

**Moeders van Prematuur Geboren Baby's:
Psychisch Welzijn en Werkproductiviteit in de Eerste Twee Levensjaren**

Master's thesis (201600201)

Studiejaar 2017-2018

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Michèle J.D. Vullings (5918235)

Supervisor: Marian Jongmans

Tweede beoordelaar: Johannes Noordstar

10 juli 2018



Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de master Clinical Child, Family and Education Studies (orthopedagogiek) aan de Universiteit van Utrecht. Met veel plezier heb ik aan deze scriptie mogen werken, waarbij ik mijn kennis heb mogen verbreden binnen het medische werkveld van de orthopedagoog.

Ik vond het bijzonder om samen met kinderartsen aan dit onderzoek te mogen werken. Hierbij wil ik Laura Dix bedanken voor haar feedback en het meedenken gedurende het proces. Verder wil ik Angelique Haringsma en Gerdien Tramper bedanken voor de kennis op medisch gebied en de praktische ondersteuning.

Daarnaast wil ik mijn thesisbegeleidster vanuit de opleiding, Marian Jongmans, bedanken voor haar ondersteuning, feedback, deskundigheid en kritische blik.

Abstract

Introduction: The aim of this study is to compare mothers of prematurely born babies and mothers of term born babies on their psychological well-being and work productivity in the first two years after their child was born.

Method: An online questionnaire is completed by 56 mothers, 26 mothers of prematurely born babies and 30 mothers of term born babies. This online questionnaire is a collection of the following questionnaires; The Edinburgh Postnatal/Postpartum Depression Scale (EPDS), the 4 Dimensionale Klachtenlijst (4DKL), the Productivity Cost Questionnaire (iPCQ), the Care-related Quality of Life instrument (CarerQol-7D) and the Medical Consumption Questionnaire (iMCQ).

Results: Mothers of prematurely born babies show significantly more depressive symptoms than mothers of term born babies. No significant differences were found between mothers of prematurely born and mothers of term born babies on anxiety, stress, social support, financial problems, loss of work productivity, absenteeism, medical consumption and re-hospitalization. Furthermore, the depressive symptoms of mothers of prematurely born babies appear to be related to the extent to which they experience productivity loss at work. The more depressive symptoms mothers experience, the more productivity loss they report at work. There is also a correlation between the depressive symptoms of mothers and medical consumption. Mothers who report more depressive symptoms make more use of different care providers.

Conclusion: Mothers of premature babies are more likely to experience psychological complaints and these are related to their work productivity and medical consumption. Psychological support for parents of prematurely born babies, right after birth, can contribute to reducing psychological symptoms and further costs for society.

Keywords: Preterm birth, Term babies, Parents, Psychological well-being, Depression, Anxiety, Distress, Work productivity, Medical consumption

Samenvatting

Inleiding: Het doel van deze studie is om moeders van prematuur geboren baby's en moeders van aterm geboren baby's te vergelijken op hun psychisch welzijn en werkproductiviteit in de eerste twee jaar nadat hun kind werd geboren.

Methode: Een online vragenlijst werd ingevuld door 56 moeders, 26 moeders van prematuur geboren baby's en 30 moeders van aterm geboren baby's. In deze online vragenlijst zijn vragenlijsten als de Edinburgh Postnatal/Postpartum Depression Scale (EPDS), 4 Dimensionale Klachtenlijst (4DKL), Productivity Cost Questionnaire (iPCQ), Care-related Quality of Life instrument (CarerQol-7D) en de Medical Consumption Questionnaire (iMCQ) samengevoegd.

Resultaten: Moeders van prematuur geboren baby's vertonen significant meer depressieve symptomen dan moeders van aterm geboren baby's. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden tussen moeders van prematuur en aterm geboren baby's op angst, stress, sociale steun, financiële problemen, werkproductiviteit, werkverzuim, medische consumptie en aantal heropnames. Daarnaast lijken de depressieve symptomen van moeders van prematuur geboren baby's gerelateerd te zijn aan de mate waarin zij productiviteitsverlies op het werk ervaren. Hoe meer depressiever symptomen de moeder ervaart, hoe meer productiviteitsverlies ze op het werk rapporteren. Verder is er ook een verband tussen de mate van depressieve symptomen van moeders en hun medische consumptie. Moeders die meer depressieve symptomen ervaren, rapporteren meer gebruik van verschillende zorgverleners.

Conclusie: Moeders van prematuur geboren baby's hebben vaker psychische klachten en deze hangen samen met hun verlies van werkproductiviteit en toename van medische consumptie. Psychologische ondersteuning voor ouders van prematuur geboren baby's, direct na de geboorte, kan bijdragen aan het verminderen van psychische symptomen en verdere kosten voor de samenleving.

Trefwoorden: Vroeggeboorte, Pasgeboren baby's, Ouders, Psychologisch welbevinden, Depressie, Angst, Stress, Werkproductiviteit, Medische consumptie

In Nederland werd in 2015 7,1 procent van de kinderen te vroeg geboren (Perined, 2016). Er wordt gesproken van vroeggeboorte of prematuriteit wanneer het kind vóór de 37^e week van de zwangerschap geboren wordt (World Health Organization, 2010). Iedere vrouw kan te vroeg bevallen en in de meeste gevallen kan men geen aantoonbare reden hiervoor vinden (Tucker & McGuire, 2004). Een aantal factoren verhogen het risico op een vroeggeboorte. Voorbeelden hiervan zijn een meerlingenzwangerschap, infectie bij de foetus of de moeder, stress of maternale intoxicaties zoals roken, drugs of alcohol. Daarnaast hebben moeders die jonger zijn dan 17 jaar of ouder dan 34 jaar een groter risico op vroeggeboorte (Haas et al., 2005).

Psychisch welzijn van ouders na vroeggeboorte van hun kind

Vroeggeboorte is voor zowel de ouders als voor het kind een ingrijpende en stressvolle gebeurtenis (Jackson, Ternestedt, & Schollin, 2003; Steinberg, 2006; Ward, 2001). Moeders ervaren vaak meer stress dan vaders (Dudek-Shriber, 2004; Franck et al., 2005). Bij de helft van de moeders waarvan het kind te vroeg geboren is, kan zelfs de diagnose Acute Stress Disorder (ASD) worden gesteld (Shaw et al., 2006). Wanneer de baby op de neonatale intensive care wordt opgenomen na de geboorte, spreken sommigen hierbij zelfs over een multitrauma of crisis. Dit wordt gedefinieerd als een periode van onevenwicht, waarin een onvermijdelijke vraag of last optreedt, waarop de persoon tijdelijk niet adequaat kan reageren (Caplan, Mason, & Kaplan, 2000; Verhaest, Vliegen, Luyten, Vanhole, & Naulaers, 2009).

Wanneer de baby wordt opgenomen op de neonatologie ervaren ouders het als een groot gemis als ze hun baby niet kunnen vasthouden (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008; Verhaest et al., 2009). Daarnaast wordt de baby met name verzorgd door het personeel van de neonatale afdeling. Hierdoor kunnen ouders in het begin weinig ouderlijke taken op zich nemen, waardoor ze moeite kunnen hebben om zich echt ouder te voelen van het kind. Dit kan gevoelens van falen, incompetentie en machteloosheid met zich meebrengen (Charchuk & Simpson, 2005; Swift & Scholten, 2009; Verhaest et al., 2009).

Onderzoek van Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar en Kok (2011) laat zien dat de meeste moeders van een premature baby in hoge mate psychologische stress ervaren, met name gedurende de eerste 6 maanden nadat ze het ziekenhuis verlaten hebben. Moeders ervaren hierbij met name angst, depressie en slapeloosheid. 56 procent van deze moeders scoorde zelfs op depressieve klachten binnen het klinisch gebied. Dit komt overeen met andere onderzoeken waaruit blijkt dat de kans dat moeders van premature kinderen zich angstiger en depressiever voelen groter is dan de kans dat moeders van aterm geboren

kinderen dit voelen (Ionio et al., 2016; Ravn et al., 2012, Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010).

Ook op langere termijn lijkt het krijgen van een te vroeg geboren baby impact te hebben op het gezin. Een hoge mate van moederlijke stress resulteert namelijk in een verhoogde kans op depressieve symptomen en zelfs op het ontwikkelen van een depressieve stoornis bij het kind (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003). Depressieve klachten van moeders hebben invloed op de opvoeding. Opvoeding door een ouder met een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door meer gebruik van psychologische controle en door minder responsiviteit en warmte (Cummings, Keller & Davies, 2005; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007). Kinderen van ouders met een depressieve stoornis hebben hierdoor een verhoogde kans om zelf een depressieve stoornis te ontwikkelen (Goodman, 2007). Depressie bij de ouders wordt hierbij gezien als één van de belangrijkste risicofactor voor de ontwikkeling van een depressieve stoornis bij kinderen. Kinderen van depressieve ouders lopen een twee- tot driemaal verhoogd risico op een depressie dan kinderen van niet-depressieve ouders (Colletti et al., 2009; Ross & Wynne, 2010).

In huidige literatuur is echter nog zelden een vergelijking in psychisch welzijn tussen ouders van prematuur en aterm geboren kinderen gemaakt, vlak na de geboorte maar ook in de eerste levensjaren van het kind.

Impact vroeggeboorte op werksituatie van ouders

1 op de 3 moeders van een te vroeg geboren baby ervaart een negatieve impact op het werk. Hierbij verloren ze hun baan of ervaarden ze minder kans om hoger op te komen in hun werk (Kusters, van der Pal, van Steenbrugge, den Ouden, & Kollée, 2013). Sommigen moeders kiezen ervoor om te stoppen met werken om voor de baby te zorgen. Een te vroeggeboren baby vraagt namelijk meer tijd dan een aterm geboren baby. Deze keuze kan de toekomstige arbeidsmogelijkheden voor de moeder beperken (Powers, 2011).

De meeste moeders van een aterm geboren baby blijven na de geboorte van hun kind werkzaam. Wel ging 1 op de 3 moeders minder uren per week werken. Slechts 9 procent van deze moeders stopte volledig met werken na de geboorte van hun kind (Mol, 2008). Het percentage van de moeders van prematuur geboren baby's die na de geboorte volledig stopte met werken is niet bekend.

In huidige literatuur is er weinig bekend over de werkproductiviteit van ouders van prematuur geboren baby's. Mogelijk heeft de verhoogde kans op psychische klachten bij deze groep invloed op de werkproductiviteit van deze ouders. Uit onderzoek blijkt dat bij

depressie een verminderde effectiviteit op het werk aantoonbaar te wijten is aan gebrek aan motivatie of het onvermogen zich hiervoor in te spannen (Wang, et al., 2004).

Sociale steun van ouders rondom de zorg voor de baby

Sociale steun kan invloed hebben op het welzijn van ouders, waarbij sociale relaties de effecten van stress op de gezondheid en het welzijn kunnen verminderen (Vangelisti, 2009; World Health Organization, 2011). Zo tonen verschillende onderzoeken aan dat sociale ondersteuning voor moeders van een prematuur geboren baby gerelateerd is aan hun geestelijke gezondheid (Jones, Rowe, & Becker, 2009; Weiss & Chen, 2002). Verder komt uit onderzoek naar voren dat depressieve moeders minder sociale ondersteuning rapporteren en minder tevreden zijn over de sociale steun uit hun omgeving (Nylen, O'Hara, & Engeldinger, 2013). Er is weinig onderzoek gedaan naar de verschillen in sociale steun tussen moeders van prematuur en aterm geboren kinderen. Slechts één onderzoek is gevonden waarin verschil in sociale steun tussen deze groepen moeders onderzocht is. Hieruit bleek dat er geen statistisch verschil is in sociale steun bij moeders van prematuur en moeders van aterm geboren kinderen (Preyde & Ardal, 2003). Deze studie is echter in Canada uitgevoerd. De vraag is in hoeverre dit generaliseerbaar is voor de Nederlandse populatie.

Financiële problemen van ouders rondom de zorg voor de baby

Ook financiële problemen kunnen invloed hebben op het welzijn van ouders (Conger, Conger & Martin, 2010). Bestaand onderzoek naar de kosten van prematuriteit is gericht op de hoge kosten voor de eerste ziekenhuisopname en de bijhorende intensieve zorg en is onderzocht vanuit het perspectief van de zorgverzekering. Daarentegen is er slechts weinig bekend over de omvang van de financiële last voor ouders na deze eerste ziekenhuisopname (her hospitalisatie, polikliniek en medicatie) en niet-medische kosten zoals uitgaven voor speciaal onderwijs of indirecte kosten vanwege verloren werkproductiviteit, vanuit het perspectief van de familie (Hodek, von der Schulenburg, & Mittendorf, 2011). Onderzoek van Lakshmanan en collega's (2017) laat zien dat families van prematuur geboren kinderen financiële last ervaren, zoals onverwachte en hogere rekeningen. Financiële problemen kunnen leiden tot bezorgdheid en stress bij de ouders en hebben een negatieve impact op het gezinsleven. Zo kan ouderlijke financiële stress leiden tot depressieve symptomen, relationele problemen en negatieve opvoedingsgedragingen (Conger, Conger & Martin, 2010).

In huidige literatuur is er weinig bekend over de mate waarin gezinnen van prematuur geboren kinderen financiële problemen ervaren. Hierbij is niet eerder vergeleken met gezinnen van aterm geboren kinderen.

Gezondheidscomplicaties en heropname van het kind

Vroeggeboren kinderen lopen meer risico op medische complicaties, wat vooral veroorzaakt wordt door een relatieve onrijpheid van de organen (Tucker & McGuire, 2004). Ouders zijn hierdoor bezorgd over de gezondheid van hun baby en voelen zich hierbij soms angstig (Jackson, Ternstedt, & Schollin., 2003). Op langere termijn vertonen vroeggeboren kinderen significant meer gedrags-, leer- en ontwikkelingsproblemen dan aterm geboren kinderen (Gray, Indurkha, & McCormick, 2004; Morse Zheng, Tang, & Roth, 2009; Petrini et al., 2009).

Prematuur geboren baby's hebben een verhoogde kans op een heropname in het ziekenhuis doordat ze meer risico lopen op gezondheidscomplicaties (Schakel & Bekhof, 2010; Tomashek et al., 2006). De meest voorkomende reden hiervoor is geelzucht, gevolgd door voedingsproblemen en dehydratatie (Escobar et al., 2005). Heropnames vormen een grote kostenpost en vragen veel tijd van ouders (Van der Pal et al., 2012).

Medische consumptie van ouders

Medische consumptie is de mate waarin een ouder gebruik maakt van verschillende zorgvoorzieningen binnen de gezondheidszorg. Hiermee gaat het om zorggebruik als gevolg van gezondheidsproblemen, waaronder zowel lichamelijke als psychische klachten vallen. (Bouwman et al., 2013). In de huidige literatuur is weinig bekend over het zorggebruik van ouders van een prematuur geboren baby. Wel is bekend dat mensen met een depressieve stoornis meer gebruik maken van de gezondheidszorg (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004). Mogelijk maken ouders van prematuur geboren baby's meer gebruik van zorgvoorzieningen doordat ze meer psychische klachten ervaren.

Psychische ondersteuning aan ouders van prematuur geboren kinderen op de NICU

Hoewel vroeggeboorte een duidelijk traumatisch karakter kent, is psychologische begeleiding aan ouders beperkt (Morais, Quirino, & Almeida, 2009). Doordat ouders en verpleegkundigen op de neonatale afdeling soms maanden samen doorbrengen, ontstaat er tussen hen vaak een persoonlijke relatie. Deze relatie geeft ouders emotionele steun (Fegan & Helseth, 2009). Hierbij blijkt steun van de verpleegkundigen op de neonatale afdeling gerelateerd te zijn aan de depressieve symptomen van moeders met een te vroeggeboren baby. Hoe meer steun zij ervaren, hoe minder depressieve symptomen ze hebben (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003). Daarnaast vermindert psychologische ondersteuning ook symptomen van stress en trauma (Jotzo & Poets, 2005). De hoge werkdruk en stress die het personeel op de neonatale afdeling ervaart, maakt dat hier echter niet veel ruimte voor is.

Naast tijdgebrek kan ook gebrek aan counselingvaardigheden hierbij een rol spelen (Fegran & Helseth, 2009; Verhaest et al., 2009).

Onderzoek van Hall en collega's (2015) laat zien dat deze verpleegkundige zelf ook risico lopen voor het ontwikkelen van een burn-out of secundair traumatisch stresssyndroom. Verpleegkundigen die burn-out klachten ontwikkelen, hebben mogelijk minder mogelijkheden om ouders effectieve ondersteuning te bieden.

Huidig onderzoek

Samenvattend kan er worden opgemaakt dat ouders van een prematuur geboren baby een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van stress, depressieve klachten, angst en klachten op gebied van werkproductiviteit en verzuim.

In de huidige literatuur is weinig bekend over het medische zorggebruik van ouders van een prematuur geboren baby, wat gelieerd zou kunnen zijn aan de psychische gezondheid van ouders. Daarnaast is bekend dat sociale steun van invloed is op het psychisch welzijn van moeders. Wel is weinig vergeleken tussen moeders van prematuur en moeders van aterm geboren baby's. Verder is de mate waarin ouders van een prematuur geboren baby financiële problemen ervaren niet eerder onderzocht.

Middels huidig onderzoek is inzicht verkregen in de volgende onderzoeksvragen:

- "Wat is het verschil in prevalentie van de volgende factoren; depressieve symptomen, angstklachten, distressklachten, sociale steun, financiële problemen, werkproductiviteit, werkverzuim, medische consumptie en het aantal heropnames, tussen moeders van prematuur en moeders van aterm geboren baby's?"
- "Is er een relatie tussen psychisch welzijn van moeders van prematuur geboren baby's en verlies van werkproductiviteit?"
- "Is er een relatie tussen psychisch welzijn van moeders van prematuur geboren baby's en de medische consumptie?"

Verwacht wordt dat moeders die meer psychische klachten ondervinden, meer productiviteitsverlies op het werk ervaren. Daarnaast wordt verwacht dat moeders die meer psychische klachten ondervinden, meer gebruik maken van verschillende zorgverleners. Deze mogelijke samenhangen zullen inzicht geven in de impact van psychische klachten op het gezin.

Inzicht in de relatie tussen prematuur geboorte en het psychisch welbevinden en werkproductiviteit van moeders is noodzakelijk om de behoefte aan extra ondersteuning op psychisch gebied te exploreren van moeders van een prematuur geboren baby. Het huidige onderzoek geeft inzicht in de factoren die van belang zijn om een inschatting te kunnen

maken van wat moeders in de eerste twee levensjaren nodig hebben aan ondersteuning. Met deze inzichten zou mogelijk de zorg voor premature baby's en hun ouders verbeterd kunnen worden.

Methode

Populatie en steekproef

De doelgroep van dit onderzoek omvat moeders van zowel een prematuur geboren baby als van een aterm geboren baby. Het gaat hierbij om moeders waarvan de baby in 2016 of 2017 in het Franciscus Gasthuis en Vlietland, locatie Gasthuis, te Rotterdam geboren is. De twee doelgroepen worden als volgt gedefinieerd:

- Moeders van een prematuur geboren baby (zwangerschapsduur < 37 weken), welke opgenomen is geweest op de afdeling neonatologie.
- Moeders van een aterm geboren baby (zwangerschapsduur \geq 37 weken), welke opgenomen is geweest op de kinderafdeling.

Voor het onderzoek zijn 75 moeders benaderd, waarvan 30 moeders van een prematuur geboren baby en 45 van een aterm geboren baby. Uiteindelijk hebben 58 ouders deze vragenlijst ingevuld, waarvan twee vaders. Dit werd als een te kleine groep beschouwd om apart analyses op uit te voeren en daarom is besloten om alleen de gegevens verkregen bij moeders te analyseren.

Onderzoeksopzet en procedure

Er is sprake van een kwantitatief praktijkgericht onderzoek (Brinkman, 2008) met een cross-sectioneel onderzoeksdesign, waarbij er sprake is van één meetmoment. Hierbij is er gebruik gemaakt van verschillende gevalideerde vragenlijsten om inzicht te verkrijgen in het psychisch welbevinden en werkverzuim van zowel moeders van een prematuur geboren baby, als van moeders van een aterm geboren baby. Daarnaast is inzicht verkregen in het aantal heropnames van hun baby en de medische consumptie van de moeder zelf. Moeders konden de vragenlijst online of op papier invullen.

De moeders van een prematuur geboren baby zijn geselecteerd aan de hand van een gemakssteekproef. Hierbij zijn moeders van een prematuur geboren baby verzocht tot deelname wanneer ze bij de polikliniek op afspraak kwamen voor een nacontrole van hun kind. Hier hebben ze informatie over het onderzoek gekregen, en in geval van deelname direct het toestemmingsformulier ondertekend.

Moeders van aterm geboren baby's zijn geselecteerd aan de hand van een enkelvoudige steekproef. Deze moeders zijn geheel willekeurig gekozen met een Excel

RAND functie uit een patiënten lijst van alle baby's die in 2016 of 2017 in het Franciscus Gasthuis en Vlietland zijn geboren. Deze moeders zijn telefonisch benaderd om uitleg te geven over het onderzoek en om actief toestemming te vragen voor het gebruik van persoonlijke gegevens als een e-mailadres. Vervolgens hebben deze moeders een mail ontvangen met informatie over het onderzoek en een link naar de online vragenlijst. Daarnaast is een brief verstuurd aan deze moeders met een toestemmingsformulier voor het gebruik van de gegevens, welke ondertekend retour gestuurd zijn.

De Raad van Bestuur van het Franciscus Gasthuis en Vlietland heeft huidig onderzoek goedgekeurd. Daarnaast is het onderzoek door de Toetsingscommissie Wetenschappelijk Onderzoek Rotterdam (TWOR) niet-WMO plichtig verklaard.

Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten om inzicht te verkrijgen in het psychisch welbevinden van moeders, werkproductiviteit en werkverzuim, sociale steun en financiële problemen, de medische consumptie van moeders zelf en de aantal heropnames van hun baby.

Depressieve klachten. De Edinburgh Postnatal/Postpartum Depression Scale (EPDS) is afgenomen voor het meten van het construct depressie (Pop, Komproe, & van Son, 1992). De EPDS bestaat uit 10 items over de afgelopen 7 dagen, die beantwoord worden aan de hand van een vierpunts Likert-schaal van 'ja, heel de tijd' (score 4) tot 'helemaal niet' (score 0). Er wordt gebruik gemaakt van de totale score voor het meten van de mate van depressie bij de moeders. Hierbij komt een hoge score overeen met meer depressieve symptomen. Het cut-off punt voor de Nederlandse gevalideerde versie is 13. Een score van 13 of hoger geeft een indicatie dat er mogelijk sprake is van een depressieve stoornis (Pop et al., 1992).

De betrouwbaarheid en validiteit van de EPDS zijn onderzocht en als goed beoordeeld (Meijer et al., 2014). In huidig onderzoek is de betrouwbaarheidscoëfficiënt van deze vragenlijst $\alpha = .90$. Dit geeft aan dat de betrouwbaarheid uitstekend is (Field, 2013).

Distress en Angstklachten. De 4 Dimensionale Klachtenlijst (4DKL) brengt verschillende psychosociale klachten in kaart (Terluin, 1996). Voor huidig onderzoek zijn enkel de schalen voor Distress en Angst afgenomen. Deze schalen zijn los gevalideerd en bestaan samen uit 28 items. Deze items worden gescoord op een vijfpunts Likert-schaal van 'nee' (score 0) tot 'heel vaak of voortdurend' (score 5). Een hoge score komt hierbij overeen met meer klachten op deze gebieden (Terluin, 1998). De betrouwbaarheid van de 4DKL is goed (Terluin et al., 2004). Tevens is de criterium- en begripsvaliditeit als voldoende

beoordeeld (Evers, Vliet-Mulder, & Groot, 2006). In huidig onderzoek is de betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de subschaal distress $\alpha = .96$. Dit geeft aan dat de betrouwbaarheid voor deze subschaal uitstekend is (Field, 2013). De betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de subschaal angst is $\alpha = .91$. Dit geeft aan dat de betrouwbaarheid voor die subschaal tevens uitstekend is (Field, 2013).

Werkverzuim en Werkproductiviteit. De Productivity Cost Questionnaire (iPCQ) is een zelfrapportage vragenlijst welke ingezet zal worden om het construct werkverzuim en werkproductiviteit te meten (Bouwman, et al., 2013). Voor werkverzuim werd eerst aan ouders gevraagd of ze in de afgelopen vier weken afwezig zijn geweest op het werk, waarna gevraagd werd naar het aantal dagen verzuim. Bij het construct werkproductiviteit werd eerst gevraagd of moeders in de afgelopen vier weken wel gewerkt hebben, maar tijdens het werk last hebben gehad van lichamelijke of psychische problemen. Vervolgens werd gevraagd naar het aantal dagen en de mate van productiviteitsverlies op deze dagen. Deze laatste vraag is gescoord door middel van een schaalvraag van “ik kon op deze dagen net zoveel doen als normaal” (score 0) tot “ik kon op deze dagen niets doen” (score 10) (Bouwman et al., 2013). Betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst zijn niet bekend.

Sociale steun en Financiële problemen. The Care-related Quality of Life instrument (CarerQoL-7D) vragenlijst zal worden afgenomen om inzicht te verkrijgen in de mate waarin ouders steun van hun omgeving ervaren en de mate waarin ze financiële problemen ervaren (Brouwer, Van Exel, Van Gorp, & Redekop, 2006). Deze vragenlijst bevat een vraag rondom de mate waarin moeders sociale steun ervaren en een vraag over de mate waarin moeders financiële problemen ervaren. Deze vragen worden beantwoord aan de hand van een driepunts Likert schaal van ‘geen’ (score 1) tot ‘veel’ (score 3). Er wordt gebruik gemaakt van de score per vraag om een beeld te krijgen van de afzonderlijke factoren (Hoefman, van Exel, De Jong, Redekop, & Brouwer, 2011). Zowel de betrouwbaarheid als de constructvaliditeit van deze vragenlijst is goed (Hoefman, 2015).

Medische consumptie. Om de gezondheid van moeders te meten wordt gekeken naar de medische consumptie na de geboorte. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de Medical Consumption Questionnaire (iMCQ) (Bouwman, et al., 2013). Deze zelfrapportage vragenlijst geeft inzicht in de medische consumptie van moeders. De medische consumptie wordt gescoord door te kijken naar de prevalentie waarin moeders gebruik maken van verschillende zorgverleners. Hierbij komt een hoge score overeen met een hoge mate van medische consumptie (Bouwman, 2013). Betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst zijn niet bekend.

Aantal heropnames. Aan de totale vragenlijst is een vraag toegevoegd rondom het aantal heropnames van de baby in het ziekenhuis binnen twee jaar na de geboorte. Dit gegeven zal inzicht geven in de mate van gezondheidscomplicaties van de baby in de eerste twee jaar.

Statistische analyses

Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses is gecontroleerd of er sprake is van missende waarden in de dataset. De antwoorden van participanten met meer dan 20% missende waarde op de variabelen depressie, distress of angst werden beschouwd als ongeldig. Van deze respondenten werden de antwoorden op de desbetreffende schaal daarom niet meegenomen ($n=5$). Een 'Pairwise deletion' werd gehanteerd om andere ingevulde antwoorden van de respondent op andere schalen wel mee te kunnen nemen.

Een T-test is gebruikt bij het vergelijken van continue variabelen tussen moeders van prematuur geboren baby's en moeder van aterm geboren baby's. In geval van geschonden assumpties werd een Mann-Whitney U test gebruikt.

Vervolgens is een Pearson correlatie uitgevoerd om de samenhang tussen de mate van depressieve klachten van moeders van een prematuur geboren baby en verlies van werkproductiviteit te bepalen. Ook is gekeken naar een eventuele samenhang tussen de mate van depressieve klachten van deze moeders en hun medische consumptie. In geval van geschonden assumpties werd een Spearman's rho gebruikt.

Resultaten

Data is verzameld bij 56 moeders. Van de 56 moeders heeft 26 (46.43%) een prematuur geboren baby en 30 (53.57%) een aterm geboren baby.

Moeders van een prematuur geboren baby

De leeftijd van deze moeders varieert van 26 tot 47 jaar ($M=34.74$, $SD=5.03$). Het opleidingsniveau van moeders is als volgt verdeeld: Geen onderwijs/ basisonderwijs/lager onderwijs ($n = 1$, 3.8%), LBO/VBO/VMBO (kader- en beroepsgerichte leerweg) ($n = 1$, 3.8%), MAVO/ eerste 3 jaar HAVO en VWO/ VMBO (theoretische en gemengde leerweg) ($n = 0$, 0%), MBO ($n = 7$, 26.9%), HAVO en VWO bovenbouw/ WO propedeuse ($n = 4$, 15.4%), HBO/WO-bachelor ($n = 10$, 38.5%) en WO doctoraal of master ($n = 3$, 11.5%).

4 (18.2%) prematuur geboren baby's zijn geboren via een keizersnede. 8 (30.8%) moeders van een prematuur geboren kind beviel van een tweeling. Bij de prematuur geboren

baby's gaat het om 11 (47.8%) meisjes en 12 (52.2%) jongetjes. Tabel 1 geeft een overzicht weer van alle klinische karakteristieken van deze groep.

Moeders van een aterm geboren baby

De leeftijd van deze moeders varieert van 27 tot 41 jaar ($M=34.67$, $SD=2.96$). Het opleidingsniveau van moeders is als volgt verdeeld: Geen onderwijs/ basisonderwijs/lager onderwijs ($n = 0$, 0%), LBO/VBO/VMBO (kader- en beroepsgerichte leerweg) ($n = 0$, 0%), MAVO/ eerste 3 jaar HAVO en VWO/ VMBO (theoretische en gemengde leerweg) ($n = 0$, 0%), MBO ($n = 4$, 13.3%), HAVO en VWO bovenbouw/ WO propedeuse ($n = 1$, 3.3%), HBO/WO-bachelor ($n = 14$, 46.7%) en WO doctoraal of master ($n = 11$, 36.7%).

6 (21.4%) aterm geboren baby's zijn geboren via een keizersnede. 1 (3.3%) moeder van een aterm geboren kind beviel van een tweeling. Bij de aterm geboren baby's gaat het om 13 (46.4%) meisjes en 15 (53.6%) jongetjes. Tabel 1 geeft een overzicht weer van alle klinische karakteristieken van deze groep.

Tabel 1

Beschrijvende Statistieken van de Klinische Variabelen per Groep

Variabelen	Moeders van prematuur geboren baby			Moeders van aterm geboren baby		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leeftijd moeder	26	34.74	5.03	30	34.67	2.96
Zwangerschapduur	23	32.30	2.29	28	39.20	1.35
Leeftijd kind (mnd)	26	13.69	6.67	30	13.74	6.25
Apgar score (5min)	21	8.10	1.73	23	9.39	0.72
Geboortegewicht (gram)	22	1853	503.70	23	3526	522.10
Opnameduur (dagen)	23	30.57	16.21	25	2.20	1.35

Beschrijvende statistiek

Bij 8 (34.8%) moeders van een prematuur geboren baby en 4 (13.8%) moeders van een aterm geboren baby is er mogelijk sprake van een depressieve stoornis. Deze moeders scoren boven de cut-off score van 13 en scoren hiermee in het klinisch gebied.

Op gebied van werkverzuim hebben in totaal 5 (22.7%) moeders van een prematuur geboren baby en 9 (36.0%) moeders van een aterm geboren baby aangegeven dat ze in de afgelopen vier weken afwezig zijn geweest op het werk. Hierdoor is de vraag rondom de

aantal dagen verzuim enkel door deze 14 moeders ingevuld. Andere moeders hebben geen werkverzuim gerapporteerd.

Verder hebben in totaal slechts 5 moeders (23.8%) van een prematuur geboren baby en 3 (12.5%) van een aterm geboren baby aangegeven dat ze in de afgelopen vier weken wel gewerkt hebben, maar tijdens het werk last hebben gehad van lichamelijke of psychische problemen. Hierdoor hebben enkel deze moeders de mate van productiviteitsverlies op deze dagen gerapporteerd.

Tabel 2 geeft het aantal respondenten (*N*), de gemiddelden (*M*) en de standaardafwijkingen (*SD*) van de onderzoeksvariabelen weer per groep.

Tabel 2

Beschrijvende Statistieken van de Onderzoeksvariabelen voor Moeders van Prematuur en Aterm Geboren Baby's

Variabelen	Moeders van een prematuur geboren baby			Moeders van een aterm geboren baby		
	<i>N</i>	<i>M/Median</i>	<i>SD/Range</i>	<i>N</i>	<i>M/Median</i>	<i>SD/Range</i>
Depressieve klachten	23	<i>M</i> = 10.23	<i>SD</i> = 7.13	29	<i>M</i> = 6.66	<i>SD</i> = 4.86
Distressklachten	24	<i>Median</i> = 12.50	<i>Range</i> = 12 -42	27	<i>Median</i> = 13.00	<i>Range</i> = 12 - 22
Angstklachten	24	<i>Median</i> = 28.00	<i>Range</i> = 16 -71	28	<i>Median</i> = 24.00	<i>Range</i> = 16 – 47
Werkverzuim	5	<i>M</i> = 6.00	<i>SD</i> = 2.55	9	<i>M</i> = 3.89	<i>SD</i> = 1.62
Werkproductiviteit	5	<i>M</i> = 8.60	<i>SD</i> = 10.41	3	<i>M</i> =6.33	<i>SD</i> = 8.39
Sociale Steun	26	<i>Median</i> = 3.00	<i>Range</i> = 1 – 3	30	<i>Median</i> = 3.00	<i>Range</i> = 2 – 3
Financiële problemen	26	<i>Median</i> = 1.00	<i>Range</i> = 1 – 3	30	<i>Median</i> = 1.00	<i>Range</i> = 1 – 2
Medische consumptie	23	<i>Median</i> = 3.00	<i>Range</i> = 0 – 18	26	<i>Median</i> = 1.00	<i>Range</i> = 0 – 8
Aantal heropname	23	<i>Median</i> = 3.00	<i>Range</i> = 1 - 6	26	<i>Median</i> = 1.00	<i>Range</i> = 1 - 4

Depressieve symptomen bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

Een onafhankelijke T-test is gebruikt om de mate van depressieve symptomen gerapporteerd door moeders van prematuur geboren baby's (*n*=23) te vergelijken met de mate waarin en moeders van aterm geboren baby's (*n*=29) depressieve gevoelens rapporteren. De Shapiro-Wilk statistiek was significant voor moeders van een aterm geboren baby, wat wijst op het feit dat de assumptie van normaliteit geschonden is. Voor moeders van prematuur geboren baby's was de Shapiro-Wilk statistiek niet significant, deze groep voldoet wel aan de

normaalverdeling. Levene's test is niet significant, er kan dus worden aangenomen dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

De gemiddelde score op depressieve klachten van moeders van een prematuur geboren baby ($M=10.35$, $SD=7.13$) bleek significant hoger (3.69 punten hoger; 95% CI [.34, 7.04]), dan die van moeders van een aterm geboren baby ($M=6.66$, $SD=4.86$), $t(50)= 2.22$, $p < .05$, tweezijdig, $d= .6$. Hierbij is er sprake van een middelgroot effect.

Distressklachten bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

De mate van distressklachten gerapporteerd door moeders van prematuur geboren baby's ($n = 24$) is vergeleken met de mate waarin moeder van aterm geboren baby's ($n = 28$) distressklachten rapporteren. De Shapiro-Wilk statistiek was significant, wat wijst op het feit dat de assumptie van normaliteit geschonden is. Tevens resulteert de Levene's test in een significante score, er kan geconcludeerd worden dat de varianties niet gelijk verdeeld zijn.

Aangezien beide assumpties geschonden zijn, is de Mann-Whitney U test uitgevoerd. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn *Median*= 28.00, range [van 16 tot 71], en van moeders van een aterm geboren baby zijn *Median*= 24.00, range [van 16 tot 47]. De groepsmediaan van distressklachten van moeders van een prematuur geboren baby (*Mean Rank*=30.02, $n= 24$) bleek statistisch niet te verschillen van de groepsmediaan van moeders van een aterm geboren baby (*Mean Rank*=23.48, $n= 28$), $U = 251.50$, $z= -1.55$, $p= .12$, tweezijdig.

Angstklachten bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

De mate waarin moeders van prematuur geboren baby's angstklachten gerapporteerd hebben is vergeleken met de mate waarin moeders van aterm geboren baby's dit gerapporteerd hebben. De Shapiro-Wilk statistiek was significant, wat wijst op het feit dat de assumptie van normaliteit geschonden is. Levene's test is niet significant, er kan dus worden aangenomen dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

Aangezien deze scores zodanig niet normaal verdeeld zijn, is ervoor gekozen om de Mann-Whitney U test te gebruiken. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn *Median*= 12.50, range [van 12 tot 42], en van moeders van een aterm geboren baby zijn *Median*= 13.00, range [van 12 tot 22]. De Mann-Whitney U test was niet statistisch significant, wat betekent dat de angstklachten die moeders van een prematuur geboren baby rapporteren (*Mean Rank*=26.65, $n= 24$) vergelijkbaar waren met die moeders

van een aterm geboren baby rapporteren ($Mean Rank=25.43$, $n= 27$), $U = 308.50$, $z= -.31$, $p >.50$, tweezijdig.

Werkverzuim bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

Slechts 5 (19.2%) moeders van een prematuur geboren baby en 3 (10.0%) moeders van een aterm geboren baby hebben verzuim gerapporteerd. Andere moeders hebben geen werkverzuim gerapporteerd. Om deze reden kan er geen statistische analyse worden uitgevoerd met huidige gegevens.

Werkproductiviteit bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

Van de 26 moeders van een prematuur geboren baby hebben 5 (19.2%) moeders gerapporteerd dat ze enig verlies van werkproductiviteit ervaren. Van de 30 moeders van een aterm geboren baby hebben 9 (30.0%) moeders gerapporteerd dat ze enig verlies van werkproductiviteit ervaren. Andere moeders gaven aan geen verlies van werkproductiviteit te ervaren.

De Shapiro-Wilk statistiek was niet significant, hierbij wordt voldaan aan de assumptie van normaliteit. Levene's test is niet significant, er kan dus worden aangenomen dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

De T-test was statistisch niet significant, wat betekent dat moeders van een prematuur geboren baby ($M=6.00$, $SD=2.55$) niet verschillen in productiviteitsverlies, 95% CI [-.29, 4.51] van moeders van een aterm geboren baby ($M=3.89$, $SD=1.62$), $t(12)= 1.92$, $p > .05$, tweezijdig.

Sociale steun bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

De mate van sociale steun gerapporteerd door moeders van prematuur geboren baby's ($n=26$) is vergeleken met het de mate waarin moeders van aterm geboren baby's ($n=30$) sociale steun rapporteren. De Shapiro-Wilk statistiek was significant, de assumptie van normaliteit is hierbij geschonden. Levene's test is niet significant, er kan dus worden aangenomen dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

Aangezien deze scores zodanig niet normaal verdeeld zijn, is ervoor gekozen om de Mann-Whitney U test te gebruiken. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn $Median= 3.00$, range [van 1 tot 3], en van moeders van een aterm geboren baby zijn $Median= 3.00$, range [van 2 tot 3]. De Mann-Whitney U test was niet significant, wat aangeeft dat scores van moeders van een prematuur geboren baby ($Mean Rank= 27.58$,

$n=26$) vergelijkbaar zijn met die van moeders van een aterm geboren baby ($Mean Rank=29.30$, $n=30$), $U=366.00$, $z=-.45$, $p>.05$, tweezijdig.

Financiële problemen bij ouders van prematuur en aterm geboren baby's

De mate van financiële problemen gerapporteerd door moeders van prematuur geboren baby's ($n=26$) is vergeleken met het de mate waarin moeders van aterm geboren baby's ($n=30$) financiële problemen rapporteren. De Shapiro-Wilk statistiek was significant, de assumptie van normaliteit is hierbij geschonden. Levene's test is significant, er kan geconcludeerd worden dat de varianties niet gelijk verdeeld zijn.

Aangezien beide assumpties geschonden zijn, is de Mann-Whitney U test uitgevoerd. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn $Median=1.00$, range [van 1 tot 3], en van moeders van een aterm geboren baby zijn $Median=1.00$, range [van 1 tot 2]. De Mann-Whitney U test was niet statistisch significant, wat aangeeft dat er geen verschil is in scores tussen moeders van een prematuur geboren baby ($Mean Rank=28.98$, $n=26$) en moeders van een aterm geboren baby ($Mean Rank=28.08$, $n=30$), $U=377.50$, $z=-.31$, $p>.05$, tweezijdig.

Medische consumptie van ouders van prematuur en aterm geboren baby's

Medische consumptie werd onderzocht middels de Medical Consumption Questionnaire. Hierbij is gekeken naar de hoeveelheid afspraken die ouders de afgelopen maand hebben gehad met zorgverleners. De hoeveelheid zorggebruik gerapporteerd door moeders van prematuur geboren baby's ($n=23$) is vergeleken met het zorggebruik gerapporteerd door moeders van aterm geboren baby's ($n=26$). De Shapiro-Wilk statistiek was significant, hierbij wordt de assumptie van normaliteit geschonden. Levene's test is niet significant, er kan geconcludeerd worden dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

Aangezien deze scores zodanig niet normaal verdeeld zijn, is ervoor gekozen om de Mann-Whitney U test te gebruiken. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn $Median=3.00$, range [van 0 tot 18], en van moeders van een aterm geboren baby zijn $Median=1.00$, range [van 0 tot 8]. De Mann-Whitney U test was niet statistisch significant, waarbij moeders van een prematuur geboren baby ($Mean Rank=27.63$, $n=23$) hoger scoren op medische consumptie dan moeders van een aterm geboren baby ($Mean Rank=22.67$, $n=26$), $U=238.50$, $z=-1.24$, $p>.05$, tweezijdig.

Heropname ratio van prematuur geboren en aterm geboren baby's

Er is gekeken naar de aantal heropnames van de baby's. De Shapiro-Wilk statistiek was significant, hierbij wordt de assumptie van normaliteit geschonden. Levene's test is niet significant, er kan geconcludeerd worden dat de varianties gelijk verdeeld zijn.

Aangezien deze scores zodanig niet normaal verdeeld zijn, is ervoor gekozen om de Mann-Whitney U test te gebruiken. De Mediaan en de Range van moeders van een prematuur geboren baby zijn *Median*= 1.00, range [van 1 tot 6], en van moeders van een aterm geboren baby zijn *Median*= 1.00, range [van 1 tot 4]. De Mann-Whitney U test was niet statistisch significant, waarbij moeders van een prematuur geboren baby (*Mean Rank*=29.77, *n*= 26) hoger scoren op heropname van hun baby dan moeders van een aterm geboren baby (*Mean Rank*=27.40, *n*= 30), $U = 357.00$, $z = -.66$, $p > .05$, tweezijdig.

Psychisch welzijn en Werkproductiviteit

Onderzocht is of er een samenhang bestaat tussen psychisch welzijn van moeders van prematuur geboren baby's (*n*=23), in dit geval de mate van depressieve klachten, en verlies van werkproductiviteit. Deze verwachte samenhang is onderzocht door middel van een Pearson correlatie. Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses zijn de assumpties voor het uitvoeren van een regressieanalyse gecontroleerd. Er is voldaan aan de assumptie voor normaalverdeling, lineariteit en homoscedasticiteit.

Om de mate en richting van de samenhang tussen depressieve klachten van moeders van een prematuur geboren baby en verlies van hun werkproductiviteit te bepalen is een Pearson correlatie (*r*) uitgevoerd. Er is een zeer sterk positief significant verband gevonden tussen depressieve klachten van moeders van prematuur geboren baby's en verlies van werkproductiviteit, $r(23) = .95$, $p < .050$. Dit houdt in dat wanneer moeders van een prematuur geboren baby meer depressieve klachten ondervinden, een groter verlies van werkproductiviteit ervaren. Hierbij is sprake van een groot effect ($r^2=.90$), waarbij de variantie van verlies van werkproductiviteit voor 90% verklaard wordt door de depressieve klachten van moeders.

Psychisch welzijn en Medische consumptie

Onderzocht is of er een samenhang bestaat tussen psychisch welzijn van moeders van prematuur geboren baby's, in dit geval de mate van depressieve klachten, en de medische consumptie. Deze verwachte samenhang is onderzocht door middel van een Pearson correlatie. Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses zijn de assumpties voor het

uitvoeren van een regressieanalyse gecontroleerd. Aangezien alle assumpties geschonden zijn is er een Spearman's rho uitgevoerd.

Spearman's rho duidt op een sterke positieve significante correlatie tussen depressieve klachten van moeders van prematuur geboren baby's en hun medische consumptie, $r_s = .64$, $p < .010$, tweedelig, $N = 23$.

Conclusie en Discussie

In dit onderzoek zijn verschillende factoren op het gebied van psychisch welzijn en werkproductiviteit vergeleken tussen moeders van prematuur geboren baby's en moeders van aterm geboren baby's. Tevens is de relatie tussen depressieve klachten van moeders van prematuur geboren baby's en verlies van werkproductiviteit of medische consumptie onderzocht.

Inzicht in de relatie tussen prematuur geboorte en het psychisch welbevinden en werkproductiviteit van ouders is noodzakelijk om de behoefte aan extra ondersteuning op psychisch gebied te exploreren van moeders van een prematuur geboren baby. Met deze inzichten zou mogelijk de zorg voor premature baby's en hun ouders verbeterd kunnen worden.

Psychisch welzijn

Er werd verwacht dat moeders van prematuur geboren baby's meer psychische klachten ervaren in de eerste twee levensjaren, dan moeders van aterm geboren baby's. Huidig onderzoek toont aan dat moeders van prematuur geboren baby's significant hoger scoren op depressieve klachten dan moeders van aterm geboren baby's in de eerste twee levensjaren. 37.8% van de moeders van een prematuur geboren baby scoort zelfs binnen het klinisch gebied op depressieve klachten. Mogelijk is er bij hen sprake van een depressieve stoornis. Huidige resultaten komen overeen met voorgaand onderzoek waaruit bleek dat moeders van een prematuur geboren baby veel depressieve gevoelens ervaren (Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar, & Kok, 2011). Ook uit andere onderzoeken bleek dat de kans dat moeders van premature kinderen zich depressiever voelen groter is dan de kans dat moeders van aterm geboren kinderen dit voelen (Ionio et al., 2016; Ravn et al., 2012, Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010).

Op gebied van distress of angstklachten zijn geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen moeders. Deze bevindingen komen niet overeen met voorgaande onderzoeken waaruit bleek dat de meeste moeders van een premature baby in hoge mate

psychologische stress ervaren, met name gedurende de eerste 6 maanden nadat ze het ziekenhuis verlaten hebben (Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar, & Kok, 2011). In huidig onderzoek zijn moeders benaderd tot twee jaar na de bevalling. Mogelijk kan dit leiden tot onderrapportage. Ook uit andere onderzoeken bleek dat de kans dat moeders van premature kinderen zich angstiger voelen groter is dan de kans dat moeders van aterm geboren kinderen dit voelen (Ionio et al., 2016; Ravn et al., 2012, Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010). Voorgaande onderzoeken hebben angst in de relatie tussen de ouder en het kind onderzocht. In huidig onderzoek is angst gemeten aan de hand van DSM criteria voor angststoornissen. Mogelijk geeft huidige angstindicatie om deze reden geen duidelijk beeld rondom de specifieke angst die moeders kunnen ervaren rondom de ontwikkeling en gezondheid van het kind.

Werkproductiviteit

Verwacht werd dat moeders van prematuur geboren baby's meer problemen ervaren op het werk, waaronder meer verlies van werkproductiviteit. In huidig onderzoek is er geen significant verschil gevonden tussen de mate van productiviteitsverlies bij moeders van prematuur en moeders van aterm geboren baby's. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat moeders vaak minder gaan werken na de geboorte van hun kind (Mol, 2008). Uit onderzoek blijkt dat men effectiever werkt bij minder werkuur per week (Collewet, & Sauermann, 2017).

Sociale steun

In huidige literatuur is weinig bekend over de mate van sociale steun bij moeders van prematuur geboren kinderen in vergelijking met moeders van aterm geboren kinderen. Verwacht werd dat sociale steun mogelijk minder ervaren wordt door moeders van prematuur geboren baby's dan door moeders van aterm geboren baby's. Een prematuur geboren baby heeft namelijk meer zorg nodig waardoor moeders minder tijd hebben voor contacten met anderen. Daarnaast komt uit onderzoek naar voren dat depressieve moeders minder sociale ondersteuning rapporteren (Nylen, O'Hara, & Engeldinger, 2013). In huidig onderzoek is er geen significant verschil gevonden tussen moeders van een prematuur en een aterm geboren baby rondom sociale steun van hun omgeving. Dit komt overeen met eerder onderzoek in Canada, waar ook geen statistisch verschil is gevonden in sociale steun bij moeders van prematuur en moeders van aterm geboren kinderen (Preyde & Ardal, 2003).

Financiële problemen

Op gebied van financiële problemen, werd verwacht dat moeders van prematuur geboren baby's meer financiële problemen rapporteren. In huidig onderzoek is er echter geen

significant verschil gevonden op gebied van financiële problemen tussen beide groepen moeders. Dit komt niet overeen met voorgaand onderzoek waaruit blijkt dat families van prematuur geboren kinderen financiële last ervaren, zoals onverwachte en hogere rekeningen (Lakshmanan, et al., 2017). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er in voorgaande onderzoeken geen gebruik gemaakt is van een controlegroep. Daarnaast kan opleidingsniveau of het gezamenlijk inkomen van invloed zijn op de mate waarin gezinnen financiële lasten ervaren (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006).

Medische consumptie

Verwacht werd dat moeders van prematuur geboren baby's meer gebruik maken van verschillende zorgverleners dan moeders van aterm geboren baby's. De resultaten uit huidig onderzoek laten geen significant verschil zien tussen medische consumptie van moeders van prematuur en aterm geboren baby's. Mogelijk spelen o.a. etnische verschillen hierbij mede een rol. Uit onderzoek komt naar voren dat mensen met name van Marokkaanse of Turkse afkomst, meer gebruik maken van verschillende zorgverleners (Reijneveld, 2001). Etnische achtergrond is in deze studie niet meegenomen. Wel is bekend dat de etnische diversiteit in Rotterdam groot is (CBS, 2017).

Heropnames

Er werd verwacht dat prematuur geboren baby's meer heropnames hebben dan aterm geboren baby's. In huidig onderzoek komt echter geen significant verschil naar voren tussen prematuur geboren en aterm geboren baby's in de hoeveelheid heropnames. Deze resultaten komen niet overeen met de literatuur waaruit naar voren komt dat prematuur geboren baby's een verhoogde kans op een heropname in het ziekenhuis hebben doordat ze meer risico lopen op gezondheidscomplicaties (Schakel & Bekhof, 2010; Tomashek et al., 2006). Echter is hierbij niet eerder vergeleken met een controlegroep.

Psychisch welzijn en Werkproductiviteit

Verwacht werd dat de psychische klachten van moeders van prematuur geboren baby's samenhangt met de werkproductiviteit. Huidig onderzoek toont aan dat er een sterk positief significant verband is tussen depressieve klachten van moeders en verlies van werkproductiviteit. Dit verband kan mogelijk verklaard worden doordat een verminderde effectiviteit op het werk bij depressie, aantoonbaar te wijten is aan gebrek aan motivatie of het onvermogen zich hiervoor in te spannen (Wang, et al., 2004).

Psychisch welzijn en Medische consumptie

Verwacht werd dat de psychische klachten van moeders van prematuur geboren baby's samenhangt met hun medische consumptie. Huidig onderzoek toont aan dat er een

sterk positief significant verband is tussen depressieve klachten van deze moeders en hun medische consumptie. Deze resultaten komen overeen met de verwachtingen. Uit voorgaand onderzoek komt naar voren dat mensen met depressie veel gebruik maken van de gezondheidszorg (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004).

Beperkingen

De resultaten die met dit onderzoek zijn verkregen, moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Huidig onderzoeksdesign heeft een aantal beperkingen. Zo bestond de steekproef uit slechts 56 moeders welke woonachtig zijn in omgeving Rotterdam. De gerealiseerde power met huidige steekproefgrootte is berekend aan de hand van een poweranalyse. Hieruit komt naar voren dat de huidige power van de steekproef .58 is, welke vrij laag is. Dit betekent dat huidige steekproef onvoldoende power heeft om kleine effecten te detecteren. Mogelijk zijn hierdoor weinig significante verschillen gevonden tussen beide groepen moeders.

Daarnaast bestaat de doelgroep uit mensen met verschillende etnische achtergronden. Uit de cijfers van het CBS is zichtbaar dat 37.9% van de inwoners in Rotterdam van niet-westerse afkomst is (CBS, 2017). Etnische achtergrond kan o.a. van invloed zijn op het zorggebruik. Zo komt uit onderzoek naar voren dat mensen met name van Marokkaanse of Turkse afkomst, meer gebruik maken van verschillende zorgverleners (Reijneveld, 2001). Daarnaast kunnen andere demografische informatie zoals het gezamenlijk inkomen van het huishouden van invloed zijn op de mate waarin ouders financiële problemen ervaren (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006). Het is van belang om deze demografische kenmerken mee te nemen in vervolgonderzoek, om inzicht te krijgen in de mogelijke effecten hiervan.

Verder is zowel het construct sociale steun als financiële problemen slechts met één vraag onderzocht. Dit gaat mogelijk ten koste van zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van deze uitkomsten. Zo wordt enkel gevraagd naar de mate waarin men sociale steun ervaart en niet naar bijvoorbeeld de kwaliteit van deze sociale steun. Het gebruiken van meetinstrumenten met meerdere items, specifiek voor deze constructen, kan bijdragen aan de betrouwbaarheid en validiteit (Segers, 2002).

Als laatste is de data verzameld bij moeders die in 2016 of 2017 zijn bevallen in het Franciscus Gasthuis en Vlietland. Dit betekent dat het maximaal 2 jaar geleden is dat het kind geboren is. De meeste klachten doen zich echter voor binnen het eerste half jaar na de geboorte (Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar, & Kok, 2011). Daarnaast zijn de vragen

rondom de werkproductiviteit en werkverzuim ingevuld over de afgelopen 4 weken. Mogelijk doen productiviteitsverlies en werkverzuim zich, net als de psychische klachten, met name voor in het eerste half jaar na de bevalling. Dit kan leiden tot onderrapportage van de verschillende factoren.

Aanbevelingen en Toekomstig onderzoek

Huidig onderzoek laat zien dat moeders van prematuur geboren baby's met name meer depressieve klachten ondervinden dan moeders van aterm geboren baby's. Met dit inzicht kan de zorg voor premature baby's en hun ouders verbeterd worden, waarbij men met name meer ondersteuning kan bieden rondom het psychisch welzijn van de moeders in de periode na de geboorte.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op de mogelijke effecten wanneer ouders van prematuur geboren baby's ondersteuning op psychisch gebied ontvangen. Recent is Het Kleine Heldenhuis (KHH) opgestart in Rotterdam waarbij o.a. een gezinscoach ingezet wordt voor extra ondersteuning voor de ouders. Daarnaast zijn ook andere zorgverleners zoals een fysiotherapeut, maatschappelijk werker aanwezig binnen Het Kleine Heldenhuis en kan men hier yoga of meditatie volgen. Hierdoor worden ouders voorzien van verschillende zorgverleners onder een dak. Wanneer ouders gebruik maken van deze voorziening en ondersteuning, kan in de toekomst gekeken worden naar de mogelijke effecten hiervan.

Daarnaast is het mogelijk om medewerkers op te leiden op gebied van behoeften van ouders, gezinsgerichte zorg en communicatievaardigheden. Dit kan de risico's van ouders op o.a. depressie en angst verminderen. Verder is het van belang om het personeel op te leiden over zelfzorg en hen op verschillende manieren te ondersteunen waardoor het optreden van een burn-out, mededogenmoetheid en secundaire traumatische stressstoornis worden geminimaliseerd (Hall et al., 2015).

Een andere mogelijkheid is dat moeders die zelf ook ervaring hebben gehad met prematuur geboorte, functioneren als een buddy voor andere moeders. Met de juiste training kunnen deze moeders (telefonisch) ondersteuning bieden aan andere moeders, net na de geboorte van hun prematuur geboren kind. Onderzoek in Canada laat zien dat individuele ondersteuning door deze getrainde moeders effectief is en moeders helpt om te gaan met de stress die ze ervaren (Preyde & Ardal, 2003). Toekomstig onderzoek kan de mogelijke effecten hiervan in kaart brengen.

Conclusie

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat moeders van prematuur geboren baby's meer depressieve klachten ondervinden dan moeders van aterm geboren baby's. Een derde van deze moeders scoort zelfs binnen klinisch gebied op depressieve klachten. Daarbij is er een samenhang te zien tussen de depressieve klachten van deze moeders en verlies van werkproductiviteit. Hoe meer depressieve symptomen moeders ervaren, hoe meer productiviteitsverlies ze op het werk rapporteren. Verder blijkt er ook een samenhang tussen de depressieve klachten van moeders van een prematuur geboren baby en de hoeveelheid zorg waar ze gebruik van maken. Hoe meer depressieve symptomen moeders ervaren, hoe meer ze gebruik maken van verschillende zorgverleners. Hierdoor is zijn moeders van prematuur geboren baby's een grote kostenpost voor onze maatschappij.

Kennis die verkregen in middels huidig onderzoek kan bijdragen aan de verbetering van ondersteuning van ouders van pasgeborenen. Psychische ondersteuning voor ouders van prematuur geboren baby's, direct na de geboorte, kan bijdragen aan het verminderen van psychische klachten. Dit heeft niet alleen een positieve invloed op de ouder zelf, maar ook op de ontwikkeling van het kind. Depressieve klachten hebben namelijk een negatieve invloed op de opvoeding, welke gekenmerkt wordt door meer gebruik van psychologische controle en door minder responsiviteit en warmte.

Referenties

- Asscher, J., Hermans, J., & Dekovic, M. (2008). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen. *Pedagogiek*, 28(2), 114-127. Geraadpleegd op 26 februari 2018 van file:///Users/Michele/Downloads/352-375-1-PB.pdf
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 385-389.
doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.008
- Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). The relationship between health risks and work productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), 737-745.
doi:10.1097/01.jom.0000131830.45744.97
- Bouwmans, C., Hakkaart-van Roijen, L., Koopmanschap, M., Krol, M., Severens, H., & Brouwer, W. (2013). *Handleiding iMTA medical consumption questionnaire (iMCQ)*. Rotterdam: iMTA, Erasmus Universiteit. Geraadpleegd op 12 mei 2018 van <https://www.solkweb.nl/wp-content/uploads/2017/04/iMCQ.pdf>
- Bouwmans, C., Hakkaart-van Roijen, L., Koopmanschap, M., Krol, M., Severens, H., & Brouwer, W. (2013). *Handleiding iMTA productivity cost questionnaire (iPCQ)*. Rotterdam: iMTA, Erasmus Universiteit. Geraadpleegd op 12 mei 2018 van <https://www.solkweb.nl/wp-content/uploads/2017/04/iPCQpdf.pdf>
- Bremmer, M. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Penninx, B. W. J. H., Dik, M. G., Hack, C. E., & Hoogendijk, W. J. G. (2008). Inflammatory markers in late-life depression: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 249-255. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.002
- Brouwer, W. B. F., Van Exel, N. J. A., Van Gorp, B., & Redekop, W. K. (2006). The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Quality of Life Research*, 15(6), 1005-1021.
doi: 10.1007/s11136-005-5994-6
- Caplan, G., Mason, E. A., & Kaplan, D. M. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 36, 25-45.
doi:10.1023/A:1001800626553
- CBS. (2017). Bevolking; ontwikkeling in gemeenten met 100000 of meer inwoners. Geraadpleegd op 9 juli 2018 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70748NED&D1=>

0,2,4,16,18,20,22,24&D2=a&D3=0&D4=a&D5=1&HD=090707-
1905&HDR=T&STB=G4,G2,G1,G3

- Charchuk, M. & Simpson, C. (2005). Hope, disclosure, and control in the neonatal intensive care unit. *Health Communication, 17*, 191-203. doi: 10.1207/s15327027hc1702_5
- Colletti, C.J.M., Forehand, R., Garai, E., Rakow, A., McKee, L., Fear, J.M., & Compas, B.E. (2009). Parent depression and child anxiety: An overview of the literature with clinical implications. *Child Youth Care Forum, 38* (3), 151-160. doi:10.1007/s10566-009-9074-x
- Collewet, M., & Sauermann, J. (2017) Working hours and productivity. *Labour Economics, 47*, 96-106. Geraadpleegd op 9 juli 2018 van <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/161345/1/dp10722.pdf>
- Conger, R., Conger, K., & Martin, M. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of Marriage and the Family, 72*, 685-704. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x
- Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders, 79*(1), 71-79. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00348-8
- Cummings, E. M., Keller, P.S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 479-489. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, 73*(1), 61-70. doi:10.1016/S0378-3782(03)00073-2
- Elgar F. J., Mills R. S. L., McGrath P. J., Waschbusch D. A., & Brownridge D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 943-955. doi:10.1007/s10802-007-9145-0
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M., Klapp, B.F., & Arck, P. C. (2006). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction, 22*(3), 869-877. doi: 10.1093/humrep/del432
- Escobar, G. J., Greene, J. D., Hulac, P., Kincannon, E., Bischoff, K., Gardner, M. N., ... & France, E. K. (2005). Rehospitalisation after birth hospitalisation: Patterns among

- infants of all gestations. *Archives of Disease in Childhood*, 90(2), 125-131. doi: 10.1136/adc.2003.039974
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2006). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/02 (COTAN)*. Amsterdam: Boom test uitgevers. Geraadpleegd op 23 februari 2018 van <http://4dkl.nl/website/data/documents/Vierdimensionale-Klachtenlijst-4DKL.pdf>
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810-816. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x
- Fegran, L., & Helseth, S. (2009). The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context—closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 667-673. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401
- Gray, R. F., Indurkha, A., & McCormick, M. C. (2004). Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*, 114(3), 736-743. doi:10.1542/peds.2003-1150-L
- Haas, J. S., Fuentes-Afflick, E., Stewart, A. L., Jackson, R. A., Dean, M. L., Brawarsky, P., & Escobar, G. J. (2005). Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(1), 58-63. doi: 10.1001/archpedi.159.1.58
- Hall, S. L., Cross, J., Selix, N. W., Patterson, C., Segre, L., Chuffo-Siewert, R., ... & Martin, M. L. (2015). Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *Journal of Perinatology*, 35(S1), 29 - 36. doi: 10.1038/jp.2015.147
- Hoefman, R. J., van Exel, N. J. A., De Jong, S. L., Redekop, W. K., & Brouwer, W. B. (2011). A new test of the construct validity of the CarerQol instrument: Measuring the impact of informal care giving. *Quality of Life Research*, 20(6), 875-887. doi:10.1007/s11136-010-9829-8
- Hoefman, R. J. (2015). *The impact of caregiving*. Erasmus universiteit Rotterdam. Geraadpleegd op 23 februari 2018 van <http://hdl.handle.net/1765/78028>
- Hodek, J. M., von der Schulenburg, J. M., & Mittendorf, T. (2011). Measuring economic consequences of preterm birth-Methodological recommendations for the evaluation of

- personal burden on children and their caregivers. *Health Economics Review*, 1(1), 6.
doi: 10.1186/2191-1991-1-6
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *European Journal of Psychology*, 12(4), 604. doi: 10.5964/ejop.v12i4.1093
- Jackson, K., Ternstedt, B. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 120-129. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02686.x
- Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115(4), 915-919. doi: 10.1542/peds.2004-0370
- Kusters, C. D. J., van der Pal, S. M., van Steenbrugge, G. J., den Ouden, L. S., & Kollée, L. A. (2013). Impact van vroeggeboorte op het gezin: Ook na 19 jaar ondervinden families nog gevolgen [The impact of a premature birth on the family; Consequences are experienced even after 19 years]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 208, 1310-1316. Geraadpleegd op 26 januari 2018 van <http://docplayer.nl/8786765-Impact-van-vroeggeboorte-op-het-gezin.html>
- Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Fleegler, E., Kipke, M., Friedlich, P. S., ... & Belfort, M. B. (2017). The impact of preterm birth < 37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 38. doi: 10.1186/s12955-017-0602-3
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts?. *Social Science & Medicine*, 62(4), 858-865. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001
- Meijer, J. L., Beijers, C., Pampus, M. G., Verbeek, T., Stolk, R. P., Milgrom, J., ... & Burger, H. (2014). Predictive accuracy of Edinburgh postnatal depression scale assessment during pregnancy for the risk of developing postpartum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(13), 1604-1610. doi:10.1111/1471-0528.12759
- Meijssen, D., Wolf, M-J., Koldewijn, K., van Baar, A., & Kok, J. (2011). Maternal psychological distress in the first two years after very preterm birth and early intervention. *Early Child Development and Care*, 181(1), 1-11. doi:10.1080/03004430903159852

- Mol, M. (2008). Levensfasen van kinderen en het arbeidspatroon van ouders. *Sociaal-Economische Trends*, 11-16. Geraadpleegd op 23 februari 2018 van <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/DD62D622-F798-43BD-BE5E-1AD905F702A8/0/2008k1v4p11art.pdf>
- Morais, A. C., Quirino, M. D., & Almeida, M. S. (2009). Home care of the premature baby. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 24-30. doi:10.1590/S0103-21002009000100004
- Morse, S. B., Zheng, H., Tang, Y., & Roth, J. (2009). Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics*, 123(4), 622-629. doi:10.1542/peds.2008-1405
- Nylen, K. J., O'Hara, M. W., & Engeldinger, J. (2013). Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(4), 427-440. doi: 10.1007/s10865-012-9436-y
- Perined. *Perinatale zorg in Nederland 2015*. Utrecht: Perined. Geraadpleegd op 26 januari 2018 van <https://assets.perined.nl/docs/980021f9-6364-4dc1-9147-d976d6f4af8c.pdf>
- Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 154(2), 169-176. doi:10.1016/j.jpeds.2008.08.020.
- Powers, E. T. (2001). New estimates of the impact of child disability on maternal employment. *The American Economic Review*, 91(2), 135-139. Geraadpleegd op 26 januari 2018 van https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth_Powers/publication/4726642_New_Estimates_of_the_Impact_of_Child_Disability_on_Maternal_Employment/links/00b495283e23037cfb000000.pdf
- Preyde, M., & Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal*, 168(8), 969-973. Geraadpleegd op 30 april 2018 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC152679/pdf/20030415s00022p969.pdf>
- Ravn, I. H., Smith, L., Aarhus Smeby, N., Kynoea, N. M., Sandvikf, L., Bunch, E. H., & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother-infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, 35, 36-47. doi:10.1016/j.infbeh.2011.09.006
- Reijneveld, S. A. (2001). Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid en zorggebruik: de rol van etniciteit. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 182-

183. Geraadpleegd op 9 juli 2018 van
<https://repository.tudelft.nl/view/tno/uuid:2c11f700-5eb5-4a99-8cbe-7cf3ce3cffd3/>
- Ross, L. T., & Wynne, S. (2010). Parental depression and divorce and adult children's well-being: The role of family unpredictability. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 757-761. doi: 10.1007/s10826-010-9366-7
- Schakel, W., & Bekhof, J. (2010). Prematuren geboren na 36 weken zwangerschapsduur. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde, 78*(1), 3-6. doi: 10.1007/s12456-010-0002-7
- Segers, J. H. G. (2002). *Methoden voor de maatschappij wetenschappen*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics, 47*(3), 206-212. doi:10.1176/appi.psy.47.3.206
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Jama, 281*(9), 799-805. doi:10.1001/jama.281.9.799
- Steinberg, Z. (2006). Pandora meets the NICU parent or wither hope? *Psychoanalytic Dialogues, 16*, 133-147. doi:10.1.1.543.8003
- Swaminathan, S., Alexander, G. R., & Boulet, S. (2006). Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Maternal and Child Health Journal, 10*(6), 473-479. doi: 10.1007/s10995-006-0146-3
- Swift, M. C. & Scholten, I. (2009). Not feeding, not coming home: Parental experiences of infant feeding difficulties and family relationships in a neonatal unit. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 249-258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02822.x.
- Terluin, B. (1996). De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). *Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie*, 538-547. Geraadpleegd op 7 juni 2018 van https://www.researchgate.net/profile/Berend_Terluin/publication/281228072_De_vierdimensionale_klachtenlijst_4DKL_Een_vragenlijst_voor_het_meten_van_distress_depressie_angst_en_somatisatie/links/56729b1a08ae54b5e462bdd9/De-vierdimensionale-klachtenlijst-4DKL-Een-vragenlijst-voor-het-meten-van-distress-depressie-angst-en-somatisatie.pdf
- Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Weiss, J., Kotelchuck, M., Barfield, W., Evans, S., Naninni, A., & Declercq, E. (2006). Early discharge among late preterm and term

- newborns and risk of neonatal morbidity. *Seminars in Perinatology*, 30, 61-80.
doi:10.1053/j.semperi.2006.02.003
- Tucker, J. & McGuire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *British Medical Journal*, 329, 675–678. doi:10.1136/bmj.329.7467.675
- Van der Pal, S. M., Van der Pal-de Bruin, K. M., Walther, F., Van Steenbrugge, G. J., BV, O. A., & Schermers, J. (2012). *Call to action for newborn health. Vroeggeboorte in Nederland*. Leiden: TNO. doi:051.02323/01.01
- Vangelisti, A. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29, 39-51. doi:10.1177/0265407509105520
- Verhaest, Y., Vliegen, N., Luyten, P., Vanhole, C., & Naulaers, G. (2009). Nood aan psychologische begeleiding bij vroeggeboorte, een miskend multitrauma in de kiem van het ouderschap. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 12-18. Geraadpleegd op 24 januari 2018 van http://www.vvoc.be/doc/artikel_verhaest_et_al.pdf
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C.-L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 540-550. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x
- Wang, P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P., Simon, G. E., & Kessler, R. C. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1885-1891. doi:10.1176/ajp.161.10.1885
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27, 281-286. doi: 10.1177/0193945916683679
- World Health Organization. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 2). World Health Organization. Geraadpleegd op 26 januari 2018 van http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- World Health Organization. (2011). *Towards a conceptual framework for action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health. Geneva: World health organization. Geraadpleegd op 27 februari 2018 van http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.