de partners in gesprek over: de hormonale veranderingen die partners doorgaan in de perinatale periode, emotionele veranderingen bij beide aanstaande ouders en de invloed van negatieve gevoelens op de baby. Daarna maakt de docent het onderwerp 'seksualiteit' bespreekbaar door de partners een aantal vragen te stellen over dit onderwerp, met elkaar in gesprek te gaan en feiten en fabels te bespreken. De docent sluit de bijeenkomst vervolgens af, wijst de partners op titels van boeken voor partners en vraagt de partners naar hun inbreng voor de volgende bijeenkomst.

- Uitvoering

Materialen

Materialen beschikbaar voor de werving en registratie:

- Website
- Informatieflyers
- Registratieformulieren voor de aanwezigheid van deelnemers
- Lijst met namen van deelnemers gekoppeld aan deelnemer nummers

Materialen beschikbaar voor de evaluatie:

- Formulieren 'Session Evaluatie Schaal' voor tussentijdse evaluaties (opgenomen in de oudermap)
- Evaluatieformulier voor eindevaluatie

Materialen beschikbaar voor de uitvoering:

- Cursusmap (handboek) voor docenten
- Oudermappen met informatie voor ouders
- Pennen
- Voorbeeldexemplaar van de GroeiGidsen Zwanger, Borstvoeding, en 0-4 jaar
- Rode en groene kaarten om te gebruiken bij stellingen
- Flap over (+ stiften) of bord (+ krijtjes)
- Dvd's:
 - Fragmenten bij ZBK
 - Leer je baby kennen
 - Ik stond erbij
- 8 poppen, luiers en doekjes voor instructie verschonen
- Kunstborst voor instructie borstvoeding
- 10 ansichtkaarten met een vraag
- Matjes voor fysieke oefeningen
- Geboorte atlas
- Platen Vierstroom met voorbeelden van houdingen voor het opvangen van de ontsluitingsweeën
- Invulbare lijsten voor uitwisselen van e-mailadressen van deelnemers voor onderling contact (indien gewenst door ouders)

Locatie en type organisatie

Locatie

De locatie waar de cursus gegeven wordt, dient een aangename plek te zijn voor de deelnemers en de docenten. Aan de ruimte worden daarom de volgende voorwaarden gesteld:

- Goede bereikbaarheid;
- Nabij een goede, veilige en bij voorkeur gratis parkeergelegenheid;
- Goed geventileerde en verlichte ruimte;
- Goed werkende apparatuur en beschikbaarheid van technische ondersteuning;
- Gemakkelijk te bereiken toilet;
- Aanwezigheid van koffie- en theefaciliteiten;
- Een beschutte ruimte waar de deelnemers zich (eventueel) kunnen omkleden voor de oefeningen;
- Een plek waar de partners opgevangen worden na de pauze óf de nabijheid van een horecagelegenheid waar de partners kunnen wachten.

Organisatie

Stichting Babywerk is eigenaar van de interventie en ondersteunt professionals en ouders om voor ieder kind een emotioneel gezonde babytijd bereikbaar te maken. De stichting doet dit onder andere door multidisciplinaire studiedagen te organiseren en kennis te delen via de website en door interventies te ontwikkelen. Zo ook de cursus ZBK. De beheerorganisatie ZBK is onderdeel van Stichting Babywerk en implementeert de interventie op landelijk niveau.

ZBK kan op lokaal niveau uitgevoerd worden door een organisatie die zich inzet voor jeugd(gezondheids)zorg of jeugdpreventie. Voorbeelden van zulke organisaties zijn GGD'en, Ouder en Kind Centra, Centra voor Jeugd en Gezin, gezondheidscentra of opvoedpoli's.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Alle docenten dienen ervaring te hebben met het voorlichten van groepen (aanstaande) ouders. Zij dienen tevens te beschikken over de volgende competenties: vraaggericht werken, zelfstandig werken en samenwerken, organisatievaardigheden, stimuleren, inlevingsvermogen, presentatievaardigheden, maatschappelijk bewustzijn, informatie overbrengen en overtuigingskracht.

Daarnaast hebben de docenten de volgende opleiding(en) en ervaring:

- Verloskundigen: HBO verloskunde
- Jeugdverpleegkundigen: HBO verpleegkunde met post-HBO jeugdverpleegkunde en aantoonbare werkervaring met baby's
- Diëtisten: HBO diëtiëk
- Opvoedadviseurs: HBO sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH) of HBO/WO pedagogiek en aantoonbare werkervaring in de jeugdsector en met jonge kinderen
- Lactatiekundigen: HBO verloskunde, diëtiëk of verpleegkunde, aangevuld met een opleiding tot lactatiekundige
- Oefen- en fysiotherapeuten: HBO fysiotherapie of oefentherapie Mensendieck / Cesar en aantoonbare werkervaring met zwangerschapsbegeleiding

Kwaliteitsbewaking

Voorafgaand aan het uitvoeren van de cursus volgen professionals een basistraining waarin zij worden opgeleid tot docent ZBK. Indien gewenst door de uitvoerende organisatie kan ook een verdiepende training aangeboden worden. Gedurende de cursus hebben de uitvoerende organisatie en de beheerorganisatie ZBK regelmatig contact. Indien nodig of gewenst, wordt de uitvoerende organisatie door de beheerorganisatie ZBK bij de implementatie en het lopende aanbod van de cursus ondersteund.

De beheerorganisatie ZBK organiseert jaarlijks een inhoudelijke studiedag voor de docenten. Daarnaast organiseert zij twee keer per jaar intervisiebijeenkomsten waar docenten hun ervaringen delen en succesfactoren en verbeterpunten bespreken. Wanneer een docent de cursus langer dan een half jaar niet heeft uitgevoerd, en de wens bestaat om de cursus opnieuw uit te voeren, dient de docent opnieuw deel te nemen aan de training.

Verder draagt de uitvoerende organisatie zorg voor tussentijdse en eindevaluaties met de deelnemers. De beheerorganisatie ZBK vraagt de uitvoerende organisatie jaarlijks om de registratieformulieren (bereik) en om de evaluatiegegevens van de deelnemers. Indien nodig wordt de cursus doorontwikkeld naar de behoeften van de deelnemers en docenten.

Randvoorwaarden

Een multidisciplinair team van docenten is een voorwaarde voor de uitvoering van de cursus. De uitvoerende organisatie moet bereid zijn om de docenten te werven en aan te sturen. De docenten moeten de mogelijkheid krijgen om de cursus eens per half jaar aan tenminste zes ouderparen aan te bieden. Daarnaast moet de uitvoerende organisatie in staat zijn om de samenwerking van het multidisciplinaire team vorm te geven.

Verder moet de uitvoerende organisatie over voldoende tijd, budget en middelen beschikken om zorg te dragen voor de training voor docenten, de aanschaf van materialen, (regionale) promotie, de werving van deelnemers, lesruimten, audiovisueel materiaal, administratieve verwerking en andere noodzakelijke voorzieningen. De uitvoerende organisatie moet ook zorg dragen voor een actuele perinatale sociale kaart van de regio, die docenten kunnen gebruiken bij de toeleiding van (aanstaande) ouders naar passende ondersteuning.

Tot slot is het, vanwege de interactieve benadering van de cursus, een randvoorwaarde dat maximaal acht ouderparen deelnemen aan een cursus. Op die manier kan de docent het overzicht bewaren en voldoende kwaliteit bieden.

Implementatie

Landelijke implementatie

De landelijke beheerorganisatie ZBK werft organisaties die de cursus kunnen uitvoeren door deze organisaties actief te benaderen en te informeren over het aanbod. Daarnaast worden uitvoerende organisaties geworven door informatie over Stichting Babywerk en de cursus ZBK te verspreiden via de website, presentaties, sociale media en flyers.

Als een uitvoerende organisatie interesse heeft in de cursus, voert de beheerorganisatie ZBK voorbereidende gesprekken met een stafmedewerker of manager van de uitvoerende organisatie. Hierin worden onder andere de randvoorwaarden van de cursus en de wensen ten aanzien van de training besproken. Als de uitvoerende organisatie aan de randvoorwaarden kan voldoen en de cursus wil implementeren, tekent de organisatie een licentiecontract voor een termijn van drie jaar, dat tussentijds kan worden opgezegd met een opzegtermijn van zes maanden. De beheerorganisatie ZBK biedt de uitvoerende organisatie tien uur ondersteuning bij de start van de implementatie van de cursus.

Lokale implementatie

De uitvoerende organisatie is zelf verantwoordelijk voor het werven van docenten die voldoen aan de opleidingseisen. Met deze docenten gaat de organisatie ZBK-docentenovereenkomsten aan. Na het volgen van de training kunnen de docenten de cursus zelfstandig uitvoeren. Hiervoor is een handboek beschikbaar waarin de rol van de verschillende docenten en de inhoud van de cursus uitvoerig staan beschreven.

Tot slot is een projectcoördinator van de uitvoerende organisatie verantwoordelijk voor de organisatie, zoals de werving van deelnemers, het zoeken en reserveren van een cursusruimte en het verzorgen van materialen. Daarnaast houdt de projectcoördinator contact met de beheerorganisatie ZBK en alle betrokken docenten om de voortgang van de implementatie te monitoren en waar nodig bij te sturen.

Kosten

De kosten voor de uitvoerende organisatie zijn, uitgaande van acht ouderparen per cursus en exclusief btw, als volgt:

Eenmalige kosten:

- Basistraining docenten:
 - €7000
 - 69 uur personele kosten van het team van docenten
- Aanschaf materialen: €950

Variabele kosten per jaar:

- Licentiekosten:
 - €5000 voor het eerste jaar
 - €1000 vanaf het tweede jaar
- Intervisie en deskundigheidsbevordering docenten: 56 uur personele kosten van het team van docenten

Variabele kosten per cursus:

- Aanschaf materialen: €125
- Personele kosten: 57 uur van het team van docenten en de projectcoördinator

Totale kosten per cursus

Uitgaande van **4 cursussen per jaar** gedurende 3 jaar: €1.371 en 71 uur personele kosten.

Uitgaande van **8 cursussen per jaar** gedurende 3 jaar: €748 en 64 uur personele kosten.

De uitvoerende organisatie is vrij om de kosten (gedeeltelijk) te dekken door bijvoorbeeld een deelnemersbijdrage te vragen. Voorbeeld: In de gemeente Amsterdam wordt ervoor gezorgd dat de cursus voor iedereen toegankelijk is, door een deelnemersbijdrage naar inkomen te vragen. In die gemeente kunnen mensen met een minimum uitkering of op vertoon van een Stadspas (voor mensen met een laag inkomen) gratis deelnemen aan de cursus. Overige deelnemers wordt per ouderkoppel een bijdrage van €170 gevraagd voor de complete cursus.

- Onderbouwing

Probleem

ZBK is een preventieve cursus voor aanstaande ouders, om een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind te stimuleren. In 2012 bevielen 173.500 vrouwen van een kind (Sanderse, Verweij, & Beets, 2013). Tijdens de zwangerschap, bevalling en postnatale periode vinden er ingrijpende fysieke, psychische en sociale veranderingen plaats die kunnen leiden tot verschillende problemen bij de (aanstaande) ouders en uiteindelijk bij het kind.

Prenatale periode

Bij beide ouders kunnen veranderingen tijdens de zwangerschap leiden tot angsten en / of stress, zoals zorgen over de baby en angst voor de bevalling (De Boer, Zeeman, & Offerhaus, 2008). De veranderingen kunnen ook leiden tot het ontstaan van psychiatrische stoornissen (De Boer et al., 2008; Paulson, Sharnail, & Bazemore, 2010; Stocky & Lynch, 2000). Tijdens de zwangerschap treden ook lichamelijke en hormonale veranderingen op (De Boer et al., 2008; Brizendine, 2010). Deze fysieke processen bij vrouwen bepalen het verloop van de zwangerschap (Anthony, Amelink-Verburg, Jacobusse, & Van der Pal – de Bruin, 2005) en de gezondheid van de vrouw is van invloed op de conditie van de baby bij de geboorte (Achterberg & Kramers, 2011).

Perinatale en postnatale periode

In de perinatale periode heeft één op de acht vrouwen last van stemmingsstoornissen (Klompshouwer & Van Hulst, 1994). Na de bevalling heeft 30-75% van de kraamvrouwen last van gevoelens van somberheid en stemmingswisselingen (Seyfried & Marcus, 2003) en bij 13% van hen is sprake van een postnatale depressie (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). Gemiddeld krijgt ook 10% van de partners² te maken met een postnatale depressie (Paulson et al., 2010).

Directe gevolgen

Prenatale stress en angst van de vrouw is gerelateerd aan een hoger risico op een negatieve bevallingservaring, spontane abortus, vroeggeboorte en een laag geboorte gewicht (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Cozolino, 2006; Huizink, Mulder, & Buitelaar, 2004; Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker, & Van Geijn, 1995; Robles de Medina, 2004; Waldenstrom, 1999;) en aan meer huilen, prikkelbaar gedrag, darmkrampen, spraak- en taalproblemen, een lager IQ, onregelmatige biologische functies, emotionele dysregulatie, depressie, angsten en hechtingsproblemen bij het kind in het eerste jaar na de geboorte (Cozolino, 2006; Field, 2002; Van den Bergh, 2010; Van den Bergh & Marcoen, 2004; Van den Bergh, Mulder, Mennes & Glover, 2006; Van den Bergh & Simons, 2008; Van der Wal, Van Eijdsen, & Bonsel, 2007). Een prenatale depressie is van beide ouders gerelateerd aan negatief gedrag van het kind (Van den Berg, 2006). In de postnatale periode is het risico op emotionele en gedragsproblemen bij het kind groter wanneer beide ouders depressief zijn (Dierker, Merikangas, & Szatmari, 1999; Goodman, 2004; Weissman et al., 1984).

Indirecte gevolgen

Een prenatale depressie van de vrouw is gerelateerd aan een lagere score op parenting self-efficacy³ (Wernand, Kunseler, Oosterman, Beekman, & Schuengel, 2014) en prenatale hechting⁴ (Lindgren, 2001). Parenting self-efficacy is gerelateerd aan het opvoedgedrag van ouders en aan de cognitieve en sociaalemotionele ontwikkeling van kinderen (Jones & Prinz, 2005; Teti & Gelfand, 1991; Williams et al., 1987). Prenatale hechting is gerelateerd aan de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind op eenjarige

² In de literatuur wordt wisselend gesproken over 'vaders' of 'partners'. ZBK gebruikt consistent de overkoepelde term 'partners'.

³ Parenting self-efficacy verwijst naar de verwachting van (aanstaande) ouders over hun competentie als opvoeder (Jones & Prinz, 2005).

⁴ Prenatale hechting verwijst naar de band die aanstaande ouders tijdens de zwangerschap met de foetus ontwikkelen (Muller, 1989).

leeftijd (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, & Bogat, 2004). Een negatieve ('onveilige') gehechtheidsrelatie hangt samen met angststoornissen en ontwikkelings- en gedragsproblemen bij het kind (e.g. Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Greenberg, Spelz, & DeKlyen, 1993; Juffer, Bakermans, & Van IJzendoorn, 2005; Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000; Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997).

Oorzaken

Bij de probleemomschrijving is beschreven dat een zwangerschap fysieke veranderingen, angsten en stress met zich meebrengt. Angst en stress zijn risicofactoren voor verschillende psychische en psychosociale problemen, die direct en indirect (via prenatale hechting en parenting self-efficacy) van negatieve invloed zijn op de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Hieronder wordt uitgelegd hoe deze problemen ontstaan.

Pre- en perinatale periode

Tijdens de zwangerschap kan de zwangere vrouw fysieke problemen ervaren (o.a. misselijkheid, vermoeidheid / slecht slapen, rug- en bekkenklachten), die veroorzaakt worden door een veranderende hormoonhuishouding en de ontwikkeling van de foetus (De Boer et al., 2008). Ook partners ervaren veranderingen in hun hormoonhuishouding (Brizendine, 2010). Daarnaast kunnen fysieke problemen zoals vermoeidheid ook ontstaan wanneer de (aanstaande) ouders langdurig veel stress ervaren (Sapolsky, 2004).

De zwangerschap kent angsten en / of stress van beide aanstaande ouders, zoals zorgen over het welzijn van de baby, angst voor problemen in de relatie met de partner en angst voor de bevalling (De Boer et al., 2008). Zwangere vrouwen ervaren vaak tegenstrijdige gevoelens (Leifer, 1977; Nelson, 2003) en emotionele disbalans en zijn extra prikkelbaar (De Boer et al., 2008; Jomeen, 2004). Dit kan komen door slaapgebrek (Jomeen, 2004). Slaapgebrek is bij zwangere vrouwen tevens gerelateerd aan angst- en depressieve klachten (Jomeen, 2004). Ook gebrek aan steun van de partner verhoogt het risico op angst en depressie bij de (aanstaande) moeders (Milgrom et al., 2007; Rini, Dunkel-Schetter, Hobel, Glynn, & Sandman, 2006).

Postnatale periode

Na de geboorte kunnen ouders te maken krijgen met gevoelens van onzekerheid, onkunde en stress. Dit wordt mede veroorzaakt door gebrek aan kennis en onrealistische verwachtingen die ouders hebben over het gedrag, de behoeften en de verzorging van baby's. Ouders weten bij hun eerste kind bijvoorbeeld vaak niet dat baby's de wereld al vanaf het begin in zich opnemen en erop reageren (Diekstra, Wubs, Vreeburg, Sklad & De Ruiters, 2008). Ook is vaak niet bekend dat de meeste baby's die veel huilen goed groeien, niet ziek zijn en geen langere termijn problemen ontwikkelen (Barr, 2006; La Haye et al., 2012). Door gebrek aan deze kennis is huilen één van de meest gehoorde zorgen van ouders rondom pasgeboren baby's (Douglas, Hill, & Brodribb, 2011; Forsyth, McCarthy, & Leventhal, 1985; La Haye et al., 2012).

In de postnatale periode zijn er ook sociale veranderingen die kunnen leiden tot angst en stress. Partners ervaren relatief vaak frustratie en jaloezie met betrekking tot de beperkte rol die zij spelen bij de opvoeding en verzorging en voelen zich niet goed voorbereid op het ouderschap (Deave & Johnson, 2008; Nyström & Öhrling, 2004). Spanningen op het gebied van de opvoeding, verzorging en het huishouden, maar ook met betrekking tot de taakverdeling van werk, leiden relatief vaak tot conflicten tussen beide ouders (Belsky & Pensky, 1988; Knauth, 2000). De kans op conflicten is groter wanneer de communicatie tussen de partners tekort schiet en de partner zich door de primaire verzorger buitengesloten en tekort gedaan voelt (Ahlborg & Strandmark, 2001).

Bovenstaande veranderingen kunnen een depressie tot gevolg hebben. Met betrekking tot de moeders, zijn depressieve en angstklachten tijdens de zwangerschap, weinig sociale steun, het ervaren van stressvolle levensgebeurtenissen tijdens de zwangerschap of vlak na de bevalling en een eerdere depressie belangrijke risicofactoren voor een postnatale depressie (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Met betrekking tot partners zijn gebrek aan slaap, de nieuwe verantwoordelijkheid bij de komst van een eerste kind en de steun die partners moeten bieden wanneer de vrouw zelf aan een postnatale depressie lijdt de voornaamste risicofactoren op een postnatale depressie (Paulson et al., 2010). Een postnatale depressie bij

de moeder is gerelateerd aan een postnatale depressie bij de partner (Goodman, 2004; Van den Berg, 2006).

Aan te pakken factoren

Om een gunstige ontwikkeling van het (ongeboren) kind te bevorderen, richt de cursus zich op het verminderen van stress en angst bij de (aanstaande) ouders en op het fysiek en sociaal-emotioneel voorbereiden van de (aanstaande) ouders op de zwangerschap, bevalling en het ouderschap. De aanpak richt zich op een toename van kennis (subdoelen 1 t/m 5), bewustzijn (subdoelen 8 en 14), vaardigheden (subdoelen 8 en 9 t/m 13) en eigen effectiviteit (subdoel 6). Volgens de self-efficacy theorie van Bandura (1997) spelen deze cognitieve processen een belangrijke rol bij het verwerven en behouden van nieuwe gedragspatronen. Door in te zetten op deze factoren verwacht ZBK stress en angst, wat risicofactoren blijken voor veel problemen, bij de deelnemers te kunnen verminderen en de parenting self-efficacy en prenatale hechting te stimuleren.

Ook volgens het I-Change model van De Vries et al. (2003; zie bijlage 2) zijn kennis, bewustzijn, vaardigheden en eigen effectiviteit onmisbaar om tot gedragsverandering te komen. Het I-Change model is een combinatie van onder andere het transtheoretisch model (Prochaska & DiClemente, 1983) en de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985). Volgens het I-Change model zijn predispositie, informatie, bewustzijn, motivatie en intentie van invloed op het uitvoeren en behouden van bepaalde gedragspatronen. De capaciteit en barrières van mensen beïnvloeden of zij van intentie tot gedrag kunnen komen.

Tijdens de cursus ZBK worden verschillende onderwerpen behandeld die te maken hebben met het aanstaande ouderschap. Hieronder worden twee voorbeelden geschetst van hoe de cursus ZBK volgens het I-Change model gedragsverandering kan bewerkstelligen.

Voorbeeld 1

Ouders kunnen stress ervaren wanneer hun baby (veel) huilt. Ze maken zich zorgen, geven zich de schuld dat ze hun baby niet kunnen troosten en slapen slecht. Hierdoor kunnen ook spanningen ontstaan in de relatie tussen beide ouders. ZBK beoogt deze stress als volgt te voorkomen e/o verminderen:

Ouders worden **geïnformeerd** over het huilgedrag van baby's. De docent legt uit wat de functie is van het huilen, hoe lang baby's huilen en wanneer een baby een huilbaby is. Maar ook wat de risico's zijn als ouders stress ervaren van het huilen, hoe ze deze stress kunnen herkennen en wat ze eraan kunnen doen. Bij het overbrengen van de informatie houdt de docent zoveel mogelijk rekening met **predispositionele factoren**, zoals opleidingsniveau of culturele achtergrond. De *kennis* van ouders over het huilen van baby's neemt toe. Ze leren dat huilen bij de normale ontwikkeling hoort en dat het belangrijk is om goed voor jezelf als ouder te zorgen. Deze kennis draagt bij aan het **bewustzijn**. Ouders zien in dat ze geen slechte ouders zijn als ze hun baby niet altijd kunnen troosten en als ze zelf tijd nemen om te ontspannen. Ze zijn zich ervan bewust dat voldoende ontspanning belangrijk is om goed voor hun baby te kunnen zorgen. Het vertrouwen van ouders in de zorg voor hun baby neemt toe wanneer het huilen niet meer voelt als falend ouderschap (*eigen effectiviteit*). Hierdoor neemt ook de **motivatie** van ouders toe om bijvoorbeeld alert te zijn op signalen van stress, voldoende te ontspannen en hun sociale netwerk in te schakelen wanneer nodig. Deze motivatie beïnvloedt de **intentie** en het uiteindelijke **gedrag** van ouders. Tot slot zorgt de docent ervoor dat ouders voldoende *vaardigheden* (**capaciteit**) hebben om van intentie tot gedrag te komen, door hen tijdens de cursus bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen aan te leren. Ook probeert de docent zoveel mogelijk **barrières** weg te nemen, zoals een klein sociaal netwerk. De docent geeft tips en begeleidt een oefening om het netwerk aan te durven boren en te vergroten.

Voorbeeld 2

Aanstaande ouders kunnen (erg) opzien tegen de bevalling. Zij maken zich zorgen en vragen zich, ondanks dat het goed gaat met de baby, af of ze zullen kiezen voor medische begeleiding (of zelfs voor een keizersnee). Tijdens de cursus ZBK wordt hier als volgt aandacht aan besteed:

Ouders worden **geïnformeerd** over de (fasen van de) bevalling. De docent legt uit wat er gebeurt in het lichaam van de vrouw tijdens de bevalling. Bij het overbrengen van de informatie houdt de docent rekening met **predispositionele factoren**, zoals angst voor pijn (biologische en psychologische factoren). De *kennis* over de bevalling neemt toe. Ouders begrijpen dat het lichaam van de vrouw zelf hormonen aanmaakt die de bevalling aansturen; zij begrijpen dat de vrouw zelf pijnstillende stoffen aanmaakt en dat zij in het proces keuzes hebben, bijvoorbeeld over hoe de vrouw de weeën opvangt. Haar partner begrijpt dat en hoe hij (zij) de bevallende vrouw kan ondersteunen. Dit voedt het **bewustzijn** dat bevallen iets algemeen menselijks is, waarop ze zich kunnen voorbereiden met oefeningen en door na te denken over een geboorteplan. Het vertrouwen in het doorkomen van de bevalling groeit (*eigen effectiviteit*). Hierdoor neemt ook de **motivatie** toe om realistische verwachtingen over de bevalling te vormen en goede voorbereidingen te treffen. Deze motivatie beïnvloedt de **intentie** zelf sturing te geven aan de bevalling en controle te houden. Tot slot zorgt de docent ervoor dat ouders voldoende vaardigheden (**capaciteit**) hebben om van intentie tot **gedrag** te komen, door hen tijdens de cursus bijvoorbeeld verschillende ademhalingsoefeningen aan te leren en hen te ondersteunen bij het maken van keuzes - zoals waar ze het liefst zouden willen bevallen (*implementatie plannen*). Ook probeert de docent zoveel mogelijk **barrières** weg te nemen, zoals bepaalde vooroordelen over bevallen.

Verantwoording

Relatie factoren, doelen, methoden en aanpak

ZBK past verschillende methodieken toe om de subdoelen (zoals beschreven bij paragraaf 1.2) te bereiken. In bijlage 3 wordt per subdoel beschreven welke factor daarbij hoort. Daarnaast wordt verantwoord met welke methodiek en aanpak ZBK het subdoel wil bereiken.

Verantwoording inhoudelijke elementen

In de cursus ZBK zijn verschillende inhoudelijke elementen verwerkt die bijdragen aan het hoofddoel en de subdoelen (zoals beschreven bij paragraaf 1). Hieronder wordt de keuze voor de inhoud beargumenteerd. Hoe de inhoudelijke elementen met de deelnemers worden behandeld (methodieken en aanpak), kunt u vinden in bijlage 3.

1. Fysieke oefeningen

Door ademhalings- en ontspanningsoefeningen komen de deelnemers tot rust (Pool-Goudzwaard, 2003). Deze oefeningen gericht op stressmanagement sluiten aan bij de principes van mindfulness, een bewezen effectieve methode om stress te reduceren (e.g. De Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012; Kabat-Zinn, 2003). Oefeningen voor lichaamshouding en beweging kunnen vermoeidheid en rugklachten voorkomen en verminderen (Pool-Goudzwaard, 2003). Daarnaast bereiden de deelnemers zich met de fysieke oefeningen voor op de bevalling. Bij vrouwen is de verwachting over de bevalling van invloed op het verloop van de bevalling (Klomp, 2010).

2. Deelnemers informeren over verschillende voorzieningen

Basiskennis over zorgvoorzieningen is essentieel, zodat de deelnemers weten hoe de zorg rond de zwangerschap en geboorte georganiseerd is en bij wie zij terecht kunnen met hun vragen (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Deze kennis kan tevens bijdragen aan het ervaren van continuïteit in de zorg, wat van belang is voor een positief gevoel over de professionele ondersteuning tijdens de perinatale periode (Deave & Johnson, 2008). De verwachting is dat voldoende kennis over deze voorzieningen bij de deelnemers kan leiden tot rust en vertrouwen in de zorg.

3. Realistische verwachtingen scheppen

De verwachting is dat het scheppen van realistische verwachtingen stress en angst bij de deelnemers kan verminderen. Uit onderzoek is bekend dat de verwachting over de bevalling voor de vrouw van invloed is op de beleving van de zwangerschap en het verloop van de bevalling (Klomp, 2010). Verder blijkt dat aanstaande ouders die realistische verwachtingen hebben over de postnatale periode meer tevreden zijn over hun relatie, zich competentier voelen als ouder en de transitie naar het ouderschap soepeler verloopt (Ahlborg & Strandmark, 2001; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000). Met betrekking tot de verdeling van zorg- en werktaken is bekend dat spanningen rondom de taakverdeling van werk, de

opvoeding en verzorging en het huishouden tot conflicten tussen (aanstaande) ouders kunnen leiden (Belsky & Pinsky, 1988; Knauth, 2000).

4. Oefenen met stressregulatie

Stress en angst blijken belangrijke risicofactoren voor verschillende fysieke, psychische en psychosociale problemen (e.g. Cozolino, 2006; Huizink et al., 2004; Field, 2002). De verwachting is dat de gevolgen van angst en stress minder groot zijn als de deelnemers in staat zijn deze gevoelens te herkennen en zich weten te ontspannen. Ontspanning is immers de tegenpool van stress. Daarbij is de mate van ontspanning voor de vrouw een belangrijke voorspeller voor de ervaring van de bevalling (Bryanton et al., 2008) en neemt de kans op een ongestoord verloop van de bevalling toe als de vrouw voldoende uitgerust en ontspannen aan de bevalling begint (De Boer et al., 2008). De aanpak van de cursus sluit aan bij de principes van mindfulness, een bewezen effectieve methode om stress te reduceren (e.g. De Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012; Kabat-Zinn, 2003).

5. Sociale steun stimuleren

Gebrek aan steun van een partner, moeder of andere 'belangrijk persoon' is een significante risicofactor voor angst en stress bij de vrouw (Reid, Power, & Cheshire, 2009). ZBK stimuleert sociale steun rondom het gezin om dit risico te verminderen. Daarbij is voldoende sociale steun bij beide ouders gerelateerd aan tevredenheid over het ouderschap, aanpassing aan het ouderschap, vertrouwen en zelfrespect van ouders (Wan, Jaccard, & Ramey, 1996) en aan de interactie en verhouding tussen ouder en kind (Huth-Bocks et al., 2004; Pauli Pott, 2004).

6. De partner actief betrekken als mede-opvoeder van de baby

Partners hebben niet alleen een belangrijke rol als steun voor de (aanstaande) moeder (Reid et al., 2009), ze zijn ook mede-opvoeder van de baby. Uit onderzoek blijkt dat partners zich relatief vaak tekort gedaan voelen in hun rol bij de opvoeding en verzorging van de baby en niet goed zijn voorbereid op het ouderschap (Deave & Johnson, 2008; Nyström & Öhring, 2004). Deze gevoelens kunnen leiden tot conflicten tussen de partners. Daarnaast voelen partners zich niet goed geïnformeerd over het ouderschap doordat professionals hen onvoldoende betrekken bij onder andere zwangerschapscontroles en prenatale cursussen (Deave & Johnson, 2008). Door de partner actief te betrekken, worden ook zij goed voorbereid op het ouderschap en hun rol als mede-opvoeder van de baby.

7. De parenting self-efficacy stimuleren

ZBK richt zich ook op het stimuleren van de parenting self-efficacy. Een prenatale depressie bij de vrouw hangt samen met een lagere score op parenting self-efficacy (Wernand et al., & Schuengel, 2014). Daarnaast laten vrouwen met een hogere parenting self-efficacy tijdens de zwangerschap na de geboorte een sterkere daling zien in angstige en depressieve klachten (Kunseler, 2015). Omgekeerd laten vrouwen die tijdens de zwangerschap minder depressieve of angstklachten hadden na de geboorte een sterkere groei zien in de parenting self-efficacy (Kunseler, 2015). Parenting self-efficacy is ook van belang voor de ontwikkeling van het kind. Het is namelijk gerelateerd aan positief opvoedgedrag van de ouders, wat bijdraagt aan een gunstige ontwikkeling van het kind (Jones & Prinz, 2005; Teti & Gelfand, 1991; Williams et al., 1987).

8. (Prenataal) hechtingsgedrag stimuleren

Tot slot stimuleert ZBK prenataal hechtingsgedrag. Prenatale depressie en angst bij de vrouw hangt samen met verminderde prenatale hechting (Lindgren, 2001). Een veilige prenatale hechting is gunstig voor de ontwikkeling van het (ongeboren) kind: zwangere vrouwen die sterker gehecht zijn aan de foetus rapporteren een gezondere leefstijl (Lindgren, 2001) en een sterke prenatale hechting van beide ouders hangt samen met betrokkenheid en aanmoediging in het contact met de baby na de geboorte (Siddiqui & Hägglöf, 2000) en een positieve gehechtheidsrelatie wanneer het kind één jaar is (Huth-Bocks et al., 2004).

- Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek

a) Verslag evaluatie “Zwanger Bevallende een Kind”, een cursus voor aanstaande ouders. Door N. J. Tan, Tan2O, 2011.

b) In 2010 vond een pilot plaats van de cursus op verschillende locaties van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en van de Jeugd Gezondheids Zorg Kennemerland (JGZ-K). Tijdens de pilot is ZBK elf keer aangeboden: drie rondes op drie locaties van de SAG en een ronde op twee locaties van de JGZ-K. Het doel van het onderzoek was het evalueren van (het bereik van) de cursus en de training voor docenten. Omdat het hier gaat om onderzoek naar de uitvoering, wordt alleen de evaluatie van (het bereik van) de cursus besproken.

In totaal hebben 88 (aanstaande) ouders en 31 docenten deelgenomen aan de pilot en het onderzoek. De cursus is geëvalueerd door per bijeenkomst een vragenlijst af te nemen bij de docent die de bijeenkomst had verzorgd en bij de deelnemers.

c) De resultaten waren als volgt:

Met betrekking tot het bereik van cursisten:

1. De leeftijd varieerde van 18-54 jaar (gemiddeld 32 jaar);
2. 65% was in Nederland geboren, 11% elders in Europa en 24% buiten Europa;
3. 94% was in verwachting van een eerste kind;
4. 28% had een universitaire opleiding afgerond, 25% een HBO opleiding, 29% een MBO opleiding, en 18% een lagere of geen opleiding afgerond.

Met betrekking tot de evaluatie van de cursus:

1. Docenten en cursisten beoordelen de cursus ruim voldoende, de B-delen worden positiever beoordeeld dan de A-delen;
2. Docenten ervoeren structureel tijdgebrek;
3. Cursisten ervoeren tijdsdruk, een traag verlopende bijeenkomst, het gevoel dat de stof sneller behandeld kon worden of dat er dieper op de stof ingegaan kon worden;
4. Kwaliteit van docenten lijkt samen te hangen met de kwaliteit van bijeenkomsten;
5. Er waren soms twijfels bij cursisten en docenten of sommige docenten geschikt waren om een bepaalde bijeenkomst uit te voeren;
6. Cursisten vonden het storend als de docent weinig van de stof af wist of veel uit de map voorlas en als de docent niet in kon spelen op hun inbreng;
7. Sommige onderdelen waren afgevalven of anders uitgevoerd, mogelijk vanwege tijdgebrek;
8. Docenten en cursisten waardeerden het praktisch oefenen van vaardigheden en hadden behoefte om hier meer tijd aan te besteden;
9. Sommige oefeningen (o.a. invullen van netwerkkeringen) waren onduidelijk;
10. Oefen- en fysiotherapeuten wijzigden geregeld naar eigen inzicht de volgorde of opbouw van oefeningen;
11. Sommige onderwerpen bij de A-delen boden weinig nieuwe informatie, met name gezonde leefstijl (2A), ontwikkeling van de foetus (4A) en regelingen rond werk en opvang (7A en 8A);
12. Een goede ventilatie en bereikbaarheid (zonder trap) van de locatie, bij aanvang voldoende aanwezigheid en vindbaarheid van cursusmaterialen, goed functionerende apparatuur en bekendheid van de docent met de bediening hiervan, zijn belangrijke randvoorwaarden voor een gunstig verloop van de bijeenkomsten;
13. De wijze van het uitdelen van informatie voor de deelnemers (na afloop van elke bijeenkomst) zorgde voor veel onrust;
14. Cursisten deden weinig thuisoefeningen;

15. Het signaleren van problemen was lastig voor docenten die slechts één bijeenkomst organiseerden en niet waren bijgeschoold;
16. Het logboek voor docenten, dat gebruikt werd voor onderlinge communicatie en inzicht in het verloop van de cursus, werd op verschillende wijzen, niet uitgebreid en vaak niet zoals bedoeld ingevuld door docenten.

Uit de resultaten komen de volgende aanbevelingen naar voren:

1. Een ruimere tijdsplanning van de bijeenkomsten aanhouden;
2. Belang van uniformiteit van de uitvoering onderzoeken;
3. Nagaan of de docenten geschikt zijn om de huidige verdeling van bijeenkomsten uit te voeren en eventueel een aanpassing doorvoeren in de verdeling van bijeenkomsten of de training voor docenten;
4. Interactief werken, met name inspelen op de behoeften van de cursisten, explicieter aan bod laten komen bij de training voor docenten en in de instructies in de cursusmap;
5. In gesprek gaan met de oefen- en fysiotherapeuten over de volgorde en opbouw van de oefeningen tijdens de B-delen van de cursus en waar nodig aanpassingen doorvoeren in de cursusmap;
6. De informatie voor de deelnemers bij aanvang van de bijeenkomst klaarleggen of van tevoren samenstellen in de vorm van een map voor de deelnemers;
7. Het uitvoeren van de thuisopdrachten stimuleren of de cursus bijstellen zodat cursisten minder thuisopdrachten hoeven te doen;
8. Duidelijke randvoorwaarden opstellen voor de cursusruimte;
9. Tijdens de training voor docenten meer aandacht besteden aan het signaleren en bespreekbaar maken van problemen;
10. De meerwaarde van het logboek beoordelen en ofwel de docenten duidelijker over het logboek instrueren, ofwel het logboek schrappen.

Naar aanleiding van de procesevaluatie zijn de volgende verbeteringen doorgevoerd:

1. Op tijd starten en de pauze tussen de onderdelen wordt strikt gehandhaafd en er is meer keuzeruimte voor docenten en deelnemers om te bepalen aan welke onderdelen meer aandacht wordt besteed;
2. De verdeling van bijeenkomsten is aangepast en de samenwerking werd met een enkele docent niet voortgezet;
3. De inhoud is van een aantal bijeenkomsten aangepast;
4. Interactief werken komt uitgebreider aan bod in de trainingen en in het handboek;
5. Signalering komt uitgebreider aan bod in de verdiepende training en in de jaarlijkse deskundigheidsbevordering;
6. In overleg met de oefen- en fysiotherapeuten is besloten meer tijd in te plannen voor de praktische oefeningen;
7. De informatie voor de deelnemers krijgen de deelnemers bij aanvang van de cursus in de vorm van een oudermap;
8. Docenten besteden meer aandacht aan de thuisopdrachten, dit is tevens aangepast in de training;
9. Er zijn duidelijke randvoorwaarden ten aanzien van de locatie, deze zijn opgenomen in het handboek voor docenten;
10. Er is een alternatief voor het logboek in ontwikkeling.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is geen effectonderzoek beschikbaar.

- **Samenvatting Werkzame elementen**

Inhoudelijke elementen:

- De integratie van zwangerschapsbegeleiding, ondersteuning van prenatale hechting en parenting self-efficacy, en voorbereiding op de bevalling en het ouderschap;
- Het aanreiken van een grote variatie van manieren in het omgaan met stress en vinden van ontspanning;
- Het stimuleren van sociale steun.

Methodische / strategische elementen:

- Actief betrekken van de partner (met name als steun voor de vrouw en mede-opvoeder van de baby);
- Het gebruik van afwisselende werkvormen om cognitieve en emotionele processen (kennis, bewustzijn, eigen effectiviteit en vaardigheden) te stimuleren: (interactief) informeren, videomateriaal, quiz, stellingen, opdrachten maken en praktische oefeningen.

Elementen met betrekking tot de uitvoering / setting / condities:

- Een landelijke beheerorganisatie van de cursus;
- Een licentieovereenkomst met uitvoerende organisaties;
- Een interdisciplinair team van docenten;
- Een basistraining, intervisie en deskundigheidsbevordering voor docenten;
- Een informele setting van de cursus;
- Een aangename cursusruimte die voldoet aan de opgestelde randvoorwaarden;
- Het gebruik van een oudermap met informatie en werkbladen voor ouders.

- Aangehaalde literatuur

- Achterberg, P. W., & Kramers, P. G. N. (2001). *Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief*. Bilthoven: RIVM.
- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (4), 318-325.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & Beckmann, J. (Ed.), *Action Control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag.
- Anthony, S., Amelink-Verburg, M. P., Jacobusse, G. W., Van der Pal - de Bruin, K. M. (2005). *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002*. PRN/TNO rapport, Leiden.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barr, R.G. (2006). Crying Behaviour and Its Importance for Psychosocial Development in Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-10
- Belsky, J. E., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, 12 (3-4), 133-156.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 698-709.
- Brizendine, L. (2010) *The male brain*. New York: Broadway Books.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (1), 24-34.
- Cozolino, L. (2006) *The Neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain*. New York/London: WW Norton & Company.
- De Boer, J., Zeeman, K., & Offerhaus, P. (2008) *Prenatale verloskundige begeleiding. KNOV-Standaard. Wetenschappelijke onderbouwing*. Utrecht: KNOV.
- De Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K. T., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, 3 (8).
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14 (4), 625-640.
- Diekstra, R. F. W., Wubs, J. M., Vreeburg, L. E., Sklad, M. J., & De Ruiter, M. (2008). *Naar een canon van opvoeding: Wat inwoners van Den Haag weten over opvoeding van kinderen en jongeren*. Den Haag: Kenniscentrum Jeugd en Opvoeding, Haagse Hogeschool.
- Dierker, L. C., Merikangas, K. R., & Szatmari, P. (1999), Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 280-288.
- Douglas, P. S., Hill, P. S., & Brodribb, W. (2011). The unsettled baby: How complexity science helps. *Archives of Diseases in Childhood*, 96, 793-797.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Ewell, P. T. (1997). *Organizing for learning: A point of entry*. Draft prepared for discussion at the 1997 AAHE Summer Academy at Snowbird. National Center for Higher Education Management Systems (NCHEMS). Geraadpleegd op http://www.intime.uni.edu/model/learning/learn_summary.html
- Feldman, J. B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: An evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24 (3), 209-234.
- Field, T. (2001). *Touch*. Cambridge Massachusetts & London: MIT Press.
- Field, T. (2002). Infants' need for touch. *Human Development*, 45,100-103.

- Forsyth, B. W. C., McCarthy, P. L., & Leventhal, J. M. (1985). Problems of early infancy, formula changes, and mothers' beliefs about their infants. *Journal of Pediatrics*, *106*, 1012-1017.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters. How affection shapes a baby's brain*. New York: Brunner Routledge.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*, 26-35.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, *5*, 191-213.
- Houkes, A., & Kok, L. (2009). *Effectiviteit informele netwerken*. Amsterdam: SEO Economisch onderzoek.
- Huizink, A., Mulder, E., Buitelaar, J. (2004) Prenatal stress and risk for psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*, *130* (1), 115-142.
- Huth-Bocks, A. & Levendosky, A., Theran, S. & Bogat, G. (2004) The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *25* (2), 79-98.
- Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and postnatal period as a multidimensional construct. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *8* (3-4), 143-155.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, *25* (3), 341-363.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 263-274.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, *8* (2), 73-107.
- Klomp, T. (2010). Management of labor pain, Symposium "op één lijn omgaan met pijn".
- Klompenhouwer, J. L., & Van Hulst, A. M. (1994). Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *138*, 1009-1014.
- Knauth, D. (2000) Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, *23* (6) ,496–509.
- Kunselser, F. C. (2015). A longitudinal and experimental analysis of the transition to parenthood: Explaining parenting self-efficacy, anxiety symptoms, and depressive symptoms [proefschrift]. Amsterdam: VU Amsterdam.
- La Haye, W., Engelberts, A. C., Tiemens-van Putten, I. K. F., Van Vlimmeren, L. A., De Ruiter, M., Lucassen, P. L. B. J., Nossent, S., Van Noort, M., Van Gameren-Oosterom, H. B. M., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P. L., & Van Sleuwen, B. E. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn: "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's"*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, *21* (3-4), 388-397.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, *95* (1), 55-96.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, *24*, 203-217.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108* (1-2), 147-157.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). Preventie via Entertainment Education. Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/preventie-via-de-media/preventie-via-entertainment-education/>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *32* (4), 465-477.
- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences & during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *46* (3), 319-330.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 119-133.

- Paarlberg, K., Vingerhoets, A., Passchier, I., Dekker, G., & Van Geijn, H. (1995) Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of psychosomatic research*, 39 (5), 563-595.
- Paulson, J. F., Sharnail, D., & Bazemore, M. S. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *The Journal of the American Medical Association*, 303 (19), 1961-1969.
- Pool-Goudzwaard, A. L. (2003). *Biomechanics of the sacroiliac joints and the pelvic floor* [thesis]. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Ponomartchouk, D., & Bouchard, G. (2015). New mothers' sense of competence: Predictors and outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1977-1986.
- Prinsen, B., L'Hoir, M. P. L., De Ruiter, M., Oudhof, M., Kamphuis, M., De Wolff, M., & Alpay, L. (2012). *Richtlijn opvoedingsondersteuning voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht / Leiden: Nederlands Jeugdinstituut / TNO.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Reid, H., Power, M., Cheshire, K. (2009) Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress, *British Journal of Midwifery*, 17 (8), 501 – 508.
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relations*, 13 (2), 207-229.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Psychiatry and Primary Care*, 26 (4), 289-295.
- Robles de Medina, P. (2004) *De invloed van prenatale angst en stress bij moeders op neurogedragsontwikkeling van kind/volwassene* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Sanderse, C., Verweij, A., & Beets, G. C. N. (2013). Geboorte: Wat is de huidige situatie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebra's don't get ulcers*. New York: Owl Books.
- Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R., & Burg, J. (2010). Theorieën en methodieken van verandering. In J. Brug, P. van Assema & L. Lechner (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (7de druk, pp 123-149). Assen: Van Gorcum.
- Schore, A.N. (2001) The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Seyfried, L. S., & Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 231-242.
- Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *The Kaoshiung Journal of Medical Sciences*, 17 (9), 448-454.
- Siddiqui, A. & Hägglöf, B. (2000) Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59,13-25.
- Speetjens, S., Van der Linden, D., & Goossens, F. (2009). *Kennis over opvoeden: De vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14, 73-87.
- Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte.
- 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 (5), 918–929.
- Van den Bergh, B. (2010). *To become or to be? The duality of neurodevelopment has a perinatal and therefore also a societal dimension*. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Van den Berg, M. (2006). *Parental psychopathology and the early developing child: The Generation R Study* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Van den Bergh, B., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-Year-Olds. *Child Development*, 75 (4), 1085-1097.

- Van den Bergh, B., Mulder, E., Mennes, M., & Glover, V. (2006). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29 (2) 237-258.
- Van den Bergh, B., & Simons, A. (2008) A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-13.
- Van der Wal, M. F., Van Eijnsden, M., & Bonsel, G. L. (2007) Emotional problems and stress during pregnancy and infant crying. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (6), 431-437.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Verweij, R., & Van Bakel, H. (2007). Hongeren naar huidcontact. Aanraking bevordert neuro-endocriene ontwikkeling van baby's. *Medisch Contact*, 62 (31-32), 1319- 1321.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471-482.
- Wan, C.K., Jaccard, J. , Ramey, S.L. (1996) The Relationship between Social Support and Life Satisfaction as a Function of Family Structure. *Journal of Marriage and Family*, 58 (2), 502-513.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 637-644.
- Wernand, J. J., Kunseler, F. C., Oosterman, M., Beekman, A. T. F., & Schuengel, C. (2014). Prenatal changes in parenting self-efficacy: Linkages with anxiety and depressive symptoms in primiparous women. *Infant Mental Health Journal*, 35 (1), 42-50.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & B. A. Lewis (red.). *Health Behavior and Health Education* (pp 144-160). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Gammon, G. D., Merikangas, K. R., Leckman, J. F., & Kidd, K. K. (1984). Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 78-84.
- Williams, T .M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., & Aiken, L.S. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8 (3), 251–265.