

# **Een groepsgerichte manier van zorg voor moeder en kind: CenteringParenting**

Studenten:

S. den Boer (s2601923)

G.M. Sikkenga (s2765764)

M.M. Tiehuis (s2544717)

Begeleider: dr. A.M.N. Huyghen

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Afdeling Orthopedagogiek

Bachelorwerkstuk

Juni 2017

## **Voorwoord**

Voor u ligt de scriptie ‘Een groepsgerichte manier van zorg voor moeder en kind: CenteringParenting’. Dit onderzoek gaat over de effecten van CenteringParenting en soortgelijke interventies. Deze scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Pedagogische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen en in opdracht van de GGD Groningen en Drenthe onder de vlag van de Academische Werkplaats Noord-Nederland. Van februari 2017 tot en met juni 2017 zijn wij bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van de scriptie. De resultaten van dit onderzoek zijn opgedeeld in drie deelvragen. S. den Boer heeft zich bezig gehouden met de deelvraag over CenteringParenting, M.M. Tiehuis heeft de deelvraag over CenteringPregnancy uitgewerkt en G.M. Sikkenga heeft de resultaten van Preventieve oudertrainingen beschreven.

Wij willen onze begeleider, dr. A.M.N. Huyghen, bedanken voor alle hulp en feedback die we hebben ontvangen. Daarnaast willen we Renee Stoffels van de GGD Groningen, Marjan Kuilman van de GGD Drenthe, Marlies Rijnders en Eline Vlasblom van TNO en Esther Knapen van gemeente Hoogeveen bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Sara den Boer, Germa Sikkenga en Marèl Tiehuis, Groningen, 15 juni 2017

## Samenvatting

CenteringParenting (CPa) is een vorm van groepsgerichte zorg voor moeder en kind tijdens het eerste levensjaar. Sinds kort wordt CPa op verschillende plekken in Nederland aangeboden. Om te besluiten of CPa al dan niet ingezet gaat worden, moeten gemeenten weten wat de effecten van CPa zijn.

Het doel van dit onderzoek is om een evenwichtig beeld te krijgen van de effecten van en ervaringen met CPa om dit aan de gemeente Groningen te kunnen presenteren. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: In hoeverre komen de elementen van CPa overeen met de werkzame elementen uit CPr en andere preventieve oudertrainingen? Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is literatuur- en kwantitatief onderzoek gedaan. Door middel van literatuuronderzoek zijn de effecten van CenteringParenting (CPa), CenteringPregnancy (CPr) en Preventieve oudertrainingen onderzocht en zijn deze interventies met elkaar vergeleken. Het kwantitatieve onderzoek bestaat uit een onafhankelijke t-toets die is uitgevoerd om te kijken of een hoge Sociaal economische status van de moeder invloed heeft op de ervaren sociale steun en opvoedingsvaardigheden.

Resultaten lieten zien dat er te weinig onderzoek is gedaan naar CPa en de effecten hiervan om de werkzaamheid vast te stellen. Onderzoek naar CPr toont aan dat prenatale groepszorg onder andere kan bijdragen aan een lagere incidentie van vroeggeboortes. Er zijn ook een aantal variabelen, bijvoorbeeld gezondheidsgedrag, waarop geen significant verschil tussen CPr en individuele zorg wordt gevonden. Uit het onderzoek naar de effecten van preventieve oudertrainingen komen positieve resultaten naar voren. Deelname aan een preventieve oudertraining kan zorgen voor betere opvoedingsvaardigheden bij de ouder. Daarnaast komt er als effect bij kinderen naar voren dat er zich minder gedragsproblemen voordoen. Er is geen significant verschil gevonden tussen de categorieën 'hoge SES' en 'SES anders' wat betreft de sociale steun en opvoedingsvaardigheden.

Concluderend kan gesteld worden dat zowel CPr als Preventieve oudertrainingen veel overeenkomsten hebben met CPa. Beide interventievormen tonen positieve resultaten. Er is nog beperkt onderzoek gedaan, maar de onderzoeken die zijn gedaan lijken positieve resultaten te geven. Vanwege de beperkte hoeveelheid onderzoeken naar CPa en de beperkingen binnen deze onderzoeken wordt aanbevolen om meer onderzoek te verrichten naar de effecten van CPa.

## **Abstract**

CenteringParenting (CPa) is a form of group-oriented care for mother and child during the first year of life. Recently, CPa has been offered in several places in the Netherlands. In order to decide whether CPa will be deployed or not, municipalities need to know what the effects of CPa are.

The purpose of this research is to get a balanced picture of the effects of and experiences with CPa in order to present this to the municipality of Groningen. For this, the following research question has been drawn up: To what extent do the elements of CPa correspond to the active elements of CPr and other preventive parent trainings?

In order to answer the research question, literature and quantitative research has been done. By means of literature research, the effects of CenteringParenting (CPa), CenteringPregnancy (CPr) and Preventive parent trainings have been investigated and compared with each other. The quantitative study consists of an independent t-test that has been conducted to see if a high social economic status of the mother affects the experienced social support and parenting skills.

Results showed that insufficient research has been done on CPa and its effects to determine the efficacy. Research into CPr shows that prenatal group care can contribute to a lower incidence of early childbirth. There are also a number of variables, such as health behavior, where no significant difference between CPr and individual care is found. The results of the study on the effects of preventive parental trainings show positive results. Participation in preventive parent trainings can help improve parenting skills. In addition, children experience as a result less behavioral problems. There was no significant difference found between the categories 'high SES' and 'SES different' in terms of social support and education skills.

In conclusion, both CPr and Preventive parent trainings show similarities to CPa. Both types of intervention show positive results. Research on CPa is limited, but seems to give positive results. Due to the limited amount of research on CPa and the limitations within these studies, it is recommended to do more research on the effects of CPa.

## Inhoudsopgave

Inleiding	6
Methoden	10
CenteringParenting	14
Vormgeving CenteringParenting	14
Effecten CPa	15
CenteringPregnancy	21
Vormgeving CenteringPregnancy	21
Effecten CenteringPregnancy	23
Preventieve oudertrainingen	31
Effecten preventieve oudertrainingen	40
Lange termijn effecten	41
Vergelijking tussen CPa, CPr en preventieve oudertrainingen	42
Invloed Sociaal Economische Status binnen CPa	43
Discussie	46
Referentielijst	52
Bijlagen	59

## **Inleiding**

De eerste drie levensjaren van een kind is een tijd van grote emotionele en fysieke groei en ontwikkeling. Gedurende deze tijd spelen de ouders een belangrijke rol in het leveren van passende zorg en (op)voeding en het waarborgen van de veiligheid van hun kind (US Department of Health and Human Services, Children's Bureau, 2009). Tijdens de opvoeding zijn misbruik, verwaarlozing en ongelukken belangrijke oorzaken voor de dood van zuigelingen en peuters (US Department of Health and Human Services, Children's Bureau, 2009), waardoor de oudervoerlichting over basisverzorging, mijlpalen in de ontwikkeling en manieren om een veilige woonomgeving te bieden van cruciaal belang zijn voor het bevorderen van een gezonde ontwikkeling.

Een goede begeleiding tijdens de zwangerschap en na de bevalling kan positieve effecten hebben op de ontwikkeling van het kind (Gortmaker, 1979; Champagne, 2008). Een vorm van begeleiding na de bevalling is CenteringParenting (CPa). CPa houdt in dat de normale gezondheidscontroles voor moeders en baby's in het eerste levensjaar, in Nederland uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg, uitgebreid worden met extra tijd en aandacht binnen een groepsbijeenkomst (CHI, TNO & KNOV, 2014a). CPa is ontwikkeld door het Amerikaanse Centering Healthcare Institute (CHI) (Centering Healthcare Institute, z.d.). De missie van het CHI is het veranderen van individuele zorg naar een groepszorgmodel. Op deze manier wil zij de algehele gezondheidseffecten van moeders, baby's, gezinnen en alle andere personen in de levenscyclus verbeteren.

CPa richt zich op de zorg voor zowel moeder als baby. Moeders kunnen er vrijwillig voor kiezen om deel te nemen aan CPa. De focus van CPa ligt op ondersteuning en het interactief leren. CPa bestaat uit negen bijeenkomsten. In Hoogeveen bestaat CPa uit minder bijeenkomsten, dit wordt de 'light-versie' genoemd. Wanneer er behoefte is aan meer consulten is dit mogelijk. Moeders leren tijdens de bijeenkomsten hoe zij de staat van gezondheid van hun baby kunnen peilen en bevorderen. Daarnaast is er de focus op de gezondheid van de moeder, zowel psychisch als fysiek, en wordt moeders geleerd hoe zij de gezondheid bij zichzelf kunnen controleren en bijhouden (CHI, TNO & KNOV, 2014b).

Tijdens de zwangerschap bestaat er een soortgelijke interventie als CPa, namelijk CenteringPregnancy (CPr). CPr is in 1990 ontwikkeld (Decesare & Jackson, 2015) en wordt tegenwoordig steeds vaker ingezet in verschillende verloskundepraktijken in Nederland.

Tijdens CPr worden de zwangerschapscontroles gecombineerd met groepsgesprekken, interactieve uitwisseling van ervaringen en beoordeling van de eigen gezondheid (Prins, Rosmalen, Scherjon & Smit, 2014).

Zowel CPa als CPr zijn preventief van aard. Preventieve trainingen zijn gericht op het voorkomen van het ontstaan van problemen, door van tevoren in te grijpen. In het geval van CPa en CPr is de preventieve training gericht op de ouder. Preventieve oudertrainingen kunnen van positieve invloed zijn op de (psychische) gezondheid van ouders, op de opvoedingsvaardigheden en op verschillende ontwikkelingskenmerken van het kind. Daarnaast kan het effect hebben op de psychische gezondheid van moeder en vergaren moeders meer kennis tijdens deelname aan CPa. Zo laat follow-up onderzoek van Olds et al. (1998) zien dat jongeren waarvan de moeder deelnam aan een preventieve oudertraining minder kans hebben om misbruikt, verwaarloosd en gearresteerd te worden. Daarnaast hebben deze jongeren minder kans op regelmatig drugs- of alcoholgebruik en het deelnemen aan risicovol seksueel gedrag dan jongeren waarvan de moeder niet deze preventieve hulp heeft ontvangen (Olds et al., 1998).

CPa en CPr worden binnen een groep uitgevoerd. Alhoewel de inhoud van beide programma's gericht is op zowel de moeder als de vader, zijn het vaak alleen de moeders die deelnemen aan de CPa en CPr groepsbijeenkomsten (CHI, TNO & KNOV, 2014a).

In de Centering groepen wordt uitgegaan van drie belangrijke kenmerken waaraan goede zorg moet voldoen. Het eerste kenmerk is 'Beoordeling van de gezondheid', dit heeft te maken met weten hoe een moeder de gezondheid van het kind en van haarzelf kan beoordelen. Het tweede kenmerk, 'Educatie', heeft te maken met het aanleren van gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van opvoeding. Tot slot heeft het kenmerk 'Ondersteuning' te maken met de ondersteuning die geboden wordt aan moeders gedurende de CPa bijeenkomsten door zowel zorgverleners als andere ouders. Met behulp van deze drie kenmerken en het groepsproces wordt getracht de zorg aan moeder en kind zo goed mogelijk vorm te geven. Mensen leren namelijk het beste wanneer het voor hen van persoonlijk belang is en zij actief betrokken zijn bij het proces (CHI, TNO & KNOV, 2014b).

De groepssetting waarin de bijeenkomsten plaatsvinden is één van de belangrijkste aspecten van CPa en CPr. Door het krijgen van de trainingen in een groepssetting is er de mogelijkheid om ervaringen met anderen te delen en hiervan te leren (CHI, TNO & KNOV, 2014a). Het opdoen van deze kennis kan leiden tot verandering en verbetering van de algehele

gezondheidssituatie van moeders, baby's en gezinnen (Lindsay, 2007). Zorg in groepsverband kan sociale steun bieden doordat mensen omgaan met anderen die in een soortgelijke situatie zitten. Sociale steun is een belangrijke factor ten aanzien van het welbevinden van moeder. Het ervaren van voldoende sociale steun heeft invloed op het lichamelijke en psychische welzijn. Het kan beschermen tegen het ontwikkelen van depressies en angststoornissen (Dienst Gezondheid & Jeugd zhz, 2017).

Sinds de decentralisatie in het sociaal domein zijn gemeenten onder andere verantwoordelijk geworden voor de zorg voor kinderen en jeugd. Door de decentralisatie hebben gemeenten de mogelijkheid en verantwoordelijkheid om een eigen beleid te voeren. Een onderdeel van deze verantwoordelijkheid is het invullen van zorg (NJI, 2017). Hierbij hoort ook het nemen van beslissingen over het al dan niet financieren van (nieuwe) interventies, bijeenkomsten en andere hulpverleningsprogramma's, zoals CPa.

TNO heeft CPa en CPr in Nederland geïntroduceerd. CPa wordt op dit moment op een aantal plaatsen aangeboden. In de provincies Drenthe en Groningen wordt CPa op dit moment in Oude Pekela en Hoogeveen ingezet. Het plan ligt er om CPa ook in de stad Groningen aan te bieden. In opdracht van de Groninger Gemeenten voert de Jeugdgezondheidszorg, belegd bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), de zorg uit voor 0-18 jarigen. De GGD voert taken uit op het gebied van collectieve preventie en publieke gezondheid (GGD, 2017) en onderzoekt de mogelijkheden voor het aanbieden van CPa in de stad Groningen. De GGD Groningen, de GGD Drenthe en de gemeenten Hoogeveen en Groningen willen in samenwerking met TNO onderzoek doen naar de effecten van en het (internationaal) onderzoek dat al gedaan is naar CPa. De RuG is benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. TNO en de GGD willen een evenwichtig beeld krijgen van de effecten van en ervaringen met CPa om dit aan de gemeente Groningen te kunnen presenteren. Het doel hiervan is om gemeenten te ondersteunen bij hun besluitvorming omtrent het wel of niet inzetten van CPa. Gemeenten moeten geboden zorg kunnen verantwoorden, daarom is het van belang dat de effecten van CPa worden onderzocht.

Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar CPa. Onderzoek naar CPa kan een bijdrage leveren aan het beeld dat er nu over CPa is en aan het in kaart brengen van de al dan niet werkzame elementen van CPa. Dit met oog op het bieden van goede zorg aan moeders en hun kind(eren), wat van positieve invloed is op het welzijn van moeders en hun kind(eren).



TNO heeft tot 2016 onderzoek gedaan naar CPa. De resultaten waren overwegend positief, maar meer onderzoek is nodig om de effecten van CPa vast te kunnen stellen.

Om de effecten van CPa te onderzoeken, zijn een hoofdvraag en een aantal deelvragen opgesteld.

De hoofdvraag luidt: In hoeverre komen de elementen van CPa overeen met de werkzame elementen uit CPr en andere preventieve oudertrainingen?

Er zijn drie literatuur deelvragen opgesteld:

1. Wat is er bekend over de effecten van CenteringParenting?
2. Wat is er bekend over de effecten van CenteringPregnancy?
3. Wat is er bekend over de algemene effecten van preventieve oudertrainingen?

Daarnaast is er een kwantitatieve deelvraag opgesteld:

1. Heeft een hoge SES van de moeder invloed op het ervaren van sociale steun en opvoedingsvaardigheden en is er een verschil hierin tussen de CPa groep en de groep die individuele zorg ontvangt?

Hieronder zullen de methode van dit onderzoek, de gevonden resultaten en de discussie worden weergegeven.

## Methode

Om de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag te beantwoorden, is zowel literatuuronderzoek als kwantitatief onderzoek gedaan.

Met behulp van literatuuronderzoek is getracht een evenwichtig antwoord te geven op de eerste drie deelvragen. Deze luiden als volgt:

1. Wat is er bekend over de effecten van CenteringParenting?
2. Wat is er bekend over de effecten van CenteringPregnancy?
3. Wat is er bekend over de algemene effecten van preventieve oudertrainingen?

De benodigde literatuur werd gezocht met behulp van de volgende zoekmachines: ERIC, Google SCHOLAR en MedLine. In Tabel 1 staan de zoektermen omschreven die zijn gebruikt voor dit onderzoek. Daarnaast is gebruik gemaakt van de literatuur verkregen via de opdrachtgevers van de GGD Groningen, GGD Drenthe en TNO. Dat leverde een onderzoeksrapport op van TNO en de documenten en bestanden die gebruikt zijn om het rapport vorm te geven.

**Tabel 1** *Zoektermen*

Onderwerp	Zoekterm
CenteringParenting	'CenteringParenting'
CenteringPregnancy	'CenteringPregnancy' OR 'Group Prenatal Care' AND 'Elements' OR 'Effect*' OR 'Efficacy'
Preventieve Oudertrainingen	'Parent' AND 'Preventive' AND 'Infant' AND 'Training' OR 'Program'

Inclusiecriteria die gehanteerd werden zijn 'Wetenschappelijke artikelen', 'Alleen Nederlandstalige en Engelstalige artikelen' en 'Full-tekst artikelen'. Een exclusie criterium was 'Datum publicatie: voor het jaar 2000'. Reden hiervoor is dat de zorg de afgelopen jaren veel veranderd is en dat CPa een relatief nieuw begrip is in Nederland, waardoor de voorkeur ligt bij recente artikelen die zoveel mogelijk aansluiten op de huidige vormgeving van de zorg. Voor de deelvraag met betrekking tot de algemene effecten van preventieve oudertrainingen is er een uitzondering gemaakt voor twee artikelen, deze artikelen zijn voor

het jaar 2000 gepubliceerd. Er is voor gekozen om deze artikelen toch mee te nemen in dit onderzoek aangezien de inhoud van deze artikelen relevant is voor het beantwoorden van de deelvraag en er naast deze artikelen geen recentere artikelen met overeenkomend onderzoek zijn gevonden. Daarnaast zijn artikelen die gaan over de implementatie en kosten van de interventie geëxcludeerd aangezien dit onderzoek gericht is op de effecten van CPa. Onderzoek naar de implementatie en kosten van CPa is een stuk uitgebreider en is een logische vervolgstap na het onderzoeken van de effecten van CPa. Tot slot zijn artikelen die online niet toegankelijk waren voor studenten van de RuG niet meegenomen in dit onderzoek.

De gevonden literatuur over CPa is verkregen met behulp van de MedLine-zoekmachine, de zoekterm 'CenteringParenting' is in de zoekmachine ingevoerd, dit leverde twee artikelen op. Met behulp van de literatuurlijst van de documenten verkregen van TNO is het artikel van Mittal (2011) gevonden, door middel van het sneeuwbaaleffect. Uit het literatuuronderzoek bleek dat er nog weinig literatuur beschikbaar is over CPa. De literatuur die beschikbaar was waren internationale artikelen. Er werd geen Nederlandse literatuur gevonden.

Voor het beantwoorden van de deelvraag over CenteringPregnancy is MedLine gebruikt als zoekmachine. Het invullen van de combinaties van zoektermen leverde dertig artikelen op. Na het toepassen van exclusiecriteria bleven er achttien bruikbare artikelen over. Deze artikelen zijn gescreend op inhoud: artikelen die enkel gingen over de inhoud van CPR en niets te maken hadden met de vormgeving of effecten hiervan zijn weggelaten. Dit zorgde voor elf artikelen die over bleven. Daarnaast zijn er nog twee artikelen weggelaten wegens een te specifieke onderzoeksgroep die niet generaliseerbaar is naar de Nederlandse populatie. Tot slot is over dit onderwerp een meta-analyse gevonden die niet is meegenomen in dit artikel, ondanks dat deze analyse voldoet aan de algemeen gehanteerde inclusiecriteria. De reden hiervoor is dat besloten is om drie van de vier artikelen die werden geanalyseerd in deze meta-analyse zelf te lezen, om op deze manier te zorgen voor meer verdieping. Het vierde artikel werd niet bruikbaar gevonden voor dit onderzoek wegens een specifieke, niet generaliseerbare onderzoeksgroep. Alle voorgaande stappen leverden uiteindelijk acht artikelen op die zijn gebruikt voor het beantwoorden van de tweede deelvraag. Daarnaast zijn de drie artikelen die gebruikt zijn in de meta-analyse geanalyseerd, wat zorgde voor elf bruikbare artikelen. Tot slot zijn er via een sneeuwbaaleffect nog drie artikelen bij gevonden,

wat betekent dat er veertien artikelen zijn gebruikt voor het beantwoorden van de deelvraag over CenteringPregnancy.

Voor het beantwoorden van de deelvraag over preventieve oudertrainingen is ERIC als primaire zoekmachine gebruikt. Het invullen van de combinaties van zoektermen leverde 48 artikelen op. Na deze te filteren met de in- en exclusiecriteria bleven er drie bruikbare artikelen over. Eén van deze artikelen betroffen een meta-analyse. Deze is artikelen geanalyseerd en door middel van het sneeuwbaaleffect zijn er zes bruikbare artikelen gevonden. Er is voor gekozen om deze zes artikelen te gebruiken in plaats van de meta-analyse, dit voor meer verdieping. Naast ERIC is er ook gebruik gemaakt van Google SCHOLAR. Het invullen van de combinaties van zoektermen leverde hier 155 artikelen op, waarvan er twee bruikbaar bleken voor dit onderzoek. Tot slot zijn er via een sneeuwbaaleffect nog zeven artikelen bij gevonden, wat betekent dat er zeventien artikelen zijn gebruikt voor het beantwoorden van de deelvraag over preventieve oudertrainingen.

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn beschrijvend weergegeven. De belangrijkste resultaten die naar voren kwamen uit artikelen zijn weergegeven in een tabel, hierna zijn de resultaten van verschillende artikelen met elkaar vergeleken. Uiteindelijk zijn de resultaten van de verschillende deelvragen met elkaar vergeleken.

Met behulp van kwantitatief onderzoek is antwoord gegeven op de laatste deelvraag. Deze deelvraag luidt als volgt:

1. Heeft een hoge SES van de moeder invloed op het ervaren van sociale steun en opvoedingsvaardigheden en is er een verschil hierin tussen de CPa groep en de groep die individuele zorg ontvangt?

Er werd gebruik gemaakt van vragenlijsten die zijn opgesteld door TNO. De vragenlijsten zijn ingevuld door ouders die deelnamen aan CPa en door ouders die individuele zorg ontvingen. Het merendeel van de vragenlijsten werd ingevuld door moeders. De vragenlijsten bestonden uit items die betrekking hadden op eigenschappen, ervaringen en karakteristieken van ouders en hun kind. De vragenlijsten zijn afgenomen op drie momenten: wanneer het kind één maand oud was, wanneer het kind zes maanden oud was en wanneer het kind twaalf maanden oud was. Het SPSS bestand dat toegestuurd is door de TNO bevatte alle data van de vragenlijsten die ingevuld zijn door de participanten (n=129) in heel Nederland.

Voor dit onderzoek zijn de categorieën ‘Sociale steun’ en ‘Omgang met het kind’ uit de vragenlijst gebruikt om antwoord te kunnen geven op de kwantitatieve deelvraag. De categorie ‘Sociale steun’ bestond uit twaalf vragen op een vierpuntsschaal, de categorie ‘Omgang met het kind’ bestond uit vijftientig vragen op een tienpuntsschaal.

In het SPSS-bestand ontbrak informatie, niet alle ouders hadden alle drie de vragenlijsten (volledig) ingevuld. Dit zorgde voor een kleiner aantal vragenlijsten en antwoorden op de items waarover een analyse is uitgevoerd. In totaal zijn er 43 vragenlijsten meegenomen in dit onderzoek. 25 van de gebruikte vragenlijsten zijn ingevuld door moeders die deelnamen aan CPa en achttien vragenlijsten zijn ingevuld door moeders die individuele zorg ontvingen, zij vormden de controlegroep.

Door middel van SPSS zijn analyses uitgevoerd om tot een antwoord te komen op de kwantitatieve onderzoeksvraag. Door middel van een ‘vergelijking van gemiddelden’-analyse zijn de gemiddelden van ‘ervaren sociale steun’ en ‘opvoedingsvaardigheden’ berekend van elke persoon die de hierbij behorende vragen had ingevuld op de vragenlijst van twaalf maanden. Er is voor gekozen om de vragenlijsten afgenomen bij twaalf maanden te gebruiken voor deze analyse. De reden hiervoor is dat de participanten bij de vragenlijst van twaalf maanden volledig hebben deelgenomen aan het CPa programma, hierdoor konden de eventuele effecten van CPa bekeken worden. De uitgerekende gemiddelden zijn gebruikt als nieuwe variabelen die geanalyseerd zijn voor dit onderzoek. De scheefheid is geanalyseerd om te kijken of er sprake was van een normaalverdeling. Met behulp van een onafhankelijke t-toets is vervolgens gekeken naar een eventueel significant verschil tussen het wel of niet volgen van CPa en het ervaren van sociale steun en de opvoedingsvaardigheden. In deze analyse is ook de sociaal economische status (SES) van de ouders meegenomen om te onderzoeken of deze van invloed is op het ervaren van sociale steun en de opvoedingsvaardigheden van de ouders. De SES is bepaald door TNO aan de hand van het opleidingsniveau en ingedeeld in twee categorieën: ‘hoog’ en ‘anders’. De categorie ‘hoog’ bestaat hierbij uit hoge SES. De categorie ‘anders’ bestaat hierbij uit lage, middellage en middelhoge SES. Er zijn histogrammen opgesteld waarin de grafische weergave van de data te zien is. Ook zijn de resultaten weergegeven door middel van een tabel waarin de uitkomsten van de t-toets staan.

# Resultaten

## CenteringParenting

Dit stuk gaat over CenteringParenting (CPa), de effecten er van en de ervaringen van moeders en zorgverleners. Er zijn vijf documenten/artikelen gebruikt voor dit onderzoek. In drie van de geraadpleegde artikelen/documenten werd een onderzoeksopzet beschreven. Wat opvallend is, is dat er nog weinig geschreven en bekend is over CPa en haar effecten. De onderzoeken die naar CPa zijn gedaan geven deels resultaten weer die elkaar tegenspreken.

Als eerste zal CPa worden uitgelicht en vervolgens zullen de effecten en de ervaringen van zorgverleners worden omschreven en als laatste de ervaringen van moeders.

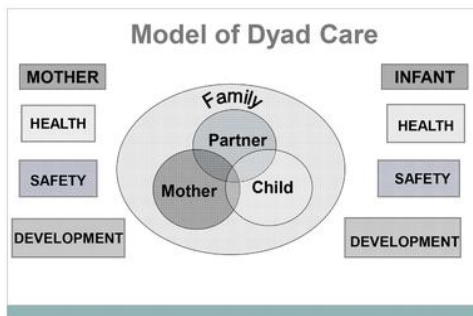
## Vormgeving CenteringParenting

CenteringParenting biedt ondersteuning aan ouders in het eerste levensjaar van hun kind. Het richt zich onder andere op de gezondheid van moeder en kind – lichamelijk onderzoek, ontwikkeling, educatie, sociale ondersteuning, en veiligheid. CPa is een groepsmodel, het bestaat uit 9 groepsbijeenkomsten, met idealiter 8 á 9 moeders per groep (Vlasblom, Van Sleuwen, Beltman & Rijnders, 2016). Moeders leren hoe ze de gezondheid van zichzelf en van hun baby kunnen controleren en in de gaten kunnen houden. Ook helpt het moeders bij problemen en uitdagingen die zich voor kunnen doen na de geboorte van hun baby. Dit kan zijn op het gebied van lichaamsgewicht van moeder, zelfbeeld, borstvoeding, depressie, anticonceptie en de partnerrelatie. Wanneer problemen en moeilijkheden zich voordoen op één of meer van deze gebieden, kan dit van invloed zijn op de gezondheid en het functioneren van moeder en haar kind en het gezin - de gezondheid van moeder staat in verband met de gezondheid van de baby.

CPa is een continuïteitsmodel wat volgt op CPr, CPr vindt plaats gedurende de zwangerschap en CPa continueert hierop na de bevalling (Bloomfield & Rising, 2013). In Nederland wordt CPa aangeboden op het consultatiebureau. Dit betekent niet dat elke moeder die heeft deelgenomen aan CPr ook deelneemt aan CPa en andersom, dit is een keuze van de ouders. Het is wel het meest wenselijk, het sluit goed op elkaar aan en zowel moeder als de zorgverleners weten wat te verwachten en het brengt continuïteit (Vlasblom et al., 2016).

Figuur 1 geeft de belangrijke componenten van CPa weer: de interactie tussen moeder, partner en kind, wat in zijn geheel het gezin vormt en met daar omheen de zorg en omgeving.

‘Dyad Care’ staat voor de deelname aan CPa van moeder met haar kind waarbij de gezondheid van moeder en van het kind wordt gecontroleerd (Bloomfield & Rising, 2013).



Figuur 1 Bloomfield & Rising, 2013

### Effecten CPa

In dit stuk zullen de effecten die er bekend zijn over CPa worden omschreven. Met behulp van de beschikbare literatuur en documenten wordt er een beeld geschetst van de effecten, waarbij opvalt dat deze deels tegenstrijdig zijn aan elkaar.

De eerste resultaten van CPa in Canada en de VS zijn positief, zo is er een hogere vaccinatiegraad gedurende en na het eerste levensjaar van de baby, krijgen meer kinderen borstvoeding en is er minder sprake van depressies bij moeders (Johnston, McNeil, Van der Lee, McLeod, Uyanwune & Hill, 2016). CPa maakt het mogelijk dat zorgverleners dichtbij de gezondheid van moeder en kind staan en het is bevorderlijk voor de samenwerking en de betrokkenheid van moeders en zorgverleners na de bevalling (Bloomfield & Rising, 2013). Groepssessies zorgen ervoor dat er meer tijd is voor moeders en kind, waardoor er een band ontstaat tussen de zorgverlener en de moeders en tussen de moeders onderling (Mittal, 2011).

Johnston et al. (2016) hebben een pilotonderzoek uitgevoerd naar de implementatie en de uitkomsten van CPa. Er was geen duidelijk verschil tussen psychosociaal welzijn van moeders in de CPa groep en moeders in de controlegroep (Johnston et al., 2016), de resultaten in het rapport van TNO spreken deze uitkomsten tegen, daarin wordt vermeld dat er bij moeders die deelnemen aan CPa, minder sprake is van depressies (Vlasblom et al., 2016). Uit het onderzoek van Johnston et al. (2016) kwam naar voren dat ongeveer een vijfde van de moeders in de CPa groep aangaf inadequate sociale steun te ontvangen 4 maanden na aanvang van CPa. Van de moeders in de CPa groep gaf 36% borstvoeding, in de controlegroep was dit 60%. Naarmate de hoogst genoten opleiding van de moeders in de CPa groep steeg, nam het

geven van borstvoeding toe. Daar tegenover staat dat de moeders met een lager inkomen (<\$70.000) vaker borstvoeding geven dan moeders met een hoger inkomen ( $\geq$ \$70.000). Na zes maanden gaf 80% van de moeders in de CPa-groep die aangaven borstvoeding te geven, nog borstvoeding, al dan niet gecombineerd met flesvoeding. Na twaalf maanden gaf ongeveer 20% van deze moeders aan dat zij een overgang aan het maken waren naar alleen flesvoeding en de andere moeders waren al volledig over gegaan op flesvoeding (Johnston et al., 2016). Hier staat tegenover dat in rapport van TNO naar voren komt dat moeders die CPa volgen meer borstvoeding geven (Vlasblom et al., 2016). De informatie van moeders in de controlegroep over borstvoeding rond zes en twaalf maanden ontbrak. Na vier maanden waren alle baby's van de moeders in de CPa groep geïmmuniseerd door vaccinatie, ten opzichte van 95% in de controlegroep. Na twaalf maanden hadden alle baby's in de CPa groep alle nodige vaccinaties gehad ten opzichte van 50% in de controlegroep (Johnston et al., 2016).

Uit het onderzoeksrapport van TNO komt naar voren dat moeders uit de CPa groep hun baby's vaker op hun buik leggen wanneer de baby ging slapen. En deze moeders bezochten aan het einde van de CPa vaker een alternatieve zorgverlener in vergelijking met de moeders in de controlegroep (Vlasblom et al., 2016).

In Tabel 2, weergegeven op de volgende pagina, staan de resultaten van onderzoeken weergegeven die van belang waren voor de eerste deelvraag.



**Tabel 2 Resultaten literatuuronderzoek CenteringParenting**

Auteurs	Focus van interventie	Gemeten uitkomsten	Bevindingen
<b>Johnston, McNeil, Van der Lee, MacLeod, Uyanwune en Hill, (2016) (Canada)</b>	Pilotstudie, het effect, de haalbaarheid en de impact op moeder- en kinduitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Eigenschappen van deelnemers, o.a. inkomen, hoogst genoten opleiding en etniciteit</li> <li>● Vaccinatiegraad</li> <li>● Verschilmeting karakteristieken moeders</li> <li>● Ervaringen ouders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Meeste deelnemers zijn moeders</li> <li>● In de CPa groep zitten meer moeders met een jongere leeftijd, een lager opleidingsniveau en een lager inkomen dan de controlegroep.</li> <li>● Toename in het laten vaccineren van de baby's, 100% t.o.v. 95% in de controlegroep</li> <li>● In groepsverband hadden ouders meer contact met publieke gezondheidsdiensten dan in de één op één setting</li> <li>● Ouders gaven aan meer positieve ouderervaringen op te doen</li> </ul>
<b>Vlasblom, Van Sleuwen, Beltman &amp; Rijders (2016) (Nederland)</b>	Evaluatie van CenteringParenting in Nederland	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ervaringen moeders</li> <li>● Ervaringen zorgverleners</li> <li>● Effecten van CPa op gedrag van moeders en zorgverleners en in het algemeen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Moeder ervaren verschillende voor- en nadelen t.a.v. CPa, als voordeel het kunnen delen van ervaringen en de gezelligheid en als nadeel de tijd die deelname aan CPa kost en de onhandige tijdstippen waarop het plaatsvindt</li> <li>● Zorgverleners zijn positief over CPa, maar zien nog wel bezwaren t.a.v. de kosten en dat het de reguliere zorg niet volledig kan vervangen</li> <li>● CPa heeft een positieve invloed op het geven van borstvoeding en het vaccineren van kinderen</li> </ul>
<b>Mittal (2011) (VS)</b>	Onderzoek naar ervaringen van zorgverleners t.a.v. CPa en het effect van zorg in groepsverband	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ervaringen van zorgverleners en de effecten die zij waarnamen</li> <li>● Effect en gevolgen van zorg in groepsverband voor moeders en zorgverleners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbetering van mogelijkheden, artsen waren beter in staat de ontwikkeling vast te kunnen stellen</li> <li>● Verbetering van kwaliteit van zorg, tevredenheid van moeders en hun educatie</li> <li>● Er is meer tijd voor moeders en kind, waardoor er een band ontstaat tussen moeder en zorgverlener en moeders onderling</li> </ul>

## **Zorgverleners**

CPa wordt uitgevoerd in groepsverband, hier moeten zorgverleners mee om kunnen gaan. De verandering in de manier van zorg verlenen zorgt voor spanning bij de zorgverleners, omdat zij andere vaardigheden dienen te beheersen en toe te passen (Mittal, 2011). Tijdens de 2 daagse CPa-training van zorgverleners leren zij hoe ze met de vragen van moeders kunnen omgaan evenals met het verlenen van (medische) zorg in groepsverband. De één-op-één-relatie verandert in een relatie waarbij het één-op-één-contact er nog wel is, maar wel binnen de groepssetting. Het individuele contact vindt wel plaats op een wijze die intiem is en privémomenten waarborgt. Het is echter korter, omdat de vele generieke vragen plenair behandeld worden. Daarnaast verandert de rol van zorgverleners waar het gaat om het aandraagen van oplossingen voor problemen. Moeders leren samen oplossingen te bedenken en de zorgverlener heeft hierbij een ondersteunende rol (Bloomfield & Rising, 2013). Naast de veranderingen wat betreft de rol van een zorgverlener en het beheersen en toepassen van vaardigheden, is het voor dit onderzoek van belang hoe de zorgverleners de veranderingen bij de aan CPa deelnemende moeders ervaren.

## **Ervaringen zorgverleners – verandering moeders**

Volgens zorgverleners worden moeders tijdens CPa meer in hun kracht gezet, gaat de interactie binnen groepen goed en delen moeders onderling veel ervaringen. Doordat moeders samen oplossingen bedenken en elkaar advies kunnen geven, creëert dit een veilige en sterke groep volgens de zorgverleners. Het gaf volgens hen moeders het gevoel er niet alleen voor te staan en de ervaring dat andere moeders ook (gelijke) moeilijkheden en problemen ervaren versterkt volgens hen dit gevoel. Zorgverleners zagen de sociale netwerken van moeders groter worden en het onderhouden van contact met de moeders gaat beter, ze leren moeders hierdoor beter kennen. Als laatste gaven ze aan dat ze moeders beter tegemoet kunnen komen en meer vraaggericht kunnen werken. De langere contactduur heeft hierop ook een positieve invloed (Vlasblom et al., 2016).

## **Persoonlijke ervaringen van zorgverleners – training, voorbereiding, uitvoering**

Zorgverleners ervaren verschillende veranderingen en effecten gedurende en ten gevolge van CPa. In een onderzoek van Mittel (2011) worden ervaringen omschreven van artsen(n=6) die

aanwezig waren tijdens een pilot van CPa. Allen rapporteerden een significante vooruitgang op de meeste gebieden waarop CPa zich richt. Onder andere op het gebied van ‘verbetering van de mogelijkheden’, om bijvoorbeeld de ontwikkeling vast te kunnen stellen en items op het gebied van ‘verbetering van de kwaliteit’, bijvoorbeeld de tevredenheid van deelnemende moeders of de educatie van hen. In het rapport van TNO komen ook de ervaringen van zorgverleners (n=14) naar voren. Alle zorgverleners waren overwegend enthousiast. CPa is volgens hen laagdrempeliger, aangegeven wordt dat het niet meer aan een bureau zitten met één moeder tegenover je, er voor zorgt dat er minder afstand is tussen moeder en zorgverlener. Zorgverleners willen graag voldoen aan de vraag van ouders en hier is CPa een goede oplossing voor (Vlasblom et al., 2016).

Door zorgverleners wordt een aantal thema's belangrijk geacht als het gaat om het verbeteren van de implementatie en de duurzaamheid van CPa. De thema's zijn als volgt: ‘het belang van steun dat men ontvangt in groepszorg’, ‘de tevredenheid’, ‘de uitwisseling van kennis en informatie tussen moeders’, ‘de logistiek rondom CPa’ en ‘het aanbieden/beschikbaar maken van CPa’ (Bloomfield & Rising, 2013).

Uit het rapport van TNO komt naar voren dat het van belang wordt geacht dat het daadwerkelijk uitvoeren van CPa niet te lang moet duren nadat de training gegeven is, dit zorgt voor verwarring bij de zorgverleners. Zorgverleners ervoeren de hoeveelheid informatie dat aan bod kwam tijdens de trainingen als veel. De zorgverleners die deelgenomen hadden aan de trainingen waren allemaal wel erg gedreven om te starten met CPa en hadden er erg veel zin in, ze werden steeds enthousiaster en wilden er, wanneer mogelijk, mee verder. In het begin ervoeren ze wat moeite met het vormgeven van de groepen en met het duidelijk maken van wat ouders van hen konden verwachten, maar dit hadden ze al snel door. Ze geven aan te zijn gegroeid als het gaat om de zorgverlening in groepsverband, het geeft hen meer energie en zien het als een leuke nieuwe uitdaging en afwisseling met hun andere werk. Zorgverleners verschillen onderling als het gaat om het missen van diepgang betreft gezins- en omgevingsfactoren, om eventuele risico's en problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling zo vroeg mogelijk op te sporen. Een deel van de zorgverleners miste dit en een ander deel gaf aan dat naast de specifieke zorg voor het kind en de moeder, binnen het programma de focus ook wordt gelegd op de context (Vlasblom et al., 2016).

Zorgverleners zijn bang dat de kosten die aan CPa verbonden zijn het doorzetten en aanbieden van CPa kan belemmeren. Ze zijn van mening dat het de reguliere zorg niet volledig kan vervangen, omdat groepszorg niet voor iedereen passend is. Voor de helft van de zorgverleners lijkt CPa naast de reguliere zorg een goede combinatie. Daarnaast zijn er nog een aantal bezwaren, één daarvan is de lange duur van CPa, dit kan een belemmering of reden zijn voor moeders om niet deel te nemen. Daarnaast verloopt de medische zorg in het begin nog vaak chaotischer binnen groepen, dit kan komen door (nog) onvoldoende competentie van zorgverleners, waardoor er het risico is dat er dingen over het hoofd worden gezien. Een aantal zorgverleners geeft aan dat CPa niet gepast is voor ‘multi-probleemgezinnen’, of gezinnen met moeilijkheden, voor hen zou het beter zijn de reguliere, individuele zorg te volgen, omdat te complexe situaties en moeilijkheden zich voordoen (Vlasblom et al., 2016).

### **Ervaringen moeders**

CPa biedt moeders de mogelijkheid om ervaringen en moeilijkheden rondom het moederschap te delen met andere moeders. CPa kan hulp bieden en zorgen voor opluchting door middel van het aanhoren, waarnemen en herkennen van moeilijkheden die andere moeders ervaren. Daarnaast leren moeders praktische informatie omtrent de zorg voor haar kind en voor haar zelf (Bloomfield & Rising, 2013).

In een onderzoek van Johnston et al. (2016) worden de ervaringen van moeders omschreven. Hieruit kwam naar voren dat moeders aangeven zich gerespecteerd te worden, kregen zij het gevoel dat er naar hen geluisterd werd en werden ze aangemoedigd om nieuwe informatie te leren gedurende de bijeenkomsten. Zij voelden zich zelfverzekerder over hun opvoedingsvaardigheden en keken positiever naar hun rol als ouder na de CPa. Daarnaast gaven moeders aan dat het voor hen duidelijk was waar zij antwoord konden krijgen op vragen en konden ze stress beter onder controle houden naarmate de CPa vorderde (Johnston et al., 2016). In een onderzoeksrapport van TNO komt naar voren dat moeders aangeven zich minder competent te voelen als het gaat om opvoedingsvaardigheden ten opzichte van de controlegroep (Vlasblom et al., 2016) Dit staat tegenover de resultaten uit het onderzoek van Johnston e.a. (2016). De reden van de tegenstrijdige resultaten komt niet naar voren in deze onderzoeken. Wanneer er gekeken wordt naar de algehele ervaringen van moeders ten aanzien van CPa en individuele zorg, komt uit het rapport van TNO naar voren dat moeders in de CPa

groep een hoger cijfer geven aan de zorg die zij ontvingen dan de moeders uit de controlegroep (individuele zorg) (Vlasblom et al., 2016). Ouders ervaren verschillende voor- en nadelen van CPa. Het kunnen delen van ervaringen en de gezelligheid zijn twee van de voordelen. Een groot deel van de moeders uit de CPa groep zegt genoeg informatie te hebben ontvangen over de gezondheid en het gezond opgroeien van hun kind en dat hun sociale netwerk was vergroot. Het meest voorkomende nadeel dat werd genoemd is dat CPa veel tijd kost en dat het op onhandige tijdstippen plaatsvindt. Naast deze veel voorkomende voor- en nadelen, werden er door een aantal moeders nog voor- en nadelen genoemd. Eén moeder gaf aan dat het contact met de verpleegkundige en jeugdarts was verbeterd en dat er meer wederzijds vertrouwen was. Zij gaf ook aan dat er meer tijd was voor het stellen van vragen. Een andere moeder gaf aan dat ze CPa persoonlijker vond en dat het erg prettig was om andere moeders te zien. Er werden door enkele moeders nog een aantal nadelen benoemd, een aantal hiervan zijn: de kosten voor de opvang die geregeld moest worden; het missen van structuur tijdens de bijeenkomsten; en te veel herhaling wanneer het een moeder met een tweede kind betrof of een moeder met zelf ervaring in de zorg (Vlasblom et al., 2016).

## **CenteringPregnancy**

Deze paragraaf gaat over de effecten van CenteringPregnancy. Er werden veertien artikelen gevonden die bruikbaar bleken voor dit onderzoek. Wat in het algemeen opviel is het grote aantal Amerikaanse artikelen in vergelijking met artikelen uit anderen landen en de grote hoeveelheid artikelen dat zich richt op adolescenten. De uitkomsten van onderzoeken zijn divers, maar opvallend is dat onderzoeken die zich richten op adolescenten over het algemeen betere resultaten lieten zien. In deze paragraaf zal eerst worden ingegaan op de vormgeving en werkzame elementen van CPr en hierna zullen de effecten van CPr besproken worden.

## **Vormgeving CenteringPregnancy**

Iedere vrouw in Nederland heeft recht op prenatale zorg (Zorginstituut Nederland, z.d.). De belangrijkste doelen van prenatale zorg zijn het controleren van de gezondheid van moeder en (nog ongebooren) kind, ouders voorzien van informatie over de zwangerschap, bevalling en het toekomstige ouderschap en het voorbereiden van de ouders op de bevalling (Andersson,

Christensson & Hildingsson, 2013). Deze prenatale zorg kan verkregen worden door het traditionele, individuele model van zorg en door CenteringPregnancy.

CenteringPregnancy is een model van zorg waarbij de individuele setting wordt omgezet in een groepssetting (Centering Healthcare Instituut, z.d.; Trotman et al., 2015). De consulten in de groepssetting voorzien in de drie elementen van prenatale zorg, namelijk risicoschatting, gezondheids promotie/educatie en ondersteuning van de zwangere vrouwen (Trotman et al., 2015). Zwangere vrouwen worden in een groep geplaatst met acht tot twaalf andere vrouwen met ongeveer dezelfde zwangerschapsduur (Shakespeare, Waite & Gast, 2010). Zij komen tien keer 120 minuten bij elkaar om onder leiding van een verloskundige zorgverlener en co-begeleider de zwangerschapscontroles uit te voeren en informatie op te doen (Rijnders, Detmar & Herschderfer, 2016). Drie belangrijke componenten in de gezondheidszorg worden toegevoegd aan de medische prenatale controles, namelijk zelfmanagement, ontwikkeling van kennis en ondersteuning.

Tijdens de groepsconsulten worden de bloeddruk en gewicht gemeten en vindt een kort privémoment plaats met de zorgverlener om het fysieke onderzoek uit te voeren (Shakespeare et al., 2010; Jafari, Eftekhari, Fotouhi, Mohammad & Hantoushzadeh, 2010). Dit alles gebeurt in de eerste dertig à veertig minuten van de bijeenkomst. De resterende negentig minuten worden besteed aan een groepsgesprek en educatieve activiteiten.

Rising, Kennedy en Klima (2004) beschreven dertien essentiële elementen van CPR (zie Tabel 3). Deze elementen bieden de structuur voor effectieve prenatale groepszorg. Aangezien de eerste drie elementen het grootste verschil met individuele zorg tonen, zullen zij nader toegelicht worden.

De gezondheidsbeoordeling vindt plaats in de groepsruimte. De fysieke beoordeling (bijvoorbeeld foetale hartslag en fundushoogte) zorgt voor een privémoment met de zorgverlener binnen de groepsruimte. Door de beoordeling in de groepsruimte te laten plaatsvinden wordt getracht het proces te normaliseren, de groep ziet dat de fysieke veranderingen heel normaal zijn tijdens de zwangerschap. Daarnaast kan de verloskundige ook de rest van de groep in de gaten houden en heeft zij minder de neiging om uit te lopen.

Een ander essentieel element van CPR is dat de zwangeren worden betrokken bij activiteiten die over hun eigen zorg gaan. Elke persoon is verantwoordelijk voor de

persoonlijke gezondheidszorg en dit is extra belangrijk gedurende de zwangerschap. Activiteiten zoals het meten van de bloeddruk worden door de zwangere zelf uitgevoerd, waardoor haar begrip voor de fysiologie van haar lichaam verbetert en zij een actieve deelnemer aan haar eigen zorg wordt. Daarnaast draagt de zelfzorg bij aan het gevoel van controle van de zwangere.

Een derde element dat CPr duidelijk onderscheidt van individuele prenatale zorg is de faciliterende leiderschapsstijl die ingezet wordt. Bij CPr wordt aangenomen dat de vrouw zelf het beste weet wat zij nodig heeft. Dit is de reden dat de leider de discussie slechts vormgeeft en ervoor zorgt dat de zwangeren zelf inbreng leveren. De leider luistert vooral en verzorgt alleen educatie wanneer dit passend is. Door deze manier van het behandelen van onderwerpen zijn de vrouwen actief betrokken bij het uitwisselen van informatie en doen zij waardevolle kennis op (Rising et al., 2004).

**Tabel 3** *Essentiële elementen CenteringPregnancy (Rising, Kennedy & Klima, 2004)*

---

Gezondheidsbeoordeling vindt plaats in de groepsruimte.
Vrouwen worden betrokken bij zelfzorg activiteiten.
Een faciliterende leiderschapsstijl wordt gebruikt.
Elke sessie heeft een algemeen plan.
Er wordt aandacht gegeven aan de kerninhoud; de nadruk kan verschillen.
Er is stabiliteit van groepsleiderschap.
De groep honoreert de bijdrage van elk lid.
De groep wordt in een cirkel geplaatst.
De groepsamenstelling is stabiel, maar niet onveranderbaar.
De groeps grootte is optimaal om het proces te bevorderen.
Betrekken van familieleden als ondersteuning is optioneel.
De mogelijkheid voor socialisatie binnen de groep wordt verschaft.
Er is een voortdurende evaluatie van de uitkomsten.

---

### **Effecten CenteringPregnancy**

Verschillende onderzoeken zijn gedaan om een eventueel verschil tussen de effecten van CenteringPregnancy en individuele zorg weer te geven. Hierbij is gekeken naar de uitkomst van de zwangerschap, beleid tijdens de zwangerschap en bevalling, verkregen informatie, opkomst bij consulten, verschil in gezondheidsgedrag, tevredenheid van de zwangere over de ontvangen zorg en factoren postpartum. In Tabel 4 zijn de resultaten van onderzoeken weergegeven die van belang waren voor de tweede deelvraag.

**Tabel 4 Resultaten CenteringPregnancy**

Auteurs	Focus van interventie	Gemeten uitkomsten	Bevindingen
<b>Andersson, Christensson &amp; Hildingsson (2013)</b> (Zweden)	Verskil vaststellen in tevredenheid tussen vrouwen die deelnamen aan prenatale groepszorg en vrouwen die prenatale standaardzorg kregen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van antenatale zorg</li> <li>• Tevredenheid met informatie</li> <li>• Toewijding van de verloskundige</li> <li>• Contact met andere ouders</li> <li>• Algehele tevredenheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vrouwen die groepszorg ontvingen, rapporteerden minder tekorten wat betreft de informatie over de bevalling, borstvoeding en tijd na de bevalling.</li> <li>• Vrouwen die standaardzorg ontvingen, rapporteerden minder tekorten wat betreft de informatie over de zwangerschap.</li> <li>• Vrouwen die standaardzorg ontvingen, rapporteerden vaker tekorten wat betreft de toewijding van de verloskundige en het serieus genomen worden.</li> <li>• Vrouwen die groepszorg ontvingen, waren meer tevreden over het contact met andere ouders en voelden zich meer gesteund om te starten met borstvoeding.</li> <li>• Er is geen verschil tussen beide groepen wat betreft de algehele tevredenheid over de prenatale zorg.</li> </ul>
<b>Baldwin (2006)</b> (Verenigde Staten)	Vergelijken van de uitkomsten van CPr met individuele zorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis van zwangeren</li> <li>• Tevredenheid met zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De CPr groep had meer kennis over de zwangerschap.</li> <li>• Er was geen significant verschil in tevredenheid met de zorg tussen vrouwen die deelnamen aan CPr en vrouwen die individuele zorg ontvingen.</li> </ul>
<b>Grady &amp; Bloom (2004)</b> (Verenigde Staten)	Evalueren van CPr als prenataal zorgmodel voor adolescenten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opkomst consulten</li> <li>• Perinatale uitkomsten</li> <li>• Niveau van tevredenheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescenten uit de CPr groep kwamen vaker hun afspraken na dan vrouwen uit de controlegroep die individuele prenatale zorg ontvingen.</li> <li>• In de CPr groep was de incidentie van premature geboortes en laag geboortegewicht lager dan in de controlegroep.</li> <li>• Er was geen significant verschil in het aantal keizersneden tussen beide groepen.</li> </ul>



<b>Ickovics et al. (2015)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	Verschil in gezondheidsuitkomsten onderzoeken tussen zwangeren die prenatale groepszorg ontvingen en zwangeren die traditionele individuele zorg ontvingen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Geboorte uitkomsten</li> <li>● Neonatale uitkomsten</li> <li>● Reproductieve gezondheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adolescenten uit de CPr groep waren over het algemeen erg tevreden met de geboden zorg.</li> <li>● In de CPr groep was de incidentie van SGA-kinderen (geboortegewicht &lt;10<sup>e</sup> percentiel) lager.</li> <li>● Hoe meer groepsconsulten bezocht werden, hoe lager de incidentie van SGA-kinderen, premature geboortes en laag geboortegewicht. Daarnaast had het bezoeken van meer groepsconsulten een gunstige invloed op condoomgebruik en onbeschermd seks.</li> </ul>
<b>Ickovics, Kershaw, Westdahl, Magriples, Massey, Reynolds &amp; Rising (2007) (Verenigde Staten)</b>	Vaststellen of prenatale groepszorg de zwangerschapsuitkomsten, het psychosociale functioneren en de patiënttevredenheid bij individuele en groepszorg verbetert en de mogelijke kostenverschillen onderzoeken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zwangerschapsuitkomsten</li> <li>● Psychosociaal functioneren</li> <li>● Patiënttevredenheid</li> <li>● Kosten prenatale zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zwangeren die CPr ontvingen bevielden minder vaak prematuur dan vrouwen die standaardzorg ontvingen en startten vaker met borstvoeding. Vrouwen uit de CPr groep hadden meer kennis van de prenatale zorg en voelden zich beter voorbereid op de bevalling.</li> <li>● Vrouwen die groepszorg ontvingen waren meer tevreden over de prenatale zorg.</li> </ul>
<b>Ickovics et al. (2003)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	De impact van prenatale groepszorg op het geboortegewicht en de zwangerschapsduur bepalen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Geboortegewicht</li> <li>● Zwangerschapsduur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Het geboortegewicht was gemiddeld hoger bij kinderen van vrouwen die prenatale groepszorg ontvingen vergeleken met vrouwen die individuele zorg ontvingen.</li> <li>● Onder de prematuur geboren kinderen, was het geboortegewicht van kinderen van vrouwen die groepszorg ontvingen hoger.</li> </ul>
<b>Jafari, Eftekhari, Fotouhi, Mohammad &amp;</b>	Verschil in uitkomsten onderzoeken tussen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Geboortegewicht</li> <li>● Perinatale sterfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● In de CPr groep was sprake van een hoger gemiddeld geboortegewicht.</li> </ul>

<b>Hantoushzadeh (2010)</b> <b>(Iran)</b>	prenatale groepszorg en individuele prenatale zorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vitaminesuppletie</li> <li>● Borstvoeding</li> <li>● Anticonceptie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● In de CPr groep was minder vaak sprake van premature geboorte, IUGR en perinatale sterfte, maar deze verschillen bleken niet significant.</li> <li>● Vrouwen die deelnamen aan groepszorg namen vaker vitamines en ijzertabletten tijdens de zwangerschap.</li> <li>● Twee maanden postpartum gaven vrouwen uit de CPr groep vaker borstvoeding.</li> <li>● Vrouwen die groepszorg ontvingen begonnen vaker met anticonceptie binnen twee maanden postpartum.</li> </ul>
<b>Klima, Norr, Vonderheid &amp; Handler (2009)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	Zwangerschapsuitkomsten vergelijken tussen vrouwen die deelnamen aan CPr en vrouwen die individuele zorg ontvingen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tevredenheid</li> <li>● Aantal prenatale bezoeken</li> <li>● Borstvoeding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vrouwen die groepszorg ontvingen hadden hogere satisfactie dan vrouwen die individuele zorg ontvingen.</li> <li>● Vrouwen die CPr ontvingen namen deel aan meer prenatale bezoeken.</li> <li>● Vrouwen die deelnamen aan CPr startten vaker met borstvoeding dan vrouwen die individuele zorg ontvingen.</li> </ul>
<b>Magriples et al. (2015)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	De impact van prenatale groepszorg op gewichtstoename tijdens de zwangerschap en gewichtsverlies postpartum van adolescenten bepalen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gewichtstoename tijdens de zwangerschap</li> <li>● Gewichtsverlies eerste twaalf maanden postpartum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij vrouwen die prenatale groepszorg ontvingen was sprake van minder gewichtstoename tijdens de zwangerschap en meer gewichtsverlies twaalf maanden postpartum dan bij vrouwen die individuele zorg ontvingen.</li> </ul>
<b>Picklesimer, Billings, Hale, Blackhurst &amp; Covington-Kolb (2012)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	De impact van CPr op het aantal premature geboortes onderzoeken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aantal premature geboortes</li> <li>● Aantal bevallingen &lt;32 weken</li> <li>● Aantal geboortes van kinderen met een laag geboortegewicht (&lt;2500 gram)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Premature geboortes (&lt;37 weken) kwamen minder vaak voor in de CPr groep dan in de groep die traditionele zorg kreeg.</li> <li>● Bevallingen &lt;32 weken kwamen minder vaak voor in de CPr groep dan in de groep vrouwen die voor traditionele zorg koos.</li> </ul>

**Rijnders, Detmar & Herschderfer (2016) (Nederland)**

Inzicht geven in de implementatie van de eerste twee jaar van CPr in Nederland en de voor- en nadelen van de interventie presenteren.

- Aantal NICU-opnames
- Zwangerschapsuitkomsten nulliparae
- Procesuitkomsten
- Zwangerschapsuitkomsten
- Ervaringen van zwangeren
- Er was geen verschil tussen beide groepen in aantal geboortes van kinderen met een laag geboortegewicht (<2500 gram) en NICU-opnames.
- Er was geen verschil in zwangerschapsuitkomsten tussen nulliparae die deelnamen aan CPr en nulliparae die kozen voor traditionele zorg.
- Zwangere primiparae die deelnamen aan CPr ontvingen minder oxytocine bijstimulatie en pijnmedicatie tijdens de baring vergeleken met primiparae die individuele zorg ontvingen. Ook startten zij vaker met borstvoeding.
- Multiparae uit de CPr groep werden in vergelijking met multiparae uit de individuele groep minder vaak verwezen, bevielen daardoor minder vaak in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog en bevielen vaker thuis.
- Er waren geen statistisch significante verschillen in neonatale uitkomsten tussen zwangeren uit de CPr groep en zwangeren uit de individuele groep.
- Zwangere vrouwen die CPr hadden gevolgd gaven vaker aan steun te hebben ervaren, actief te hebben deelgenomen aan de zorg en meer een mening te hebben kunnen geven over de zorg. De algemene tevredenheid verschilde niet tussen beide groepen.
- Zwangeren die CPr hadden gevolgd gaven in vergelijking met zwangeren uit de individuele groep vaker aan dat wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie besproken waren.

**Shakespeare, Waite & Gast (2010) (Verenigde Staten)**

Verskil vaststellen in gezondheidsgedrag tussen vrouwen die prenatale zorg via CPr en via het traditionele model ontvingen.

- Gezondheidsgedrag gemeten met index gezondheidsgedrag schaal
- Veranderen van gezondheidsgedrag tijdens de zwangerschap
- Waardering van prenatale zorg

- Zwangeren die deelnamen aan CPr hadden gemiddeld 2.0 controles meer dan zwangeren die individuele zorg ontvingen.

- Vrouwen uit de CPr groep scoorden lager op de gezondheidsgedrag index. Deze gezondheidsgedrag index is een vragenlijst gehouden onder de participanten over hun gezondheidsgedrag. Onder gezondheidsgedrag wordt verstaan: een actie genomen door een persoon om goede gezondheid te onderhouden, te bereiken of te herwinnen en om ziekte te voorkomen.
- CPr lijkt niet te leiden tot het veranderen van gezondheidsgedrag tijdens de zwangerschap.
- Vrouwen die traditionele prenatale zorg ontvingen, waardeerden deze zorg meer dan vrouwen die deelnamen aan CPr.

**Trotman et al. (2015) (Verenigde Staten)**

Verskil vaststellen in effecten van CPr en individuele prenatale zorg op het gezondheidsgedrag van zwangere adolescenten.

- Gewichtstoename tijdens zwangerschap
- Nakomen van prenatale zorgafspraken
- Voeding pasgeborene
- Postnatale follow up
- Anticonceptie gebruik postpartum

- Adolescenten uit de CPr groep voldeden vaker aan de richtlijnen van IOM (2009) voor gewichtstoename tijdens de zwangerschap.
- Adolescenten uit de CPr groep kwamen vaker hun prenatale en postnatale afspraken na.
- De CPr groep gaf vaker uitsluitend borstvoeding en voegde vaker borstvoeding toe aan flesvoeding.
- Adolescenten uit de CPr groep gebruikten vaker langwerkende anticonceptie.

Als gekeken wordt naar de uitkomst van de zwangerschap, blijkt in de CPr groep de incidentie van premature geboortes lager te zijn dan in de groep vrouwen die standaardzorg ontvangt (Grady & Bloom, 2004; Ickovics et al., 2007; Picklesimer, Billings, Hale, Blackhurst & Covington-Kolb, 2012). Onderzoeken geven verschillende antwoorden op de vraag of de methode van prenatale zorg invloed heeft op het aantal kinderen met een laag geboortegewicht. Hoewel in onderzoeken verschillende definities van laag geboortegewicht gehanteerd worden, concluderen vier onderzoeken dat CPr bijdraagt aan een lagere incidentie van laag geboortegewicht (Grady & Bloom, 2004; Ickovics et al., 2015; Ickovics et al., 2003; Jafari et al., 2010). Zo hebben Grady en Bloom (2004) en Ickovics et al. (2015) gevonden dat adolescenten die deelnamen aan CPr minder vaak een kind met een laag geboortegewicht kregen dan adolescenten die deelnamen aan individuele zorg. Daarnaast vonden Ickovics et al. (2003) dat prenatale groepszorg resulteert in een hoger geboortegewicht, vooral voor kinderen die prematuur geboren zijn. Ook Jafari et al. (2010) vonden een hoger gemiddeld geboortegewicht in de CPr groep. Picklesimer et al. (2012) vonden echter geen significant verschil in aantal kinderen met een laag geboortegewicht tussen zwangeren uit de CPr groep en zwangeren die individuele zorg ontvingen. Ook Rijnders et al. (2016) vonden geen statistisch significante verschillen in neonatale uitkomsten tussen zwangeren uit de CPr groep en zwangeren uit de individuele groep.

Resultaten gericht op het beleid tijdens de zwangerschap en bevalling tonen aan dat multiparae (vrouwen die al eerder zijn bevallen) die deelnemen aan CPr in vergelijking met multiparae die individuele zorg ontvangen minder vaak verwezen worden, waardoor zij minder vaak onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog en vaker thuis bevallen (Rijnders et al., 2016). Zwangere primiparae (vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind) die deelnemen aan CPr ontvangen minder vaak oxytocine bijstimulatie en pijnmedicatie tijdens de baring vergeleken met primiparae die individuele zorg ontvangen. Er is geen significant verschil in aantal keizersneden tussen beide groepen (Grady & Bloom, 2004).

Vrouwen die groepszorg ontvangen, ervaren minder vaak tekorten in informatie over de borstvoeding en het ouderschap (Andersson et al., 2013). Daarnaast voelen zij zich beter

voorbereid op de bevalling (Andersson et al., 2013; Ickovics et al., 2007). Er is geen eenduidig resultaat wat betreft de tekorten die vrouwen ervaren in de informatie over de zwangerschap. Andersson et al. (2013) vonden dat vrouwen uit de CPr groep vaker tekorten wat betreft informatie over de zwangerschap ervoeren ten opzichte van vrouwen die standaardzorg ontvingen. Baldwin (2006) vond echter dat vrouwen die deelnamen aan CPr meer kennis over de zwangerschap hadden. Daarnaast beschreven Ickovics et al. (2007) dat vrouwen die deelnamen aan CPr meer kennis hadden van de prenatale zorg dan vrouwen die individuele zorg ontvingen.

Vrouwen uit de CPr groep komen vaker hun afspraken na dan vrouwen die individuele zorg ontvangen (Grady & Bloom, 2004; Trotman et al., 2015). Vrouwen die deelnemen aan CPr hebben gemiddeld 2.0 controles meer dan zwangeren die individuele zorg ontvangen (Rijnders et al., 2016).

Shakespeare et al. (2010) vonden dat CPr niet leidt tot het veranderen van gezondheidsgedrag tijdens de zwangerschap. Verschillende onderzoeken met betrekking tot dit onderwerp blijken echter verschillende resultaten te vinden. Rijnders et al. (2016) vonden dat zwangeren die deelnamen aan CPr vaker aangaven dat wensen met betrekking tot gezondheidsgedrag (beweging, voeding en medicatie) besproken werden. Jafari et al. (2010) vonden dat vrouwen die deelnamen aan prenatale groepszorg vaker vitamines en ijzertabletten namen tijdens de zwangerschap. Uit onderzoek van Trotman et al. (2015) blijkt dat adolescenten die deelnamen aan CPr vaker voldeden aan de richtlijnen van het Institute of Medicine (IOM) voor gewichtstoename tijdens de zwangerschap dan vrouwen die standaardzorg ontvingen. Ook Magriples et al. (2015) beschreven dat prenatale groepszorg een positief effect had op de gewichtstoename van adolescenten tijdens de zwangerschap en het gewichtsverlies het eerste jaar postpartum. Daarentegen blijkt uit onderzoek van Shakespeare et al. (2010) dat zwangeren die deelnamen aan CPr lager scoorden op de gezondheidsgedrag index, wat betekent dat zij minder acties ondernamen om een goede gezondheid te onderhouden, bereiken of herwinnen en ziekte te voorkomen.

Over de tevredenheid van CPr zijn verschillende resultaten gevonden in de geanalyseerde artikelen. Ickovics et al. (2007) en Klima, Norr, Vonderheid en Handler (2009) vonden dat vrouwen die CPr ontvingen meer tevreden waren over de ontvangen zorg. Andere studies (Andersson et al., 2013; Baldwin, 2006; Rijnders et al., 2016) lieten echter zien dat er geen significant verschil is in tevredenheid over de ontvangen zorg tussen vrouwen die deelnamen aan CPr en vrouwen die standaardzorg ontvingen. Vrouwen die individuele zorg ontvingen, geven vaker aan tekorten te ervaren in de toewijding van de verloskundige en het gevoel serieus genomen te worden (Andersson et al., 2013). Vrouwen die groepszorg ontvingen, zijn meer tevreden over het contact met andere ouders waardoor zij zich gesteund voelden.

Postpartum blijken vrouwen uit de CPr groep vaker te starten met borstvoeding dan vrouwen die individuele zorg ontvingen (Andersson et al., 2013; Ickovics et al., 2007; Klima et al., 2009; Rijnders et al., 2016; Trotman et al., 2015). Ook blijken twee maanden postpartum vrouwen uit de CPr groep nog vaker borstvoeding te geven dan vrouwen die individuele zorg ontvingen (Jafari et al., 2010). Daarnaast beginnen adolescenten die deelnemen aan groepszorg vaker binnen twee maanden postpartum met anticonceptie (Jafari et al., 2010) en gebruiken zij vaker langwerkende anticonceptie (Trotman et al., 2015).

## **Preventieve oudertrainingen**

Deze paragraaf gaat over de algemene effecten van preventieve oudertrainingen. Er werden zeventien artikelen gevonden die bruikbaar bleken voor dit onderzoek. Eerst zal een introductie gegeven worden van preventieve oudertraining in het algemeen. Hierna wordt er gekeken naar de algemene effecten van preventieve oudertrainingen. Tot slot zullen de lange termijn effecten van preventieve oudertrainingen worden behandeld. Opvallend in dit onderzoek was het grote aantal gevonden artikelen met onderzoek gericht op risicogroepen. In Tabel 5, weergegeven op de volgende pagina, zijn de resultaten van onderzoeken weergegeven die van belang waren voor de derde deelvraag.

**Tabel 5 Resultaten Preventie Oudertrainingen**

Auteurs	Focus van interventie	Gemeten uitkomsten	Bevindingen
<b>Ardelt &amp; Eccles (2001) (Verenigde Staten)</b>	Effecten van ouderlijke effectiviteitsopvattingen over zichzelf op motiverende ouderstrategieën, de zelfbeheersing van kinderen en de prestaties van kinderen. In dit onderzoek is de afkomst van het gezin en de leefomgeving van het gezin meegenomen in de resultaten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● De ouderlijke effectiviteitsopvattingen van de moeder over zichzelf</li> <li>● Motiverende ouderstrategieën van de moeder</li> <li>● Zelfbeheersing van de kinderen</li> <li>● Prestaties van de kinderen (cognitief)</li> <li>● De sterkte van het huwelijk van de ouders</li> <li>● De educatie van de moeder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Families met een buitenlandse afkomst en donkere huidskleur hebben meer kans om te leven in economisch benadeelde, maatschappelijk geïsoleerde en gevaarlijke wijken en minder kans om te leven in maatschappelijk geïntegreerde en ondersteunende wijken dan blanke families.</li> <li>● Om een blijvend effect van de oudertraining te behouden is het van belang dat ouders positieve veranderingen en/of vooruitgang bij hun kind ervaren. Ouders zullen op deze manier gemotiveerd zijn de bij de oudertraining geleerde kennis te blijven toepassen.</li> <li>● Het gevoel van bekwaamheid bij de ouders heeft invloed op het blijven gebruiken van de kennis geleerd in de oudertraining.</li> <li>● Het gebruik van motiverende ouderstrategieën is van positieve invloed op de prestaties van de kinderen.</li> </ul>
<b>Berrick &amp; Gilbert (2008) (Verenigde Staten)</b>	Een onderzoek naar de opvattingen van maatschappelijk werkers over de moeilijkheden met betrekking tot de deelname van vaders in opvoeding-programma's. (Waar hangt het vanaf of vaders meedoen aan een programma en is deelname belangrijk?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Redenen van wel of geen deelname van vaders aan opvoedprogramma's</li> <li>● Effecten van deelname van de vader aan opvoedprogramma's</li> </ul>	<p>De belangrijkste onderwerpen die van invloed op de deelname vader te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● De kwaliteiten van de programmaleider</li> <li>● Programma-inhoud en</li> <li>● De filosofie van de dienstverlenende organisatie</li> </ul> <p>Deelname van de vader is belangrijk omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vaders een positief effect hebben op zowel de ontwikkeling van het kind als gedrag</li> <li>● De resultaten voor kinderen worden versterkt wanneer beide ouders deelnemen aan opvoedingsprogramma's</li> </ul>



<b>Bornstein (2002)</b> <b>(Australië)</b>	Het ouderschap en de factoren die hier invloed op hebben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ouderkenmerken</li> <li>● Psychologische factoren met betrekking tot het ouderschap</li> <li>● Kind-kenmerken</li> <li>● Gezinsfactoren</li> <li>● Culturele factoren</li> <li>● Sociaaleconomische factoren</li> <li>● Waargenomen sociale steun (van familie, vrienden)</li> <li>● Kwaliteit van leven (QOL)</li> </ul>	<p>De effectieve ouder-kind relatie wordt gekarakteriseerd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● warme en affectieve fysieke en emotionele steun.</li> <li>● gebruik van effectieve controlestrategieën en het steunen van het kind bij het behalen van ontwikkelingstaken</li> </ul>
<b>Chae, Chae, Kandula &amp; Winter (2016)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	Verbeterde sociale steun en kwaliteit van leven met het CPr groepsmodel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Waargenomen sociale steun (van familie, vrienden)</li> <li>● Kwaliteit van leven (QOL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Centering deelnemers scoorden hogere op ‘ervaren sociale steun van vrienden’ na deelname aan de Centering groepszorg (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>● Centering deelnemers hadden hogere scores op ‘verbetering van de kwaliteit van leven’ (QOL) in de psychologische en relationele domeinen (<math>p &lt; 0,05</math>) in vergelijking met de standaard zorg deelnemers.</li> <li>● Standaard zorg deelnemers hadden hogere scores van ‘waargenomen steun van familie’ (<math>p &lt; 0,05</math>), maar lieten niet gelijktijdige verbeteringen in de kwaliteit van leven (QOL) zien.</li> </ul>
<b>Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington &amp; Bornstein (2000)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	Literatuuronderzoek naar de invloed van het ouderschap op kinduitkomsten. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van preventieve oudertrainingen op het ouderschap.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● De effecten van het ouderschap op kinduitkomsten</li> <li>● De effecten van de omgeving op kinduitkomsten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Genetische- en omgevingsfactoren correleren met elkaar.</li> <li>● Wanneer omgevingsfactoren in de loop van de tijd aanzienlijk veranderen, kan het karakter van een persoon mee veranderen.</li> <li>● De grootte van de invloed van het ouderschap op de kinduitkomsten hangt af van het karakter van het kind.</li> <li>● Preventieve oudertrainingen leiden tot veranderingen in het opvoeden bij de deelnemende ouders</li> <li>● Er is sterk bewijs voor het causale effect van het ouderschap op de kinduitkomsten</li> </ul>
<b>Cowan, Cowan, Pruett, Pruett (2007)</b> <b>(Verenigde Staten)</b>	Evaluatie van de uitkomsten van verschillende preventieve oudertrainingen op de vaderbetrokkenheid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vaderbetrokkenheid</li> <li>● De kwaliteit van de relatie van de ouders</li> <li>● Gedragsproblemen bij de kinderen</li> </ul>	<p>Gezinnen waarvan beide ouders deelnamen aan een preventieve oudertraining lieten positieve effecten zien op de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● vaderbetrokkenheid</li> <li>● relatie van de ouders</li> <li>● gedragsproblemen van de kinderen</li> </ul>

<b>Cowan, Cowan, Cohen, Pruett &amp; Pruett (2008)</b> (Verenigde Staten)	Wat is de invloed van de betrokkenheid van de vader bij de opvoeding op het kind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren stress door ouders</li> <li>• Betrokkenheid van vader bij de opvoeding</li> <li>• De invloed hiervan op het kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ervaren stress door de ouders.</li> </ul> <p>Betrokkenheid van vaders bij hun kinderen wordt geassocieerd met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positieve cognitieve resultaten bij de kinderen</li> <li>• positieve sociale resultaten bij de kinderen</li> <li>• positieve emotionele resultaten bij de kinderen</li> </ul> <p>Deze resultaten gelden allen vanaf de geboorte tot de adolescentie.</p>
<b>Cowan, Cowan, Pruett, Pruett &amp; Wong (2009)</b> (Verenigde Staten)	Wat is de invloed van preventieve oudertrainingen op de vaderbetrokkenheid? Heeft deelname nog andere invloeden op het gezin? Dit onderzoek is gehouden onder gezinnen met een minimaal inkomen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrokkenheid van vader bij de opvoeding</li> <li>• De invloed hiervan op het gezin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 maanden na deelname aan een preventieve oudertraining is de vaderbetrokkenheid verhoogd.</li> <li>• Deelname verhoogd de kwaliteit van de relatie tussen de ouders</li> </ul>
<b>Gross, Fogg, Webster-Stratton, Garvey, Julion &amp; Grady (2003)</b> (Verenigde Staten)	Wat is de invloed van een 12 weken durende preventieve (ouder)training. Deze training werd op vier verschillende manieren toegepast aan verschillende groepen. Deze vier manieren hielden in: -Training aan de ouders (PT) -Training aan de leiding van het kinderdagverblijf (TT) -Training aan de ouders én de leiding van het kinderdagverblijf (PT + TT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De effecten van de preventieve (ouder) training op de verschillende groepen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De groepen PT en PT+TT ervaren een hogere zelfbekwaamheid</li> <li>• De groepen PT en PT+TT hanteren minder dwangende discipline gemeld en werden waargenomen om meer positief gedrag te hebben dan C en TT-ouders.</li> <li>• Kinderen in risicogroepen lieten in de experimentele omstandigheden een grotere ontwikkeling zien dan kinderen in de controlegroep.</li> <li>• De meeste effecten waren na een jaar nog steeds te zien</li> <li>• De voordelen waren het grootst wanneer de ouders direct training kregen</li> </ul>

-Een controlegroep zonder training (C)

**Koniak-Griffin, Verzemnieks, Anderson, Brecht, Lesser, Kim & Turner-Pluta (2003) (Verenigde Staten)**

Onderzoek waarin adolescente moeders tot twee jaar na de geboorte van hun kind werden gevolgd. Deze moeders ontvingen tot één jaar na de geboorte preventieve oudertraining. Deze preventieve oudertraining hield in dat er huisbezoeken waren door verpleegsters en de moeders namen deel aan bijeenkomsten waarin informatie werd gegeven over het moederschap. Dit allemaal in vergelijking met een controlegroep waarbij geen interventie werd gehouden.

- De gezondheid van de kinderen
- De effecten van de preventieve oudertraining op de ouderuitkomsten (van de moeder)

Deelname aan de interventie leidde tot:

- het minder voorkomen van verwondingen en ziekenhuisbezoeken bij kinderen
- een lager aantal gevallen van kinderen die oraal giftige stoffen binnen hebben gekregen
- 15% minder vervolgzwangenschappen in de eerste twee jaar na de geboorte
- een significante vermindering van marihuana gebruik gedurende de eerste twee jaar na de zwangerschap

Dit allen ten overstaan van de resultaten verkregen uit de controlegroep.

**Olds, Eckenrode, Henderson, Kitzman, Powers, Cole et al. (1997) (Verenigde Staten)**

Onderzoek naar de (lange termijn)effecten van een preventieve oudertraining op de levensloop van de moeder en op kindermishandeling en verwaarlozing. De training bestond uit prenatale thuisbezoeken en thuisbezoeken tot twee jaar na de geboorte door verpleegkundigen.

- De levensloop van de moeder
- Het aantal arrestaties en aanrakingen met de wet van de moeder
- Kindermishandeling en verwaarlozing

Bij moeders uit de experimentele groep werd:

- significant ( $P < 0,001$ ) minder kindermishandeling en verwaarlozing vastgesteld
- een lager aantal vervolgzwangenschappen vastgesteld, 1,3 tegenover 1,6 ( $P = 0,02$ )
- kinderen vertonen minder risicogedrag vanaf de geboorte tot in de adolescentie

Dit allen ten overstaan van de resultaten verkregen uit de controlegroep.

Dit allemaal in vergelijking met een controlegroep waarbij geen interventie werd gehouden.

**Olds, Henderson, Cole, Eckenrode, Kitzman, Luckey et al. (1998) (Verenigde Staten)**

Lange termijn effecten van verpleegster huisbezoeken tijdens de zwangerschap en/of daarna, op het criminele en antisociale gedrag van het kind.

- Lange termijn effecten van verpleegster huisbezoeken.
- Crimineel en antisociaal gedrag van het kind.

Bevindingen van deze studie over het effect van huisbezoeken van een verpleegster tijdens de zwangerschap en/of daarna;

Huisbezoeken kunnen:

- het gezondheidsgerelateerd gedrag van (toekomstige) moeders verbeteren
- de kwaliteit van de verzorging van moeders voor hun zuigeling verbeteren.
- de (toekomstige) moeders helpen hun eigen levensloop ontwikkeling te verbeteren

**Olds, Kitzman, Cole, Robinson, Sidora, Luckey & Holmberg (2004) (Verenigde Staten)**

Onderzoek naar de (lange termijn)effecten van een preventieve oudertraining. De training bestond uit prenatale thuisbezoeken en thuisbezoeken tot twee jaar na de geboorte door verpleegkundigen. De effecten werden bekeken tot zes jaar na de geboorte. Dit allemaal in vergelijking met een controlegroep waarbij geen interventie werd gehouden.

- Aantal vervolgzwangenschappen
- Het hebben van werk
- Welzijn van de moeder
- Educatieve prestatie moeder
- Gedragsproblemen kind
- Kwaliteit van relatie ouders
- Intellectueel functioneren van het kind

Bij de experimentele groep werd:

-een lager aantal vervolgzwangenschappen vastgesteld  
-een langer durende relatie van de ouders vastgesteld  
-door moeders sensitiever gereageerd op hun kind  
-door moeders een leerrijkere omgeving voor hun kind gecreëerd  
-een hoger niveau van intellectueel functioneren vastgesteld bij de kinderen  
-minder gedragsproblemen vastgesteld bij de kinderen  
Dit allen ten overstaan van de resultaten verkregen uit de controlegroep.

**Olds, Kitzman, Hanks, Cole, Anson, Sidora-Arcoleo & Stevenson**

Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van een preventieve oudertraining. De training bestond uit

- Aantal vervolgzwangenschappen
- Het welzijn van de moeder
- Kwaliteit van relatie ouders

Bij de experimentele groep werd:

- een lager aantal vervolgzwangenschappen vastgesteld
- een langer interval tussen vervolgzwangenschappen vastgesteld

**(2007) (Verenigde Staten)**

prenatale thuisbezoeken en thuisbezoeken tot twee jaar na de geboorte door verpleegkundigen. De effecten werden bekeken tot negen jaar na de geboorte. Dit allemaal in vergelijking met een controlegroep waarbij geen interventie werd gehouden.

- Middelengebruik
- Het aantal arrestaties en aanrakingen met de wet van de moeder
- Intellectueel functioneren van het kind

- een langer durende relatie van de ouders vastgesteld
- door de moeders minder gebruik gemaakt van de bijstand
- een hoger niveau van intellectueel functioneren vastgesteld bij de kinderen
- een vermindering van het aantal gevallen van kindermisbruik twee tot 13 jaar na deelname vastgelegd

Dit allen ten overstaan van de resultaten verkregen uit de controlegroep

**Pruett (2000) (Verenigde Staten)**

Dit artikel is gebaseerd op twintig jaar lang onderzoek naar de rol van de vader in de ontwikkeling van kinderen en volwassenen.

- Manier van 'vaderen'
- Effecten aanwezigheid vader aan opvoeding
- Effecten aanwezigheid vader aan preventieve oudertraining

Deelname van de vader aan de oudertraining en de opvoeding in het algemeen wordt geassocieerd met:

- positieve cognitieve kinduitkomsten
- positieve sociale en emotionele kinduitkomsten
- een beter emotioneel evenwicht bij kinderen
- een sterke leergierigheid bij kinderen
- een zelfstandige houding van de kinderen

**Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor (2000) (Australië)**

Onderzoek naar de effecten van drie verschillende preventieve oudertrainingen gericht op gedrag. Daarnaast was er nog een controlegroep zonder training. Bij twee trainingen was er fysieke begeleiding. Bij de derde training werd van de ouders verwacht dat ze deze zelfstandig zouden doorlopen.

- Opvoedingsvaardigheden van de ouders
- Gedragsproblemen bij de kinderen

De twee trainingen waarbij er fysieke begeleiding was werden geassocieerd met:

- het minder voorkomen van gedragsproblemen bij de kinderen
- het minder voorkomen van disfunctioneel ouderschap
- betere opvoedingsvaardigheden
- een hogere tevredenheid over de deelname aan de training

Deelname aan training over het algemeen werd geassocieerd met:

- een grotere responsiviteit van de ouders naar hun kinderen toe

**Sanders, Bor & Morawska (2007)**  
(Australië)

Follow-up onderzoek na drie jaar van de hiervoor genoemde studie

- Opvoedingsvaardigheden van de ouders
- Gedragsproblemen bij de kinderen

Bevindingen in de hiervoor genoemde studie werden evenredig tot elkaar positief behouden en onderhouden.

---

## **Preventieve oudertrainingen**

Oudertrainingen zijn te definiëren als interventies waarin tenminste één onderdeel activiteiten betreft die bedoeld zijn om het effectief opvoeden te bevorderen. Dit effectief opvoeden bevat een breed scala aan functies waarmee ouders de prestaties van hun kinderen op cultureel en leeftijdsgerelateerde ontwikkelingstaken kunnen bevorderen en probleemgedrag kunnen voorkomen en/of verminderen (Bornstein, 2002). Deze functies bestaan volgens Bornstein (2002) uit:

- Een positieve affectieve relatie met het kind
- Het geven van advies en informatie aan het kind
- Het ondersteunen van gedrag dat positieve adaptatie bevordert
- Het ontmoedigen van gedrag dat positieve adaptatie verhindert.

Het hebben van een effectieve ouder-kind relatie heeft een positieve invloed op de ontwikkeling van het kind. Deze effectieve ouder-kind relatie wordt volgens Bornstein (2002) gekarakteriseerd door warme en affectieve fysieke en emotionele steun, gebruik van effectieve controlestrategieën en het steunen van het kind bij het behalen van ontwikkelingstaken. Om te voorkomen dat er problemen ontstaan tijdens de opvoeding of juist om positieve opvoedingsvaardigheden aan te leren kan door ouders deelgenomen worden aan preventieve oudertrainingen. Collins et al. (2000) geven aan dat uit resultaten van verschillende onderzoeken is gebleken dat preventieve oudertrainingen leiden tot veranderingen in het opvoeden bij de deelnemende ouders. Deze veranderingen in ouderschap worden weer geassocieerd met veranderingen in kinduitkomsten. Hierdoor is er sterk bewijs voor het causale effect van het ouderschap op de kinduitkomsten (Collins et al., 2000). Gekeken naar gezondheids-, sociale en omgevingsproblemen kan deelname van ouders aan een preventieve oudertraining helpen bij het geven van een goede start aan de kinderen. Deze goede start legt volgens Olds et al. (1998) een basis voor de ontwikkeling naar een gezond en productief individueel. In sommige gevallen lijken de positieve opvoedvaardigheden, geleerd tijdens de training, de negatieve invloed van risicofactoren te neutraliseren (Olds et al., 1998).

Uit onderzoek van *Berrick en Gilbert (2008)* is gebleken dat de effecten van de training voor kinderen worden versterkt wanneer beide ouders deelnemen aan de oudertraining. Deelname van de vader aan de oudertraining en de opvoeding in het algemeen wordt geassocieerd met positieve cognitieve, sociale en emotionele uitkomsten voor kinderen (Cowan, Cowan, Cohen, Pruett en Pruett, 2008; Pruett, 2000).

### **Effecten preventieve oudertrainingen**

Er zijn vijftien onderzoeken gevonden over de (lange termijn) effecten van preventieve oudertrainingen. In deze onderzoeken komen effecten naar voren verkregen op ouderuitkomsten, opvoedingsvaardigheden van de ouders en kinduitkomsten. Hieronder worden de algemene effecten beschreven van preventieve oudertrainingen uit de gevonden onderzoeken.

### **Ouderuitkomsten**

Uit onderzoek van Sanders et al. (2000) komt als effect van deelname aan preventieve oudertrainingen naar voren dat het een bevorderende werking heeft op de responsiviteit van de ouders naar hun kinderen toe. Daarnaast geeft het de ouders een verhoogd gevoel van hun bekwaamheid als ouder. Gross et al. (2003) noemen in hun onderzoek een verhoogde oudertevredenheid en een verhoogde waargenomen affectie met het kind. Cowan, Cowan, Pruett en Pruett (2007) geven aan dat deelname leidt tot een afname van stress ervaren door de ouders. Ook laat het verminderingen zien in conflicten tussen ouders en het voorkomen van huiselijk geweld. Tot slot laten Olds et al. (1998) zien dat deelname het gedrag omtrent de gezondheid van (toekomstige) moeders verbetert, de kwaliteit van de verzorging van moeders voor hun zuigeling verbetert en helpt de (toekomstige) moeders hun eigen levensloop ontwikkeling te verbeteren.

### **Opvoedingsvaardigheden**

Gross et al. (2003) geven aan dat preventieve oudertraining kan leiden tot vermindering van dwingende en lichamelijke opvoedingsvaardigheden van de ouder en daarnaast een verhoging van effectieve opvoedingsvaardigheden laat zien. Onder deze effectieve opvoedingsvaardigheden wordt verstaan het consequent hanteren van regels, het redelijk



hanteren van deze regels en een sensitieve houding naar het kind toe. Deze sensitieve houding wordt met daarnaast een positieve moeder-kind interactie in onderzoek van Olds, Henderson en Kitzman (1994) ook benoemd als gevolg van deelname aan preventieve oudertraining. Tot slot helpt deelname aan een preventieve oudertraining moeders een leerrijkere omgeving voor hun kind te creëren dan moeders die niet deelnemen Olds et al. (2004).

### **Kinduitkomsten**

Gekeken naar de effecten van preventieve oudertrainingen op kinduitkomsten geven Gross et al. (2003) aan dat deelname zorgt voor het minder voorkomen van gedragsproblemen bij kinderen. Uit onderzoek van Olds et al. (1997) komt naar voren dat kinderen minder risicogedrag vertonen vanaf de geboorte tot in de adolescentie bij deelname van de ouders. Andere effecten gevonden door Koniak-Griffin et al. (2003) zijn het minder voorkomen van verwondingen bij kinderen en een lager aantal gevallen van kinderen die oraal giftige stoffen binnen hebben gekregen, vergeleken met kinderen uit de controlegroep waarbij geen interventie werd geboden.

### **Lange termijn effecten**

Uit onderzoek van Cowan, Cowan, Pruett, Pruett en Wong (2009) gehouden onder participanten met een minimum inkomen blijkt dat 18 maanden na deelname aan een preventieve oudertraining de vaderbetrokkenheid is verhoogd. Olds et al. (2004) geven aan dat twee jaar na deelname moeders meer sensitiviteit naar hun kinderen laten blijken dan moeders die niet deel hebben genomen. Ook wordt in dit onderzoek vermeldt dat de kinderen uit de interventiegroep zich op een hoger niveau van executief functioneren bevinden, betere taalvaardigheden en betere sociale competenties beheersen. Onderzoek van Sanders, Bor en Marowska et al. (2007) laat een verhoogd gevoel van bekwaamheid bij de ouders zien en een verhoogde waargenomen affectie met het kind. Ook kan deelname het aantal gevallen van kindermisbruik twee tot 13 jaar na deelname verlagen (Olds, Kitzman, et al., 2007). Daarnaast kan deelname lange termijn effecten hebben op factoren die indirect van invloed zijn op het ouderschap, waaronder minder vervolgschwangerschappen bij de moeder, een hogere arbeidsparticipatie van de moeder, minder aanraking met de wet door de moeder en langere relaties tussen de ouders.

Om een blijvend effect van de oudertraining te behouden is het van belang dat ouders positieve veranderingen en/of vooruitgang bij hun kind ervaren. Ouders zullen op deze manier gemotiveerd zijn de bij de oudertraining geleerde kennis te blijven toepassen. Daarnaast heeft het gevoel van bekwaamheid bij de ouders invloed op het blijven gebruiken van de kennis geleerd in de oudertraining en daarmee op verbeteringen bij de kinduitkomsten (Ardelt & Eccles, 2001).

### **Vergelijking tussen CPa, CPr en preventieve oudertrainingen**

De hoofdvraag luidt: In hoeverre komen de elementen van CPa overeen met de werkzame elementen uit CPr en andere preventieve oudertrainingen?

Als de vergelijking tussen CPa en CPr wordt gemaakt, valt op dat een aantal elementen overeenkomen. Zo zijn CPa en CPr beiden interventies waarbij het traditionele individuele model van zorg vervangen wordt door een groepsmodel. Hierdoor wordt vrouwen de mogelijkheid gegeven om steun te zoeken bij vrouwen die in een soortgelijke levensfase zitten. De gezondheidsbeoordeling vindt bij zowel CPa als CPr plaats in de groepsruimte, daarnaast worden zwangeren/moeders actief betrokken bij de gezondheidsbeoordeling en kunnen ze hier zelf invloed op uitoefenen en meedenken. De vrouwen luisteren niet alleen naar de zorgverleners maar leveren zelf de meeste input, waardoor ze worden uitgedaagd om na te denken en kennis te vergaren over belangrijke onderwerpen. Beide modellen bestaan uit ongeveer evenveel bijeenkomsten (gemiddeld negen bij CPa en tien bij CPr), waardoor vrouwen bij beide interventies een gelijke kans krijgen om een band op te bouwen. De positieve resultaten met betrekking tot de effecten van CPr en de overeenkomsten tussen beide interventies bieden een gunstig perspectief voor de effecten van CPa.

CPa en preventieve oudertrainingen hebben inhoudelijk een aantal overeenkomsten. CPa richt zich, net als preventieve oudertrainingen, op de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s). Daarnaast is CPa preventief van aard, wat overeenkomt met preventieve oudertrainingen. Uit de resultaten blijken preventieve oudertrainingen een gunstige werking te hebben op de opvoedingsvaardigheden, ook op lange termijn. De meerwaarde van CPa boven bestaande preventieve oudertrainingen zou gezocht kunnen worden in het uitgebreide aantal onderwerpen dat aan bod komt tijdens de bijeenkomsten. Door het behandelen van meer algemene onderwerpen omtrent de moeder en haar leven kan er indirect een positieve bijdrage

worden geleverd aan de opvoeding van haar kind. Daarnaast wordt CPa gegeven in een groepssetting. Door middel van deze groepssetting kunnen ervaringen uitgewisseld worden en kan er van elkaar geleerd worden. Ook kunnen de moeders sociale steun aan elkaar ervaren, wat kan bijdragen aan een gevoel van welbevinden. Resultaten verkregen uit onderzoek naar de algemene effecten van preventieve oudertrainingen bieden een gunstig perspectief voor de werkzaamheid van CPa, gezien de positieve uitkomsten van preventieve oudertrainingen.

### **Invloed Sociaal Economische Status binnen CPa**

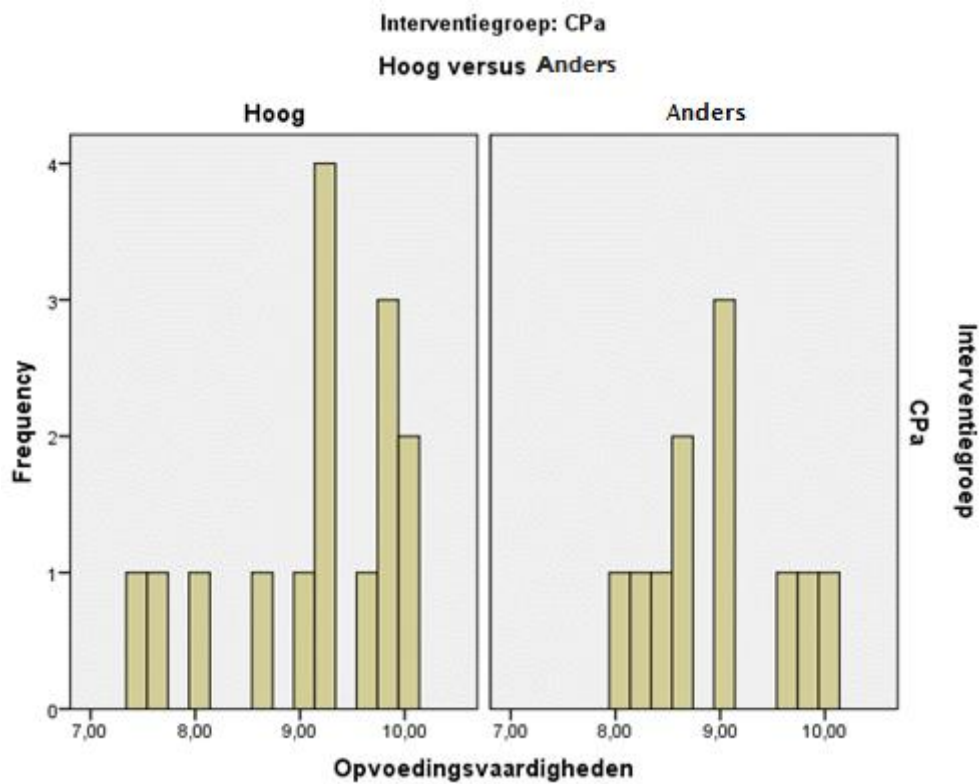
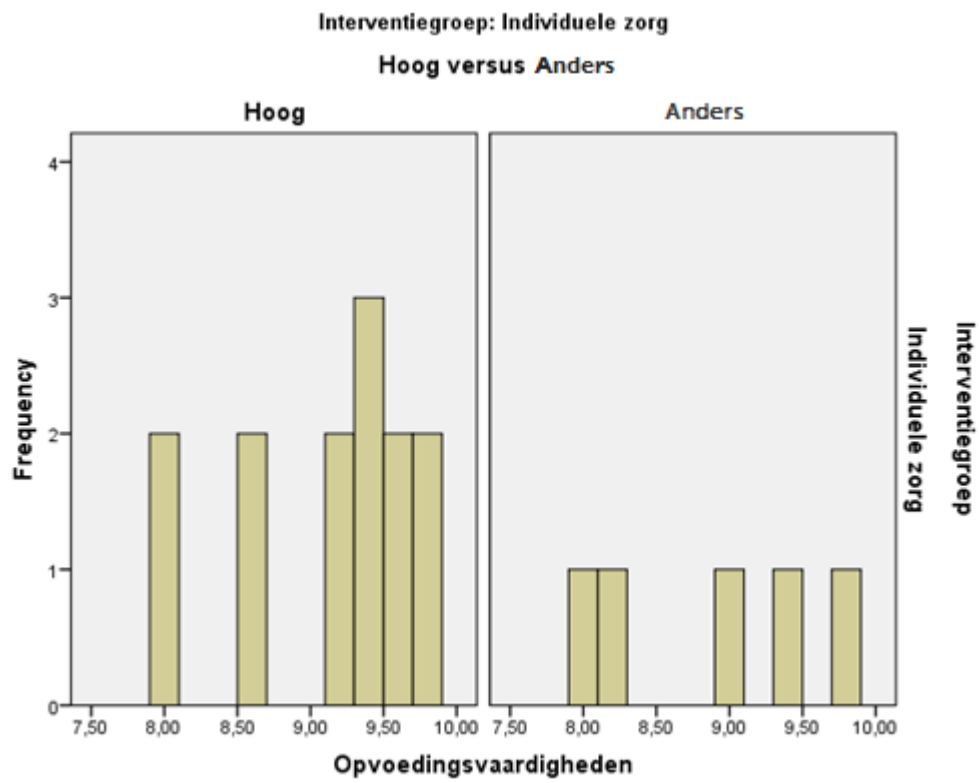
In deze paragraaf worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven. In bijlage 1 staan de vragen weergegeven waarvan, op basis van de antwoorden gegeven door moeders, de totaalscores op de domeinen ‘Sociale steun’ en ‘Opvoedingsvaardigheden’ zijn berekend. In Tabel 6 staan de gegevens uit het rapport van TNO.

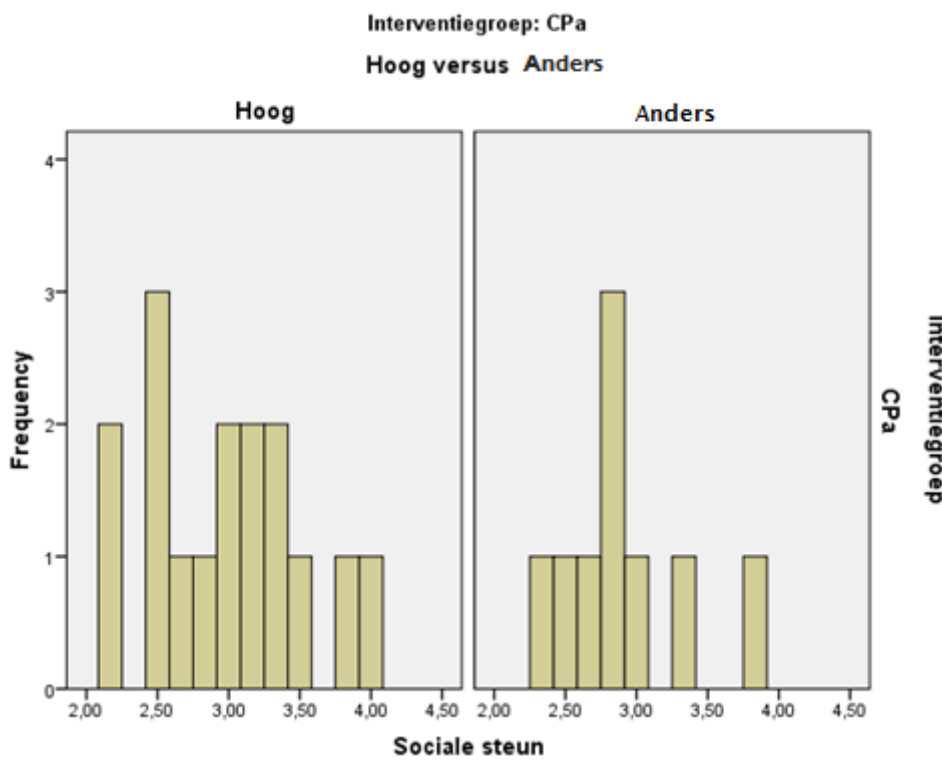
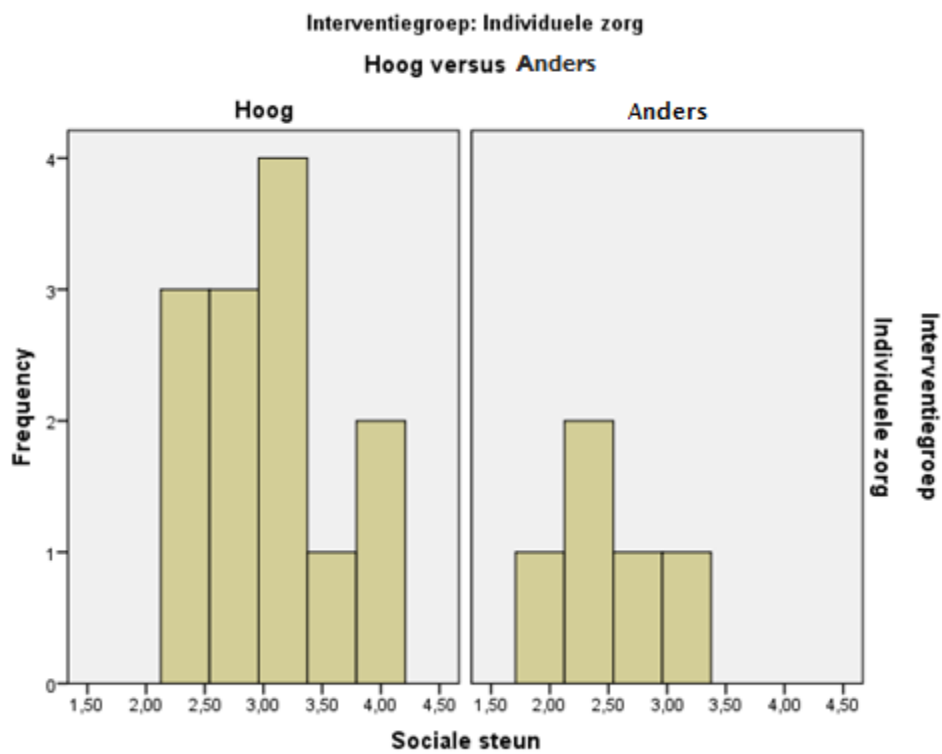
**Tabel 6** *Gegevens Interventiegroep en controlegroep*

Score nameting (leeftijd kind +/- 1 jaar)	Individuele zorg Gemiddelde (SD)	CPa Gemiddelde (SD)	OR/B (95% BI)
Totaalscore ervaren sociale steun (hogere score = meer sociale steun)	2.80 (0.60)	3.00 (0.50)	0.12 (-0.24-0.47)
Opvoedingsvaardigheden (hogere score = meer opvoedingsvaardigheden)	9.10 (0.70)	9.10 (0.70)	-0.12 (-0.58-0.34)

Vlasblom, E., Sleuwen, B.E. van, Beltman, M. & Rijnders, M.E.B. (2016)

Op de volgende pagina worden histogrammen weergegeven die de resultaten presenteren met betrekking tot de interventiegroep en de controlegroep. Daarbij is het verschil te zien in scores op ‘Sociale steun’ en ‘Opvoedingsvaardigheden’ tussen de groep ‘hoge SES’ en de groep ‘SES anders’ voor zowel de CPa groep als de groep die individuele zorg ontving.





In Tabel 7 staan de uitkomsten van de t-toets die is uitgevoerd voor de gehele onderzoeksgroep. Hieruit blijkt dat er geen significant verschil is tussen mensen met een hoge en lagere SES (SES anders) wat betreft de opvoedingsvaardigheden en de sociale steun ( $\alpha > 0.05$ ).

**Tabel 7** T-toets gehele onderzoeksgroep

	SES	Gemiddelde (SD)	Sig. (2-tailed)
Score	Hoog (n=28)	9.13 (0.72)	0.38
Opvoedingsvaardigheden	Anders (n=16)	8.93 (0.65)	
Score Sociale Steun	Hoog (n=29)	2.68 (0.54)	0.18
	Anders (n=14)	2.74 (0.48)	

In Tabel 8 staan de uitkomsten van de t-toetsen die zijn uitgevoerd bij zowel de interventiegroep als de controlegroep. Gekeken naar de significantieniveaus van de t-toetsen blijkt dat geen enkele vergelijking significant is ( $\alpha > 0.05$ ). Dit betekent dat er geen significant verschil is binnen zowel de CPa als de controlegroep tussen mensen met een hoge SES en mensen met een andere SES wat betreft de domeinen opvoedingsvaardigheden en sociale steun.

**Tabel 8** T-toets CPa groep en controlegroep

		SES	Gemiddelde (SD)	Sig (2-tailed)
CPa groep	Score	Hoog (n=15)	9.12 (0.82)	0.58
	Opvoedingsvaardigheden	Anders (n=11)	8.96 (0.64)	
	Score Sociale Steun	Hoog (n=16)	3.00 (0.54)	0.68
		Anders (n=9)	2.91 (0.44)	
Controlegroep	Score	Hoog (n=13)	9.14 (0.63)	0.47
	Opvoedingsvaardigheden	Anders (n=5)	8.88 (0.76)	
	Score Sociale Steun	Hoog (n=13)	2.94 (0.56)	0.09
		Anders (n=5)	2.43 (0.44)	

## Discussie

In dit onderzoek zijn de elementen en effecten van CenteringParenting, CenteringPregnancy en preventieve oudertrainingen beschreven. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: ‘In hoeverre komen de elementen van CPa overeen met de werkzame elementen uit CPr en andere preventieve oudertrainingen?’. Deze hoofdvraag is door middel van vier deelvragen (kwalitatief en kwantitatief) beantwoord. Eerst worden de antwoorden op de deelvragen kort besproken, waarna het antwoord op de hoofdvraag gegeven wordt.

Uit onderzoek naar de effecten en het uitvoeren van CPa komen verschillende resultaten naar voren. Zorgverleners moeten aandacht hebben voor het indelen en vormgeven van het individuele moment van zorg tijdens CPa, dit moet zo worden vormgegeven dat moeders/ouders het als intiem en privé ervaren. Daarnaast worden moeders minder afhankelijk van zorgverleners en zorgverleners krijgen een andere rol. Het hogere aantal contacturen dat vrouwen ontvangen met CPa zorgt er volgens zorgverleners voor dat zij moeders meer tegemoet kunnen komen en meer vraaggericht kunnen werken.

Er is nog geen eenduidig antwoord op de vraag of moeders zekerder worden over hun opvoedingsvaardigheden, twee onderzoeken presenteren tegenstrijdige resultaten. Moeders voelen zich gerespecteerd tijdens CPa, er wordt goed naar hen geluisterd en ze worden aangemoedigd om nieuwe informatie te leren. Daarnaast is er ook geen eenduidigheid over de mate van het al dan niet geven van borstvoeding, twee onderzoeken geven twee tegenstrijdige resultaten weer. CPa zorgt voor een hogere vaccinatiegraad gedurende het eerste levensjaar van de baby. Moeders vinden het prettig ervaringen te kunnen delen met andere moeders. De meeste moeders geven aan genoeg informatie te ontvangen over de gezondheid en het gezond opgroeien en het vergroot het sociale netwerk. CPa kan het contact met de verpleegkundige/jeugdarts verbeteren en het kan het vertrouwen vergroten.

Er zijn een aantal nadelen genoemd door moeders wat betreft CPa: het kost veel tijd, het vindt (soms) plaats op onhandige tijdstippen, de herhaling voor moeders die al meerdere kinderen hebben of moeders die ervaring hebben in de zorg.

Literatuuronderzoek naar de effecten van CenteringPregnancy liet zien dat er een aantal essentiële elementen zijn voor effectieve prenatale groepszorg. De belangrijkste elementen die CPr onderscheiden van individuele zorg zijn de gezondheidsbeoordeling die plaatsvindt in de groepsruimte, het actief betrekken van zwangeren bij hun eigen zorg en de faciliterende leiderschapsstijl die ingezet wordt (Rising et al., 2004). Wat betreft de effecten van CPr blijken er diverse resultaten voort te komen uit verschillende onderzoeken. CPr blijkt bij te dragen aan een lagere incidentie van premature geboortes (o.a. Ickovics et al., 2007; Picklesimer et al., 2012). Uit vier onderzoeken blijkt dat CPr bijdraagt aan een lagere incidentie van laag geboortegewicht (o.a. Grady & Bloom, 2004) ten opzichte van één artikel

dat geen significant verschil aantoonde in aantal kinderen met een laag geboortegewicht tussen CPr en traditionele zorg (Picklesimer et al., 2012). Overige aspecten die gunstige resultaten geven voor de CPr groep zijn de voorbereiding op de bevalling, het nakomen van afspraken, het gevoel serieus genomen te worden en het starten met en volhouden van borstvoeding en anticonceptie (o.a. Andersson et al., 2013; Trotman et al., 2015). Er is echter geen eenduidig antwoord te vinden op de vragen of CPr bijdraagt aan betere informatie over de zwangerschap, beter gezondheidsgedrag tijdens de zwangerschap en betere tevredenheid van zwangeren (o.a. Shakespear et al., 2010; Rijnders et al., 2016). Over het algemeen lijkt CPr veel voordelen te hebben ten opzichte van individuele prenatale zorg.

Uit onderzoek naar de algemene effecten van preventieve oudertrainingen komt naar voren dat het een positieve invloed lijkt te hebben op zowel de ouders als het kind. Ook na afloop van de training blijven er effecten zichtbaar. In literatuuronderzoek naar de algemene effecten van preventieve oudertrainingen komen er drie soorten effecten naar voren, deze betreffen effecten op ouderuitkomsten, effecten op opvoedvaardigheden en effecten op kinduitkomsten. Ouders vertonen een verhoogde responsiviteit naar hun kind toe en ervaren een hogere affectiviteit jegens hun kind bij deelname (o.a. Gross et al., 2003; Sanders et al., 2000). Daarnaast leidt deelname tot een afname van stress ervaren door de ouders en een verminderd aantal conflicten tussen ouders. Ook wordt er door de moeder meer gezond gedrag vertoond. Lichamelijke straffen en dwingende opvoedingsvaardigheden worden verminderd dankzij deelname. Bovendien leiden preventieve oudertrainingen tot een verhoogd gebruik van effectieve opvoedingsvaardigheden en een verbeterde kwaliteit van verzorging van moeders voor hun zuigeling (o.a. Olds et al., 1998; Gross et al., 2003). CPa richt zich, net als genoemde preventieve oudertrainingen, ook op het bevorderen van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Kinderen van ouders die hebben deelgenomen aan preventieve oudertrainingen vertonen minder gedragsproblemen dan kinderen van ouders uit een controlegroep zonder preventieve oudertraining. Daarnaast wordt er minder risicogedrag vertoond en lopen kinderen minder verwondingen op. Op lange termijn resulteert deelname in een verhoogde sensitiviteit van de moeder richting haar kind.



CPa en CPr zijn beiden interventies waarbij het traditionele individuele model van zorg vervangen wordt door een groepsmodel. Hierdoor wordt vrouwen de mogelijkheid gegeven om steun te zoeken bij vrouwen die in een soortgelijke levensfase zitten. De gezondheidsbeoordeling vindt bij zowel CPa als CPr plaats in de groepsruimte, daarnaast worden zwangeren/moeders actief betrokken bij de gezondheidsbeoordeling en kunnen ze hier zelf invloed op uitoefenen en meedenken. CPa en CPr komen op veel vlakken met elkaar overeen, wat lijkt te leiden tot positieve effecten op onder andere het gebied van verkregen informatie en het delen van ervaringen.

Gekeken naar de inhoud van preventieve oudertrainingen en CPa zijn er veel overeenkomsten. CPa richt zich, net als preventieve oudertrainingen, op de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s). Gekeken naar de resultaten blijken preventieve oudertrainingen een gunstig effect te hebben op de opvoedingsvaardigheden, ook op lange termijn. De meerwaarde van CPa boven bestaande preventieve oudertrainingen zou gezocht kunnen worden in het uitgebreide aantal onderwerpen dat aan bod komt tijdens de bijeenkomsten. Daarnaast wordt CPa gegeven in een groepssetting. Door middel van deze groepssetting kunnen ervaringen uitgewisseld worden en kan er van elkaar geleerd worden. Ook kunnen de moeders sociale steun aan elkaar ervaren, wat kan bijdragen aan een gevoel van welbevinden.

Het kwantitatieve onderzoek richtte zich op de vraag: 'Heeft een hoge SES van de moeder invloed op het ervaren van sociale steun en opvoedingsvaardigheden en is er een verschil hierin tussen de CPa groep en de groep die individuele zorg ontvangt?' De resultaten verkregen uit dit kwantitatieve onderzoek lieten geen significant verschil zien. Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen er daarom geen uitspraken worden gedaan over het verband tussen het hebben van een 'hoge of 'andere' sociaal economische status en het ervaren van sociale steun en de opvoedingsvaardigheden.

Bij het onderzoek naar CPa werd duidelijk dat hier weinig literatuur over te vinden is. Dit maakt het lastig om een uitspraak te doen over de effectiviteit hiervan. De onderzoeken die uitgevoerd zijn naar CPa zijn pilots, dit geeft informatie, maar nog op te kleine schaal. Het is

nog (te) weinig onderzocht. Alhoewel de uitkomsten uit de beschikbare literatuur overwegend positief zijn, is er nog onvoldoende onderzoek gedaan om te kunnen zeggen dat CPa beter werkt dan individuele zorg.

Bij het literatuuronderzoek naar CPr viel op dat er veel Amerikaanse onderzoeken zijn en veel onderzoeken die gericht zijn op adolescenten. Hierdoor is lastig te bepalen in hoeverre de gevonden effecten van toepassing zijn op de gehele Nederlandse populatie. Daarnaast verschilt de manier van al dan niet toewijzen aan de interventiegroep per onderzoek: in een deel van de onderzoeken mochten zwangeren zelf kiezen of ze in de interventie- of controlegroep wilden, terwijl de deelnemers in andere onderzoeken random toegewezen werden aan een groep. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben doordat bepaalde kenmerken ervoor gezorgd kunnen hebben dat vrouwen voor een bepaalde groep hebben gekozen. Deze kenmerken kunnen dan als confounders de resultaten beïnvloeden. Wanneer deelnemers niet random worden toegewezen kan dit effect hebben op het kunnen trekken van conclusies over het effect van de interventie, in dit geval CPr. Er kan een conclusie getrokken worden, maar het beperkt de generaliseerbaarheid van de conclusie (Statistic Solutions, 2017). Het mogelijke effect van deze manier van toewijzen is in de onderzoeken zoveel mogelijk beperkt door de confounders op te sporen en hiervoor te corrigeren.

Wat opviel gekeken naar de onderzoeken omtrent preventieve oudertrainingen is de doelgroep. Deze bestaat voor een groot deel uit deelnemers afkomstig uit risicogroepen. Generaliseerbaarheid van de effecten naar de gehele Nederlandse populatie kan hierdoor belemmerd worden. Voor het vinden van resultaten voor de deelvraag over preventieve oudertrainingen is als zoekterm ‘infant’ gebruikt. Deze term staat voor kinderen van nul tot twee jaar. Gekeken naar de leeftijd van kinderen die deelnemen aan CPa, nul tot één jaar, wijkt deze af. Toch is er voor gekozen om onderzoek gericht op kinderen van nul tot twee jaar mee te nemen in dit onderzoek. Hier is voor gekozen omdat veel onderzoeken gebaseerd zijn op interventies gericht op de gehele peuterleeftijd, wat het lastig maakte om alleen onderzoek te vinden betreft kinderen in de leeftijd van nul tot één jaar.

De resultaten van het kwantitatieve onderzoek zijn verkregen door gegevens van een kleine onderzoeksgroep. Een kleine onderzoeksgroep heeft effect op de representativiteit en de generaliseerbaarheid van de resultaten (Tilburg University, 2017).

De ingevulde vragenlijsten waarvan de data gebruikt is voor dit onderzoek, zijn niet allemaal op het correcte moment ingevuld. Sommige ouders hebben vragenlijsten bijvoorbeeld twee maanden later ingevuld dan de bedoeling was. Alle vragenlijsten zijn door de TNO ingevoerd in het bestand en ook meegenomen in dit onderzoek. Het op een onjuist moment invullen van vragenlijsten kan een bedreiging vormen voor de validiteit van het onderzoek. Er wordt niet exact gemeten wat beoogt wordt te meten (Tilburg University, 2017).

In dit onderzoek is gekeken of ‘hoge SES’ en ‘andere SES’ (laag, middellaag en middelhoog) significant verschillen in ervaren sociale steun en opvoedingsvaardigheden. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om onderscheid te maken tussen ‘hoge SES’ en ‘lage SES’, zodat ook kan worden gekeken naar de invloed van lage SES op het ervaren sociale steun en opvoedingsvaardigheden. SES is door TNO bepaald aan de hand van opleidingsniveau. Een aanbeveling is om in vervolgonderzoek de SES te berekenen op basis van meerdere variabelen, zodat de SES nauwkeuriger bepaald kan worden.

We hopen dat dit onderzoek heeft bijgedragen aan het verkrijgen van een beter inzicht in de mogelijke effecten van CPa. Uit dit onderzoek blijkt dat CPa veel elementen bevat die gunstig lijken voor een positieve uitkomst, maar meer onderzoek is noodzakelijk om de effecten van CPa te bevestigen.

## Referentielijst

- Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2013). Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care – a clinical trial. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 113-120. doi: 10.1016/j.srhc.2013.08.002
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family issues*, 22(8), 944-972.
- Baldwin (2006). Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51, 266-272. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.11.011
- Berrick, J. D., & Gilbert, N. (2008). *Raising children: emerging needs, modern risks, and social responses*. Oxford, Engeland: Oxford University Press.
- Bloomfield, J. & Rising, S. (2013). CenteringParenting: An innovative dyad model for group mother-infant care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, 683-689. doi: 10.1111/jmwh.12132
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Cohen, N., Pruett, M. K., & Pruett, K. (2008). Supporting fathers' engagement with their kids. In J. D. Berrick & N. Gilbert (Eds.), *Raising children: Emerging needs, modern risks, and social responses* (pp. 44-80). Oxford, Engeland: Oxford University Press.
- Centering Healthcare Institute (z.d.). *CenteringPregnancy*. Geraadpleegd op 13 mei 2017, van <https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy>
- Chae, S. Y., Chae, M. H., Kandula, S., & Winter, R. O. (2016). Promoting improved social support and quality of life with the CenteringPregnancy® group model of prenatal care. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 1-12. doi: 10.1007/s00737-016-0698-1

Champagne, F. A. (2008). Epigenetic Mechanisms and the Transgenerational Effects of Maternal Care. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29, 386–397. doi: 10.1016/j.yfrne.2008.03.003

CHI, TNO, KNOV (2014a). Centering Parenting: Mijn Ouderboek.

CHI, TNO, KNOV (2014b). Centering Parenting: Implementatiegids.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American psychologist*, 55, 218. doi: 10.1037/0003-066X.55.2.218

Cowan, P. A., Cowan, C. P., Cohen, N., Pruett, M. K., & Pruett, K. (2008). Supporting fathers' engagement with their kids. In J. D. Berrick & N. Gilbert (Eds.), *Raising children: Emerging needs, modern risks, and social responses* (pp. 44-80). Oxford, Engeland: Oxford University Press.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Pruett, M.K., Pruett, K. (2007). An approach to preventing coparenting conflict and divorce in low-income families: strengthening couple relationships and fostering fathers' involvement. *Family process*, 46(1), 109-121.

Cowan, P. A., Cowan, C. P., Pruett, M. K., Pruett, K., & Wong, J. J. (2009). Promoting fathers' engagement with children: preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 71(3), 663-679.

Decesare, J.Z. & Jackson, J.R. (2015). Centering Pregnancy: practical tips for your practice. *Archives of Gynaecology and Obstetrics*, 291(3), 499-507.

Dienst Gezondheid & Jeugd zhz (2017). *Sociale steun*. Geraadpleegd op 5 juni 2017, van <https://www.dienstgezondheidjeugd.nl/onderzoekencijfers/thema-s/mentale-weerbaarheid-kennisbank/sociale-steun3/definitie-sociale-steun>

GGD (2017). *Over GGD Groningen*. Geraadpleegd op 10 april 2017, van <https://ggd.groningen.nl/over-ggd-groningen>

Glynn, L., & Dale, M. (2016). Engaging dads: Enhancing support for fathers through parenting programmes. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 27, 59-72. doi: <http://dx.doi.org/10.11157/anzswj-vol27iss1-2id17>

Gortmaker, S.L. (1979). The effects of prenatal care upon the health of the newborn. *American Journal of Public Health*, 69(7), 653-660.

Grady, M.A. & Bloom, K.A. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 412-420. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.05.009

Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 261.

Ickovics, J.R., Earnshaw, V., Lewis, J.B., Kershaw, T.S., Magriples, U., Stasko, E., ... Tobin, J.N. (2015). Cluster randomized controlled trial of group prenatal care: perinatal outcomes among adolescents in New York City health centers. *American Journal of Public Health*, 106, 359-365. doi: 10.2105/AJPH.2015.302960

Ickovics, J.R., Kershaw, T.S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H. & Rising, S.S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized

controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 110, 330-339. doi:  
10.1097/01.AOG.0000275284.24298.23

Ickovics, J.R., Kershaw, T.S., Westdahl, C., Rising, S.S., Reynolds, H. & Margriples, U. (2003). Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study at public clinics. *Obstetrics & Gynecology*, 102, 1051-1057. doi:  
10.1016/S0029-7844(03)00765-8

Jafari, F., Eftekhar, H., Fotouhi, A., Mohammad, K. & Hantoushzadeh, S. (2010). Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran. *Health Care for Women International*, 31, 571-584. doi: 10.1080/07399331003646323

Johnston, J.C., McNeil, D, Van der Lee, G., MacLeod, C., Uyanwune, Y. en Hill, K. (2016). Piloting CenteringParenting in two Alberta public health well-child clinics. *Public Health Nursing*. 34, 229-237. doi: 10.1111/phn.12287

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S. & Handler, A. (2009). Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 27-34. doi: 10.1061/j.jmwh.2008.05.008

Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I. L., Anderson, N. L., Brecht, M. L., Lesser, J., Kim, S., & Turner-Pluta, C. (2003). Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing research*, 52(2), 127-136.

Lindsay, B. (2007). *CenteringPregnancy and CenteringParenting group care: Relationship-centered healthcare that improves outcomes*. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van <https://www.changemakers.com/disruptive/entries/centeringpregnancy-and-centeringparenting-group-care>

- Magriples, U., Boynton, M.H., Kershaw, T.S., Lewis, J., Rising, S.S., Tobin, J.N. & Ickovics, J.R. (2015). The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 213, 688e1-e9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.066
- Mittal, P. (2011). Centering Parenting: Pilot implementation of a group model for teaching family medicine residents well-child care. *The Permanente Journal*, 15(4), 40–4.
- NJI (2017). *Stappenplan Gemeenten*. Geraadpleegd op 10 april 2017, van <http://www.nji.nl/?gclid=CP-sjqLOI9MCFQ4o0wodPmoF1A>
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 27(8), 637–643.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D.W. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *Journal of the American Medical Association*, 28(0), 1238–1244.
- Olds, D., Henderson, C., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., & Tatelbaum, R. (1998). The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*, 26(1), 5-21.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., ... & Stevenson, A. J. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9



follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120, e832-e845. doi: 0.1542/peds.2006-2111

Picklesimer, A.H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D. & Covington-Kolb, S. (2012). The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205, 415. doi: 10.1016/j.ajog.2012.01.040

Prins, M., Rosmalen, J. van, Scherjon, S. & Smit, Y. (2014). *Praktische verloskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Pruett, K. D. (2000). *Fatherneed: Why father care is as essential as mother care for your child*. New York: Free Press.

Rijnders, M.E.B., Detmar, S.B. & Herschderfer, K.C. (2016). *Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015*. Leiden: TNO.

Rising, S.S., Kennedy, H.P. & Klima, C.S (2004). Redesigning prenatal care through CenteringPregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 398-404. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.04.018

Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed triple p-positive parenting program. *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple p-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 624.

Shakespeare, K., Waite, P.J. & Gast, J. (2010). A comparison of health behaviors of women in Centering Pregnancy and traditional prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 202-208. doi: 10.1007/s10995-009-0448-3

Statistic Solutions (2017). *Difference between random selection and random assignment*. Geraadpleegd op 14 juni 2017 van <http://www.statisticssolutions.com/difference-between-random-selection-and-random-assignment/>

Tilburg University (2017). *Betrouwbaarheid en validiteit*. Geraadpleegd op 7 april 2017 van <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/betrouwba.htm>

Trotman, G., Chhatre, G., Darolia, R., Tefera, E., Damle, L. & Gomez-Lobo, V. (2015). The effect of Centering Pregnancy versus traditional prenatal care models on improved adolescent health behaviors in the perinatal period. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 28, 395-401. doi: 10.1016/j.jpag.2014.12.003

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2012). *Child Maltreatment 2011*. Geraadpleegd op 12 april 2017, van <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>

Vlasblom, E., Sleuwen, B.E. van, Beltman, M. & Rijnders, M.E.B. (2016). *Evaluatie van Centering Parenting in Nederland*. Rapportnummer: CH 20162 R11063. Leiden: Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO).

Zorginstituut Nederland (z.d.). *Verloskundige zorg (Zvw)*. Geraadpleegd op 1 mei 2017, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verloskundige-zorg-zvw>

# Bijlagen

## Bijlage 1 Vragen sociale steun en opvoedingsvaardigheden

E Sociale steun					
Gebeurt het weleens dat men.....	<input type="checkbox"/>	Zelden of nooit	Af en toe	Regelmatig	Erg vaak
1. ...u nodigt voor een feestje of etentje?		•	•	•	•
2. ...gezellig bij u op bezoek komt?		•	•	•	•
3. ...genegenheid voor u toont?		•	•	•	•
4. ...u troost?		•	•	•	•
5. ...u complimenten geeft?		•	•	•	•
6. ...interesse voor u toont?		•	•	•	•
7. ...u hulp biedt in bijzondere gevallen zoals bij ziekte en verhuizing?		•	•	•	•
8. ...u geruststelt?		•	•	•	•
<hr/>					
9. ...u goede raad geeft?		•	•	•	•
10. ...u in vertrouwen neemt?		•	•	•	•
11. ...u om hulp of advies vraagt?		•	•	•	•
12. ...uw sterke punten naar voren haalt?		•	•	•	•

## G Omgaan met uw baby

Kunt u elke stelling lezen en achter elke stelling uw antwoord aankruisen?

1. Ik kan de voeding voor mijn baby verzorgen.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

2. Ik kan de verantwoordelijkheid voor mijn baby aan.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

3. Ik weet wanneer mijn baby honger heeft.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

4. Ik kan op een manier handelen die werkt als mijn baby "zonder reden" huilt.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

5. Ik weet wanneer mijn baby ziek is.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

6. Ik weet wanneer mijn baby eraan toe is om een ander soort voeding te krijgen (bijvoorbeeld fruit).

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

7. Ik kan mijn huishouden net zo goed als eerst bijhouden, en daarnaast ook voor mijn baby zorgen.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

8. Wanneer ik denk dat mijn baby ziek is, kan ik zijn/haar temperatuur opnemen.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

9. Ik kan mijn baby in bad doen zonder dat hij/zij koud wordt of overstuur raakt.

Nooit  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Altijd

10. **Ik ben er zeker van dat ik werk en mijn baby met elkaar kan combineren.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11. **Ik kan voorkomen dat mijn baby gaat huilen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

12. **Ik kan de relatie met mijn partner stabiel houden.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

13. **Ik kan voldoen aan alles wat er van mij gevraagd wordt nu mijn baby is geboren.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

14. **Ik kan gemakkelijk zelf met mijn baby naar de huisarts.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

15. **Ik begrijp goed welke verzorging mijn baby nodig heeft.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

16. **Ik kan de juiste beslissingen voor mijn baby nemen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

17. **Ik kan mijn baby in een goed nachtritme krijgen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

18. **Ik kan mijn baby de aandacht geven die hij/zij nodig heeft.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

19. **Ik kan een oppas voor mijn baby vinden wanneer ik dit nodig heb.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

20. **Ik weet wat mijn baby wel en niet fijn vindt.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

21. **Ik kan de stemming van mijn baby aanvoelen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. **Ik kan mijn liefde voor mijn baby tonen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

23. **Ik kan mijn baby kalmeren als hij/zij overstuur is.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

24. **Ik kan mijn baby troosten tijdens stressvolle momenten, zoals een prik bij het consultatiebureau.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

25. **Ik kan mijn baby stimuleren door met hem/haar te spelen.**

Nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altijd
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	