

De Kansrijke Start, Door de Ogen van de 'Kwetsbare' Zwangere Vrouw

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van 'kwetsbare' zwangere vrouwen over het voeren van hun eigen regie om een kansrijke start te bieden voor hun kind in de gemeente Utrecht

Mijke H. Engering

Universiteit Utrecht

Gemeente Utrecht

Mijke Engering (5971063)

Docent: Carmen Damhuis

Tweede beoordelaar: Paul Baar

Stagebegeleider: Vera Jager

Datum: 26-9-2019

Abstract

Pregnant women in a vulnerable situation seem by a complexity of stressors to have a higher risk to give their unborn child an adversary start, especially for women with a different ethnic-cultural background. Little is known about how these women pursue empowerment about stressors in life from their perspective. Qualitative research could give more insight into the complex factors that affect the empowerment of Utrechts pregnant women in a vulnerable situation. Insights in the experience, stressors and needs of these women in relation to empowerment on micro-, meso-, exo-, and macro level were conducted by means of 14 semi-structured interviews. In current research the main result is that women experience stressors on all levels, such as a lack of preparation for pregnancy and motherhood, the absence of having an informal network, and not finding the proper formal care, due to stigmatization of low SES-neighbourhood and ethnic-cultural background of the women. In conclusion, it can be said cautiously that pregnant women in a vulnerable situation in the municipality of Utrecht can pursue empowerment with social support and if they can receive formal care and support, when they experience stressors on micro-, meso-, exo-, and macrolevel. It seems to be important that the care and support in Utrecht tries to connect more to these women, by centring the needs of these women.

Keywords: empowerment, pregnant women, stressors, needs, formal care, support

Abstract

Zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie lijken door een complexiteit van stressoren een verhoogd risico te hebben om hun ongeboren kind geen kansrijke start te kunnen geven, in het bijzonder voor vrouwen met een andere culturele achtergrond. Weinig onderzoek is gedaan hoe deze vrouwen eigen regie voeren over stressoren in het leven vanuit hun perspectief. Kwalitatief onderzoek kan inzicht geven in de complexe factoren die de eigen regie van Utrechtse zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie beïnvloeden. Door 14 semigestructureerde interviews werd inzicht gegeven in de belevingswereld van deze vrouwen en hun behoeften ten aanzien van ondersteuning op de eigen regie op micro-, meso-, exo- en macroniveau. Het belangrijkste resultaat is dat de vrouwen in dit onderzoek problemen ervaren op micro-, meso-, exo- en macrolevel, zoals geen voorbereiding op de zwangerschap en moederschap, het ontbreken van een informele netwerk en het niet vinden van de juiste formele zorg, vanwege stigmatisering op het gebied van lage SES-wijk en etnisch-culturele achtergrond van de vrouwen. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat

zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie in de gemeente Utrecht eigen regie kunnen voeren met sociale steun en als zij toegang kunnen vinden tot formele zorg en ondersteuning, tijdens het ervaren van stressoren op micro-, meso-, exo- en macroniveau. Het lijkt hierbij van belang dat de zorg en ondersteuning in Utrecht meer aansluiting proberen te vinden bij zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie, door de behoeften van deze vrouwen centraal te stellen.

De Kansrijke Start, Door de Ogen van de 'Kwetsbare' Zwangere Vrouw

De eerste 1000 dagen zijn belangrijk voor een kind voor een kansrijke start waarin het zich optimaal kan ontwikkelen. Onderzoek wijst uit dat de eerste 1000 dagen, van -9 maanden tot en met 2 jaar, cruciaal zijn voor gezonde ontwikkelingskansen voor kinderen, waar de hersenontwikkeling en de hechting de belangrijkste groei doormaken (Eriksson, 2016). Tussen de eerste en achtste week van de zwangerschap wordt al een basis gelegd voor de belangrijkste organen en de fundamentele anatomie (Feldman, 2013). De plasticiteit van de hersenen van een baby is in de eerste 1000 dagen optimaal en kan de groeikansen van de baby optimaliseren (Bergh, 2014). Tevens biedt deze periode de mogelijkheid om de kwaliteit van hechting te versterken. Deze hechting tussen ouders en kinderen bevordert de veerkracht van kinderen in hun ontwikkeling (Goldstein & Brooks, 2013). De rol van de aanstaande moeder lijkt aanzienlijk voor een kansrijke start voor een kind (Eriksson, 2016). Echter niet voor elk kind is een kansrijke start weggelegd.

Het is problematisch wanneer zwangere vrouwen in een crisis of aanhoudende stressoren niet de juiste ondersteuning kunnen vinden door gebrek aan middelen en mogelijkheden (Ansell, 2016; Moritsugu, Vera, Wong, & Duffy, 2016; Zimmerman, 1995/2000). In het huidige jeugdstelsel is meer nadruk komen te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van deze vrouwen en wordt van hen verwacht dat zij zelf met een hulpvraag komen (Lafra & Nikken, 2014; Friele et al., 2018), wat een probleem kan zijn wanneer zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie de hulpverlening als problematisch ervaren en zelf niet tijdig hulp zoeken voor hun ervaren problemen. Deze vrouwen voelen zich gestigmatiseerd als 'risicogroep' en niet serieus genomen door de hulpverlening (Broek, Kleijnen, & Bot, 2012; Healy, Humphreys, & Kennedy, 2016; Lee, Ayers, & Holden, 2014), in het bijzonder voor vrouwen met een andere etnisch-culturele achtergrond. Uit een review blijkt er een relatie te zijn tussen zwangere vrouwen met een andere etnische-culturele achtergrond, het moeilijk vinden van de juiste zorg, het ervaren van mindere communicatie met de professionals en een lagere waardering ervaren van de verloskunde (Almeida, Caldas, Ayres-de-Cambos, Salcedo-Barrientos, & Dias, 2013). Daarnaast worden deze vrouwen door de professionals niet altijd gesignaleerd, waardoor zij de juiste ondersteuning mislopen (Min. VWS, 2018; Wilschut et al., 2018).

Zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie lijken door een complexiteit van stressoren een verhoogd risico te hebben om hun ongeboren kind geen kansrijke start te kunnen geven. Zwangere vrouwen kunnen complicaties hebben tijdens de zwangerschap en bevalling, wat negatieve gevolgen heeft voor het kind. Uit diverse onderzoeken blijken dat

kinderen met ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals vroeggeboorte en een laaggeboortegewicht, later vaker groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht krijgen (Bergh, 2014; Eriksson, 2016; Poeran, Steegers, & Bonsel, 2012; Potijk, Winter, Bos, Kertsjens, & Reijneveld, 2012). Hoe zwangere vrouwen omgaan met stressoren en welke keuzes zij maken naar het vinden van ondersteuning heeft te maken met de mogelijkheid om eigen regie te voeren (Boumans, 2012; Moritsugu et al., 2016). Het lijkt van belang om kennis te hebben hoe zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie eigen regie voeren, om gezondheidsachterstanden zo vroeg mogelijk aan te pakken (Heckman, 2006). Intussen wat deze vrouwen lokaal nodig hebben om eigen regie te voeren en zo een kansrijke start te bieden voor hun ongeboren kind, is vanuit de wetenschappelijke theorie nog weinig onderzocht in Nederland. Veel kwantitatieve data is beschikbaar over zwangere vrouwen met risicofactoren voor negatieve zwangerschapsuitkomsten, zoals cijfers van vroeggeboorte en een laaggeboortegewicht en de gevolgen daarvan (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016; Eriksson, 2016; Gaston & Cramp, 2011; Goedhart, Eijdsen, Wal, & Bonsel, 2008; Hobel & Culhane, 2003; Lilliecreutz, Larén, Sydsjö, & Josefsson, 2016; Milligan et al., 2010). Echter ontbreekt het vaak aan het perspectief vanuit deze vrouwen hoe zij hun eigen regie voeren over uitdagingen in het leven. Kwalitatief onderzoek kan inzicht geven in de complexe factoren die de eigen regie van zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie beïnvloeden.

De eigen regie, of ook wel empowerment genoemd, is een breed begrip en kan worden gedefinieerd als de vaardigheid om jezelf staande te houden in een crisis of aanhoudende stressors (Ansell, 2016; Moritsugu et al., 2016; Zimmerman, 1995/2000). Vrouwen kunnen zichzelf wel of niet staande houden bij ervaren stressoren en dit heeft te maken met op welke manier deze vrouwen in staat zijn om op een stressor te reageren (Moritsugu et al., 2016). Dit wordt ook wel coping genoemd, een deel van een zelfregulerend proces waarmee wordt omgegaan met eisen uit de omgeving. Daarnaast kan eigen regie ook een uitkomst zijn; het gevoel dat je zeggenschap hebt over jouw eigen toekomst en lotsbestemming (Bandura, 2000/2006). Deze vorm van eigen regie gaat over de mate waarin de vrouwen zelf ondersteuning willen zoeken voor hun ervaren problemen en in welke mate zij het gevoel hebben daarin controle te hebben (Moritsugu et al., 2016).

Een kwetsbare situatie waar een zwangere vrouw zich in bevindt wordt gedefinieerd door een (zorg)professional als het hebben van een of meerdere stressors ten opzichte van ongunstige zwangerschapsuitkomsten, waarbij de beschermende factoren in de relatie tot eigen regie van deze vrouw ontoereikend zijn (Bijlage A) (Cheng, Johnson, & Goodman,

2016; Eriksson, 2016; Graaf, Steegers, & Bonsel, 2013; Kim & Saada, 2013; Roseboom et al., 2011; Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Schulze, Knorth, & Grietens, 2016). De stressoren die de mogelijkheid tot het voeren van eigen regie beïnvloeden van zwangere vrouwen ten aanzien van ongunstige zwangerschapsuitkomsten zijn zowel stimulus events als een proces, waar het gaat over uitdagingen in het leven van een vrouw en de mate waarin de vrouw de omgeving als belastend inschat (Moritsugu et al., 2016). Uit de literatuur zijn een aantal stressoren naar voren gekomen die een significant verhoogd risico hebben op ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals stress, weinig beweging, ondervoeding, migratie, verslaving, psychische stoornis, ongeplande of niet willen van een zwangerschap, zwangerschapscomplicaties, geen sociale steun, huiselijk geweld, lage Sociaal Economische Status (SES) wijken (Biaggi et al., 2016; Eriksson, 2016; Graaf et al., 2013; Kim & Saada, 2013; Roseboom et al., 2011). In huidig onderzoek wordt gefocust op vrouwen met verschillende etnisch-culturele achtergronden met een kind tussen de -9 maanden en 2 jaar, wonend in een lage SES wijk.

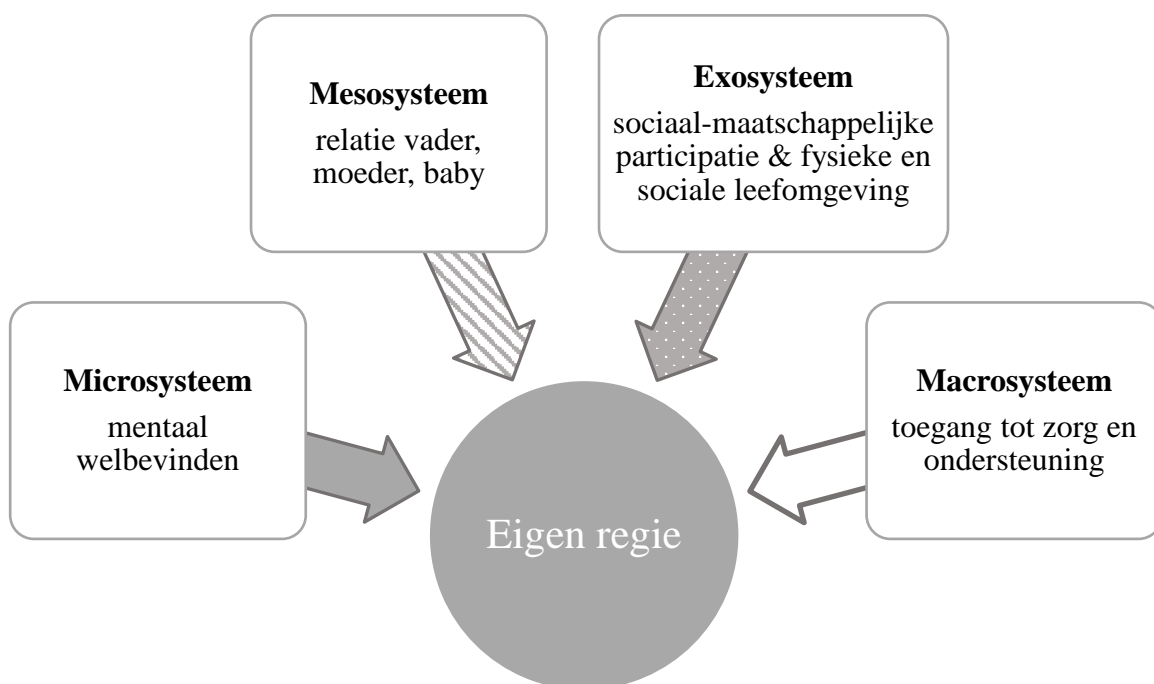
In 2016 werden in Utrecht 4.914 baby's geboren (VMU, 2016), daarvan werd een op de achttien baby's geboren na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken (VMU, 2016). Zwangere vrouwen in Utrecht en de andere drie grote steden hebben een verhoogd risico op een ongunstige zwangerschapsuitkomsten ten opzichte van de rest van Nederland blijkt uit onderzoek (Graaf et al., 2008; Waelput et al., 2017). Wonen in een achterstandswijk, met een lage Sociaal Economische Status (SES), vormt een groter risico voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten (Graaf et al., 2008). In Utrecht zijn dit de wijken: Zuid-west, Overvecht en twee subwijken van Noord-west (VMU, 2016; Jellink, 2016). Deze wijken hebben een hoog percentage inwoners met een laaginkomen, veel sociale huurwoningen en relatief veel inwoners met een migratieachtergrond in vergelijking met het gemiddelde van Utrecht (VMU, 2016). Uit diverse onderzoeken blijkt dat een lage SES van een wijk gerelateerd is aan een ongezonde leefstijl onder zwangere vrouwen (Graaf et al., 2013; Gray et al., 2008; Steegers, Barker, Steegers-Theunissen, & Williams, 2016; Timmermans et al., 2011; Vos, Posthumus, Bonsel, Steegers, & Denктаş, 2014, Waelput et al., 2017) en dus indirect op ongunstige zwangerschapsuitkomsten.

Theoretisch kader

Zwangere vrouwen kunnen uitdagingen in het leven tegenkomen en toch in staat zijn om eigen regie te voeren. De essentie van eigen regie is om de vrouwen in hun kracht te houden of te krijgen, door hen regiehouder te laten zijn van hun eigen proces (Huber et al., 2011). Dit sluit aan bij de definitie positieve gezondheid, als het vermogen met fysieke,

emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (Huber et al., 2011; Huber, 2014). Deze positieve gezondheid stelt dat gezondheid niet louter gebaseerd op medische aspecten, maar ook dat gezondheid gaat om mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, het dagelijks functioneren, geloof en toekomstperspectief en sociaal-maatschappelijk participatie. Naar gezondheid wordt dus breed gekeken, omdat het te maken heeft met verschillende aspecten die onderling invloed op elkaar uitoefenen.

Positieve gezondheid past binnen sociaalecologisch model van Bronfenbrenner (1979). Dit model stelt dat iemand niet op zichzelf staat, maar zich ontwikkelt binnen verschillende systemen, waar interactie tussen plaatsvindt. Het model kent vier systemen: het microstelsel, mesosysteem, exosysteem en macrosysteem. De eigen regie heeft dus te maken met factoren in het micro-, meso-, exo- en macrosysteem, zoals ondersteuning op mentaal welbevinden, relaties tussen vader, moeder en baby, sociaal-maatschappelijke participatie en fysieke en sociale leefomgeving en toegang tot zorg en ondersteuning (Figuur 1). Hieronder worden deze factoren per systeem nader geïllustreerd.



Figuur 1. Een model met factoren binnen het sociaalecologisch model die de eigen regie kunnen beïnvloeden.

Microsysteem. Het microsysteem bestaat uit één persoon. Binnen het microsysteem is het mentaal welbevinden van de zwangere vrouw van invloed op haar eigen regie, zodat zij geen zorgen of stress heeft, zelf problemen oplost en niet bij de pakken neerzit (Flinterman et

al., 2019). Determinanten van het mentaal welbevinden zijn stress en sociale steun. Stress bij zwangere vrouwen kan het mentaal welbevinden verstoren en lijkt de belangrijkste factor voor een negatieve invloed op het mentaal welbevinden. Vrouwen met een andere etnisch-culturele achtergrond blijken vaker psychosociale stress te ervaren tijdens de zwangerschap dan andere vrouwen (Robinson, Benzies, Cairns, Fung, & Tough, 2016). Daarnaast ervaren zwangere vrouwen meer stress rondom de bevalling. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen na het krijgen van een baby een verhoogde kans hebben op depressieve symptomen (Seymour-Smith, Cruwys, Haslam, & Brodribb, 2017). Sociale steun is het sterkst gerelateerd met het wel of niet hebben van stress bij zwangere vrouwen, blijkt uit een review van Biaggi en anderen (2016). Ook na de bevalling lijken stress en steun sterk gerelateerd. Hierin vormt een verandering in de sociale identiteit en de rol als moeder een belangrijke factor. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen na het krijgen van een baby zich minder gewaardeerd voelen als groepslid (Seymour-Smith et al., 2017). Een sterk sociaal netwerk kan dus de eigen regie van moeders in moeilijke situaties versterken (Hagaman, Trout, Chmelka, Thompson, & Reid, 2010).

Een andere stressor wat invloed heeft op het mentaal welbevinden van moeder is de gezondheid van haar kinderen (Lilliecreutz et al., 2016). Onderzoek wijst uit dat moeders van kinderen met een vertraagde ontwikkeling hun mentaal welbevinden als minder ervaren dan andere moeders (Eisenhower, Baker, & Blacher, 2009). Daartegenover kan stress tijdens de zwangerschap invloed hebben op de fysieke ontwikkeling van baby's (laag geboortegewicht, kleiner hoofdomtrek, groei ontwikkelingsproblemen, overgewicht, suiker-, hart- en vaakziekten) en op de psychische ontwikkeling (gedrags- en psychische ontwikkelingsproblemen) (Hobel & Culhane, 2003; Laat, Huizink, Hof, & Vrijkotte, 2018; Mulder et al., 2002; Potijk et al., 2012; Roseboom et al., 2001).

Mesosysteem. Het mesosysteem gaat over de relatie en processen tussen twee microsystemen, zoals de relatie kind-moeder, kind-vader en vader-moeder, een goede band met gezin en familie en de rol van deze processen op de eigen regie (Flinterman et al., 2019). De veranderingen in de relatie en in de taakverdeling die jonge ouders meemaken, de gezondheid van kinderen, vaderbetrokkenheid en sociale steun van de vader zijn determinanten die de eigen regie beïnvloeden. De ontwikkelingen die jonge ouders doormaken kunnen resulteren in veranderingen in de relatie en in de taakverdeling. Kinderen vragen tijd en energie en hierdoor valt minder tijd te besteden aan de relatie (Groenhuijsen, 2006; Keizer & Schenk, 2012). Het kan voorkomen dat de relatie tussen ouders minder wordt. Uit onderzoek blijkt dat de tevredenheid van de relatie daalt in de eerst maanden na de

geboorte van het eerste kind, wat kan zorgen voor stress de moeder (Groenhuijsen, 2006; May & Fletcher, 2013).

Vaderbetrokkenheid lijkt belangrijk voor het welbevinden van moeder en kind. Uit onderzoek blijkt dat vaderbetrokkenheid een positieve invloed heeft op de fysieke, sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen, op de fysieke en mentale gezondheid van moeders, op hun eigen psychosociale ontwikkeling en hun gevoel van ouderlijke competentie (Brown, Mangelsdorf, & Neff, 2012; Cabrera, Fagan, & Farrie, 2008; Twamley, Brunton, Sutcliffe, Hinds, & Thomas, 2013; Yogman, Garfield & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2016). Daarnaast ervaren zwangere vrouwen minder angst rondom de zwangerschap en bevalling, wanneer zij support van de partner ontvangen (Rini, Schetter, Hobel, Glynn, & Sandman, 2006).

Exosysteem. Het exosysteem is de omgeving waar de zwangere vrouw zich in bevindt en op welke manier zij zich daarin participeert. In het exosysteem hebben de fysieke en sociale leefomgeving en sociaal-maatschappelijk participatie van de zwangere vrouw invloed op haar eigen regie. Van de fysieke en sociale leefomgeving zijn de determinanten: gezond milieu met schone lucht, groene en veilige straten; goed, licht en gezond huis hebben; saamhorigheid in de buurt; geen oorlog en niet mishandeld worden (Flinterman et al, 2019). Determinanten die bij sociaal-maatschappelijk participatie aansluiten zijn: goed Nederlands kunnen, sociale contacten hebben, goede vrienden hebben, geaccepteerd worden, meedoen in de maatschappij en werk hebben (Flinterman et al., 2019). Armoede kan zorgen voor sociale uitsluiting en beperking van participatie en zelfredzaamheid en kan dus de eigen regie van moeder beïnvloeden, doordat zij niet in staat is om op een stressor te reageren (Heutink, Diemen, Elzenga, & Kooiker, 2010). Daartegenover kunnen sociale contacten en goede vrienden van de zwangere vrouw haar ondersteunen wanneer de zwangere vrouw zich niet staande kan houden tijdens een crisis of aanhoudende uitdagingen. Sociale steun kan worden onderverdeeld in emotionele, informationele en instrumentele steun (Moritsugu et al., 2016). Emotionele steun is gericht om de persoon het gevoel te geven dat het begrepen en om bekommerd wordt. De informationele dimensie wordt omschreven als de persoon kennis en instructies te geven, waarbij de persoon vaardigheden verkrijgt. De laatste vorm van steun is instrumenteel, waar de persoon materialen, transportatie of fysieke ondersteuning verkrijgt (Moritsugu et al., 2016).

Macrosysteem. In het macrosysteem kan de toegang tot zorg en ondersteuning van instanties van invloed zijn op de eigen regie van zwangere vrouwen. Determinanten zijn hierbij: goede zorg krijgen, betaalbare zorg en goede begeleiding van instanties (Flinterman et

al., 2019). Goede voorlichting, ondersteuning en begeleiding en een sterk sociaal netwerk kunnen positief bijdragen aan de eigen regie van zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie en in het bijzonder voor vrouwen met een andere etnisch-culturele achtergrond (Almeida et al., 2013; Bronfenbrenner, 1979; Huber & Jung, 2015).

Huidig onderzoek

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek naar de eigen regie van Utrechtse zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie, om inzicht te krijgen in hun belevingswereld en behoeften ten aanzien van ondersteuning op de eigen regie. Het is daarbij van belang dat zij centraal worden gesteld met wat zij nodig hebben voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte, om hun (ongeboren) kinderen een kansrijke start te geven. Daarnaast kan dit onderzoek handvatten bieden hoe de behoeften van deze vrouwen centraal kunnen worden gesteld in zorg en ondersteuning. Tot slot kunnen de uitkomsten van dit onderzoek mee worden genomen in beleid, praktijk en onderzoek.

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek beantwoord zal worden, luidt als volgt: *“Hoe kunnen Utrechtse zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie eigen regie voeren om zo een kansrijke start te bieden voor hun (ongeboren) kind?”*. De onderzoeksvraag wordt in drie deelvragen gesplitst: ‘Wat ervaren deze vrouwen in een kwetsbare situatie tijdens de kansrijke start?’, ‘Hoe gaan zij om met de stressors?’ en ‘Waarom zouden zij extra ondersteuning nodig hebben om eigen regie te voeren?’.

Methode

Design

Huidig onderzoek is een verkenning naar wat zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie in Utrecht nodig hebben om hun eigen regie te voeren en zo een kansrijke start te bieden voor hun ongeboren kind. Achterliggende motivaties worden in kaart gebracht door veertien semigestructureerde interviews, uitgaande van de manier zoals zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie de eigen regie beschrijven en verklaren (Boeije, 2009). Deze vorm van kwalitatief onderzoek gaf de mogelijkheid om de diepte in te gaan bij de meest urgente thema's die bij hen spelen en meer inzicht te krijgen in de meningen, gevoelens, emoties en ervaringen (Denscombe, 2010). Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij flexibel is omgegaan met de topiclijst (Denscombe, 2010). Hiermee is de validiteit van dit onderzoek gewaarborgd door aan te sluiten bij onderzoeksmethoden die passen bij een kwalitatief onderzoek (Boeije, 2009).

Participanten

De 14 participanten zijn vrouwen met verschillende etnisch-culturele achtergronden tussen de 26 en 39 jaar oud ($M_{leeftijd} = 33$) met meerdere kinderen ($M_{kinderen} = 3$) in een kwetsbare situatie. De etnisch-culturele achtergrond die de vrouwen naast het Nederlands hebben zijn: Syrisch, Marokkaans, Afghaans en Eritrees. De leeftijd van het jongste kind valt binnen de kansrijke start, tussen de -9 maanden en 2 jaar. Negen vrouwen zijn fulltime moeder en vijf vrouwen werken parttime, waarvan één vrouw vrijwilligerswerk doet. Alle 14 vrouwen hebben een relatie met de vader van de kinderen. Daarnaast werken alle mannen van de vrouwen, waarvan tien mannen vier dagen werkt of werk combineert met school. Bij vier vrouwen werkt de man zes dagen of gaat regelmatig naar het buitenland.

De doelgroep is representatief voor de doelgroep in Utrecht, omdat 11 vrouwen komen uit wijken met een lage SES (Overvecht en Zuidwest). Deze wijken hebben het hoogste percentage met slechte sociale omstandigheden, zoals moeite met rondkomen, sociaal geïsoleerd, discriminatie, matig tot slecht ervaren gezondheid, minst hulp vragen over opvoeding en mindere leefstijl (overgewicht, beweegnorm, rookt en overmatig drinkt) (VMU, 2016). Daarnaast hebben de 14 vrouwen minstens één van de kenmerken die de eigen regie kunnen beïnvloeden, zoals psychosociale problemen, moeite met rondkomen, laag opleidingsniveau, migratie, leefstijl, geen sociaal netwerk, geen werk en laag oplossend vermogen. De doelgroepen die niet zijn meegenomen in huidig onderzoek zijn vrouwen met een verstandelijke beperking en verslaving, dak- en thuislozen, alleenstaande moeders en tienermoeders en voor deze vrouwen is dit onderzoek niet representatief.

In dit onderzoek is sprake van een selecte en doelgerichte steekproef (Neuman, 2014). De keuze voor de doelgroep is subjectief. De kwetsbare zwangere of net jonge moeders zijn namelijk verworven via hun professionals, die vonden dat zij aan de kenmerken voldeden aan een kwetsbare situatie om zo meer respons te krijgen van de participanten. Professionals uit diverse organisaties in Utrecht zijn benaderd, namelijk: verloskundigen, buurtteam, voorzorg, sociaal-maatschappelijke organisaties (zoals Al Amal). Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalsteekproef: Aan de professionals is gevraagd of zij uit haar professionele netwerk andere organisaties kende die ook wilde deelnemen aan het onderzoek (Neuman, 2014). In totaal zijn 43 professionals benaderd via de e-mail, waarvan negen hebben gereageerd. Drie vrouwen hebben na toestemming van de professional niet gereageerd op het contact van de onderzoeker of zagen toch af van het interview. Sommige professionals waren huiverig over het onderzoek en vroegen zich af het onderzoek de zwangere vrouwen niet te veel zou schaden of omdat het hen teveel tijd zou kosten. Om deze reden is een flyer gemaakt om de werving voor de professionals te verlichten.

Instrument

De validiteit van de methode gaat over dat de toegepaste methoden en technieken passen bij de onderzoeksvragen (Boeije, 2009), om deze reden is de topiclijst opgesteld aan de hand van geoperationaliseerde begrippen uit de onderzoeksvraag. In de topiclijst staan een aantal topics centraal, zoals: beschrijving moeder, wat gaat goed, waarden en normen als ouder, ideaal partner, stress en zorgen, steun, professionals en toekomst. Bij de topics staan een aantal voorbeeldvragen. Voorbeeldvragen bij bijvoorbeeld stress en zorgen zijn: Wat gaat niet zo goed? Waar lig je wakker van? Kan je ze opvolgorde leggen van meeste stress tot minste stress? Wat zo jou helpen om de stress minder te laten worden?

Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij flexibel is omgegaan met de topiclijst om meer aansluiting te vinden bij de participant en zo meer de diepte in kon gaan tijdens het interview (Denscombe, 2010). Wanneer bijvoorbeeld een participant sprak over een stressvol evenement, vroeg de interviewer door op dit onderwerp: *“je zei ook: Je bent eerder gestopt met werken, omdat het stress opleverde. Waren er meer zaken die stress opleverde?”*.

Procedure

Het interview vond plaats op een locatie, gekozen door de vrouwen. Op deze manier werd een sfeer gecreëerd dat de vrouw zich vertrouwd en veilig voelde. Daarbij werd vertrouwen gecreëerd, door te benadrukken dat de vrouwen eigenaar waren van het gesprek. In de introductie van de gespreksleidraad stond het volgende: *“... Het gaat om jouw mening, ideeën en gedachten. Dus geen antwoord is fout of stom. Jij bent de expert en wij willen leren van jou! Daarnaast hoeft jij niks te beantwoorden. Het mag! Als jij het niet wilt, hoeft het niet.”*. Daarnaast is een informed consent opgesteld en door de participanten ondertekend óf er is mondelinge toestemming gegeven tijdens twee telefonische interviews. Informed consent houdt in dat de participanten zelf met volledige kennis beslissen over de risico's en voordelen van het onderzoek en/of zij willen participeren (Boeije, 2009). Ten alle tijde hebben de participanten zich zonder gevolgen mogen terugtrekken. De gegevens van de participanten zijn anoniem verwerkt en de informatie van hen is niet zonder toestemming doorgespeeld aan derden. Om daarbij de vertrouwelijkheid te waarborgen zijn naam en persoonsgegevens niet aan de data gekoppeld en zijn fictieve namen verzonden in de analyse (Boeije, 2009).

Verder zijn er geluidsopnames gemaakt bij de interviews om de exacte antwoorden van de participanten te kunnen analyseren en zo de interne validiteit te waarborgen (Boeije, 2009). De opnames van de interviews waren tussen de 40 en 63 minuten lang. Drie vrouwen wilden niet dat het gesprek werd opgenomen, wegens schaamte. Doordat de doelgroep

moeilijk te bereiken is en omdat de onderzoeker de vertrouwelijkheid richting de respondenten wilde waarborgen, zijn de verhalen van deze vrouwen wel meegenomen in het onderzoek.

Dataverwerking

De veertien interviews zijn anoniem verwerkt en gecodeerd. Bij het coderen werden relevante stukken tekst in de transcripten eruit gefilterd en daar een overkoepelend label aangehangen om thema's en patronen te ontdekken (Boeije, 2009). Eerst is open gecodeerd, uit de data zijn fragmenten gehaald die de onderzoeksvraag beantwoorden. Vervolgens is axiaal gecodeerd, door de open codes te onderscheiden in hoofdcodes en subcodes om een structuur aan te brengen. Als laatste is selectief gecodeerd door te bepalen welke thema's met elkaar in verbinding staan en of er een patroon zichtbaar is (Boeije, 2009). Met het coderen is gebruik gemaakt van MAXQDA12, dit is een software om meer inzicht te krijgen in kwalitatieve data. Hiermee is de data georganiseerd, gecategoriseerd en gevisualiseerd (Verbi Software, 2017). Om een betrouwbare, objectieve analyse te doen heeft een medestudent als medeonderzoeker de codes en analyses beoordeeld (Descombe, 2010). Wanneer oneindigheid was in een label is in samenspraak met de onderzoeker het label verwijderd of veranderd.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd aan de hand van drie onderwerpen: *stressors van zwangere vrouwen, hoe zij omgaan met stressors en welke ondersteuning nodig is om weer regie te voeren op hun leven*. Deze worden beschreven door drie thema's op micro, meso, exo en macroniveau: stress, omgaan met stress en ondersteuning.

Stressors

Microniveau. Op microniveau zeggen de vrouwen angst te hebben voor de bevalling en stress te ervaren bij de verandering van hun lichaam tijdens de zwangerschap en de periode erna. Vier vrouwen waren bang voor de bevalling: *“Ik ben bang, bang... Waar moet het kind uit?”* (participant 12). Participant 1 had geen idee dat zij aan het bevallen was en dat bracht angst en onwetendheid bij haar: *“Mijn buik doet pijn... Wat is er aan de hand? Dan ik zeg, mag ik paracetamol? Ik ben bij mijn man. Hij: wil jij? Oké. Hij geeft aan mij. De pijn komt en nog komt. Misschien ik bevallen? Ik weet niet. Ik begrijp niet.”*. Daarnaast wordt de periode na de bevalling ervaren als extreem, door de slapeloze nachten en het geven van borstvoeding. Door vier vrouwen wordt het geven van borstvoeding genoemd als stressvol. Participant 10 vertelde ook over de rol van de hormonen: *“De hormonen speelden een hele grote rol. Maar*

euh dat vond ik jammer. Ik had gehoopt om weer zo heerlijk te genieten.” Tot slot hadden zes vrouwen een vorm van depressie en waarvan vijf een postnatale depressie.

Mesoniveau. Op mesoniveau ervaarden de vrouwen stressors over de gezondheid en interactie met hun kind, het alleen thuis zitten en niet hun eigen ding kunnen doen en over de relatie van hun man. Participant 5 zegt dat zij al elf jaar met kinderen thuis zit. Daarbij gaven tien moeders aan dat zij niet hun eigen ding kunnen doen. Participant 3 vertelt hierover: *“Het is ook wel veel, als je veel een paar kinderen achterelkaar hebt genomen die allemaal jong zijn, dan ben je heel erg in het verzorgen en zijn zij afhankelijk van jou. Het is iets heel moois. Maar het is ook mooi als je dat mag afsluiten.”* Tien vrouwen hebben genoemd zich zorgen te maken om hun kind, dit ging over de gezondheid en interactie met hun kind. Over de relatie met hun man geven de vrouwen aan dat zij steun ervaren van hun man. Daarnaast konden de vrouwen zich ook eenzaam voelen. Het label ‘Ik ben alleen’ wordt door zeven vrouwen genoemd.

Exoniveau. Op exoniveau waren stressors: ziekte familielid, financiën, Nederlandse taal, geen steun en probleemwijk. Het label ‘ziekte familielid’ wordt door twee vrouwen ervaren als stressvol. Waarbij participant 7 vertelt dat zij haar kinderen niet alleen bij haar man durft te laten, vanwege zijn hartproblemen. Daarnaast spraken 12 vrouwen over het thema financiën als stressvol. Participant 4 sprak hierover: *“...en ja met de financiën die wij hebben, is dat gewoon niet mogelijk”*. De Nederlandse taal wordt door vijf vrouwen genoemd als een hekelpunt. Participant 8 vertelt in het Arabisch hierover: *“Ik heb soms veel ideeën en dingen om te doen of iets. Maar door de taal blijf ik stil. Ik zeg niks”*. Tot slot ontvangen de vrouwen van hun vrienden en familie niet altijd steun: *“Ik heb wel familie. Maar niemand die zegt hé ik ga je helpen.”* (participant 9).

De vrouwen wonen in wijken met een lage SES. Zij vertellen over hun ervaringen in de buurt: *“We wonen nu aan een weg, rijden ze hard. Er liggen lachflesjes op de grond. Er is veel criminaliteit.”* (participant 13); *“Dat is ook een probleemwijk. Dan denken ze gelijk dat iedereen een probleem heeft.”* (participant 6).

Macroniveau. Op macroniveau noemen de vrouwen als stressors, de Nederlandse cultuur die anders is dan in hun geboorteland en het missen van hun eigen familie en de cultuur die zij mee willen geven: *“Als ik ga slapen, hier moeilijk en heel veel verantwoordelijkheid en stress. Dat de cultuur anders is en dat euh familie niet hier. Dus dat is moeilijk.”* (participant 6); *“Ik soms denk aan mijn ouders. Ik heb geen ouders hier. Waarom ben ik hier alleen?”* (participant 1).

Omgaan met stressors

Micro. De vrouwen geven aan dat zij uitdagingen in hun leven wel aankunnen vanuit hun eigen interne kracht en competenties als het gaat om de zwangerschap, moeder zijn, papieren invullen, zelf dingen opzoeken op de computer, rijbewijs halen en Nederlandse taal leren. *“Soms lukt het wel en dan ga ik proberen, proberen, proberen.”* (participant 9). Wel geven ze aan dat het niet makkelijk is, vooral als je competenties en vaardigheden niet (verder) kan ontwikkelen: *“...als je alleen maar thuis blijft, dan ontwikkel je je ook niet. Snap je? Dus euh je blijft hetzelfde”* (participant 3). Daarnaast zijn de vrouwen wel trots dat zij alles zelf doen. Participant 6 zegt hierover: *“...ik doe alles zelf. Administratie van het huis, kinderen zorgen, euh gewoon alles.”*

Hoe de vrouwen met stressors omgaan op microniveau zodat zij weer eigen regie kunnen voeren, zegt een van de vrouwen dat je moet ermee leren te dealen, net zoals Nederlands praten (participant 8) en soms moet je het gewoon doen en niet stressen om het stressen (participant 10). Daarnaast hebben vrouwen geleerd hoe om te gaan met een moeilijke bevalling en met stress bij borstvoeding geven, zoals meer relaxed zijn (participant 3). Een andere manier om met stressors om te gaan en weerbaarder te worden, is gaan schrijven over een depressie en deze leren te herkennen: *“...dan trek ik gelijk aan de bel, ik heb het leren herkennen en wil het dan gelijk stoppen.”* (participant 10). Tot slot is volgens participant 11 tijd nodig om weer eigen regie te voeren: *“Je hebt tijd nodig om eruit te klimmen.”*. De bovengenoemde uitspraken zijn succesverhalen hoe vrouwen hebben leren omgaan met stress, maar het kon ook zijn dat de stress de bovenhand neemt: *“Het werd mij allemaal te veel en ik wilde een eind maken aan mijn leven.”* (participant 12).

Meso. De vrouwen hebben op mesoniveau zowel emotionele als praktische steun van hun man nodig om eigen regie te kunnen voeren. Praktische steun ervaren 12 vrouwen van hun man. Wanneer de man thuis is, steunt hij het gezin in praktische zin, zoals boodschappen doen en helpen in het huishouden. Dit is niet gelijk met wat de vrouwen doen in het huishouden. De vrouwen vinden het belangrijk dat de vader activiteiten met de kinderen onderneemt. *“Hij doet wel als hij vrij is veel met de kinderen. Ik heb liever dat hij dan meer met de kinderen gaat doen, dan dat ik zeg: kan je misschien even de ramen zemen...”* (participant 3). Praktische steun is er ook in interactie met de kinderen. *“In het kraambed heeft mijn man de nachtvoedingen gedaan, kon ik slapen en uitrusten.”* (participant 11). Daarnaast is emotionele steun van hun man volgens de vrouwen belangrijk om eigen regie te voeren. *“...Ik zeg altijd zonder mijn man kan ik het leven niet aan. Altijd met mijn kinderen, met alles geholpen.”* (participant 7). Niet alle vrouwen ontvangen emotionele steun van hun man.

Daarnaast zijn de moeders trots op hun kinderen dat ondanks wat de vrouwen hebben meegemaakt, hun kinderen toch goed opgroeien. Het moederschap heeft de vrouwen veranderd: “ik leef meer in het nu” (participant 10). Als er zorgen zijn rondom het kind, zijn de moeder heel erg gefocust op het kind en de vrouwen zijn soms bang dat zij te weinig aandacht geven aan hun andere kinderen.

Exo. De vrouwen voerden eigen regie op exoniveau doordat zij naar verschillende clubjes gingen ter voorbereiding op hun zwangerschap en aankomend moederschap. Andere manieren hoe zij omgingen met het voeren van eigen regie is thuisblijven waar zij zich veilig voelen, oppas regelen en met de situatie leerde te dealen in een andere taal, zoals Nederlands durven te gaan praten en een woordenboek mee te nemen overal waar ze heengingen. Dertien vrouwen hebben gewerkt. Daarvan werken er reeds vijf vrouwen, waarvan één vrijwilligerswerk doet. De andere vrouwen zijn gestopt met werken op het moment dat zij kinderen kregen.

De vrouwen gingen naar moeder-babygroepen (n=8), zwangerschapsgymnastieclubjes (n=2) en deden mee met de interventie Centering Pregnancy (n=3) om zich voor te bereiden op de zwangerschap en ouderschap en over deze ervaringen te praten met lotgenoten. Om deel te kunnen nemen aan Centering Pregnancy, moet er oppas zijn voor de andere kinderen van de vrouwen. Dit is een gemis van de vrouwen, hierdoor kunnen ze niet deelnemen.

Macro. De vrouwen voerden regie door te vluchten uit hun geboorteland en door formele hulp te zoeken. Vijf participanten zijn gevlucht uit hun geboorteland: “*Ik ben heel blij hè. Ons land is heel blij en veilig. Ik ben heel blij, mijn kinderen zijn veilig allemaal.*” (respondent 7). Daarnaast zegt zij over de verloskunde: “*Ik vind heel goed als vrouwen zwanger worden, dat ze heel goed controle hier. Ik vind heel goed dat vrouwen gaan op bezoek.*”. De vrouwen kregen formele zorg en ondersteuning zowel eerste, tweede als derdelijns van de huisarts, buurtteam, opvoedondersteuning, logopedie, verloskunde, kraamzorg, praktijkondersteuner, gynaecoloog, jeugdgezondheidszorg, psychische thuiszorg, POP-poli, kinderarts, psycholoog en psychiater. De kraamzorg vertelde de vrouwen wat staat er te wachten na de geboorte, zoals “*waar ik informatie kon halen en wat ik moest doen na de geboorte en wat er zal veranderen.*” (participant 2). De vrouwen voerden eigen regie op macroniveau door hulp te vragen aan professionele hulpverlening, zoals aan een arts bij twijfels over een medicijn voor het kind, aan de kledingbank voor kleren voor het ongeboren kind en therapie voor depressies. Participant 11 heeft het over dat toen haar vader ziek werd, zij aan de bel trok: “*Ik wil nu wel een extra steunpilaartje, iemand waarmee ik kan praten en*

bij wie ik mijn verhaal kwijt kan, want als ik dit allemaal zelf moet oplossen met mijn man en familie en vrienden dat is gewoon euh te zwaar...” .

Ondersteuning

Micro. Wat de vrouwen nodig hebben om eigen regie te kunnen voeren is ondersteuning op de voorbereiding op de bevalling en ouderschap. Voor de bevalling willen de vrouwen ondersteuning op wat hen te wachten staat en leren omgaan met angst voor de bevalling. Daarnaast hoort ook ondersteuning op gepland en ongepland zwanger worden, zoals zorgvuldige informatie over anticonceptie. Participant 1 wilde na haar derde kind geen kinderen meer en ging naar de huisarts voor anticonceptie. Bij het ophalen van de spiraal, gaf de apotheker advies over een spiraal tijdens de borstvoeding: *“Als je spiraal in doet, dan geeft borstvoeding, komt minder, minder. Die zoon van mij wil niet flesje drinken. Ik geef fles, hij doet alles weggeven. Mijn man zegt we moeten wachten.”*. Deze vrouw en haar man hadden geconcludeerd dat een spiraal nu niet handig is, doordat het geven van borstvoeding nog meer werd bemoeilijkt. Van de apotheker hadden zij geen andere optie voor anticonceptie gekregen. Participant 1 is tijdens het interview in verwachting van haar vierde.

Daarnaast willen de vrouwen ondersteuning op hoe zij tijd kunnen maken voor henzelf in combinatie met de verzorging van hun kinderen en het huishouden, om (weer) eigen regie te voeren. *“...het liefst allemaal op eigen houtje. En ik hoop dat er een broertje of zusje dan is. ... Ik moet eerst nog kijken of dat euhm dat euhm één kindje met nog alle gewone dingen ernaast doen: je sociale leven, je werk, je inkomen, je plaatje.”* (participant 11).

Meso. De vrouwen hebben zowel emotionele als praktische steun van hun man nodig om eigen regie te voeren. Het loslaten van dingen in het huishouden en de man een rol in het huishouden en gezin laten spelen, zijn aspecten wat vrouwen zeggen nodig te hebben om te leren en wat wellicht hun stress kan verlichten.

Exo. Wat de vrouwen nodig hebben om weer regie te voeren is een informeel netwerk die hen op zowel informatieel, instrumenteel en emotioneel niveau steunt en de Nederlandse taal leren voor deze interactie. Dertien vrouwen hebben familie of vrienden in Nederland. Deze vrienden en familie helpen de vrouwen instrumentaal met kleertjes, oppassen en onderdak, informatieel door te praten over de voorbereiding van de zwangerschap en ouderschap en emotioneel door met hen te praten over hun gevoel. Ondersteuning ontvangen de vrouwen ook van burens en andere ouders van hun kinderen school. Hier worden de vrouwen praktisch en informatieel geholpen door hulp met de Nederlandse taal, ophalen van hun kinderen op school en boodschappen te doen. Participant 11 zou het leuk vinden als een mamacafé in de buurt zou zijn voor het uitwisselen van

ervaringen over het (aanstaande) moederschap. Dezelfde vijf vrouwen die moeite hebben met de Nederlandse taal doen een cursus Nederlands of hebben deze net afgerond. Daarbij is gaan naar de bibliotheek ook belangrijk. Echter om buitenshuis jezelf te ontwikkelen, is oppas nodig voor de andere kinderen van de vrouwen. Dit is een gemis van de vrouwen, hierdoor kunnen ze niet deelnemen aan groepsinterventies.

Macro. De vrouwen hebben op macroniveau nodig om regie te voeren is ondersteuning om hulp leren te vragen en hulp leren te accepteren van professionele hulpverlening: *“Het is nooit fijn om toe te geven van euh ik kan het niet alleen euh. Ik heb hulp nodig om euh hierdoor te komen en daarmee je zwakte te laten zien”* (participant 11). Daarbij ervaren de vrouwen het als fijn dat de professional alleen naar hen luistert en er alleen voor hen is. De vrouwen ervaren verschillende professionals als lastig, omdat zij aan een nieuwe hulpverlener moeten wennen vanwege het andere karakter van deze hulpverlener en hen leren vertrouwen rondom het huis en het tijd kost om je verhaal weer te doen. *“Ik heb daar wel eens gedacht. Als ik elke keer bij dezelfde was geweest of meerdere keren bij dezelfde was geweest. Dan had zij misschien wel gezien dat het niet goed met mij ging. Maar in zo’n tien minuten dat je daar zit, hoef je alleen over de baby te praten en te zeggen hoe gelukkig ik ben. Terwijl dat misschien niet zo is, maar dat kan ik dan lekker zeggen.”* (participant 10). Een conditie hiervoor is contact met dezelfde hulpverlener. Daarbij hadden de vrouwen graag gehad dat sommige professionals mogen en durven door te verwijzen: *“zij wist denk ik wel dat er iets mis was, maar wist niet zo goed wat ze met mij kon doen...”* (participant 14).

De zorg die de vrouwen ervaren was wisselend: *“Wanneer ik afspraak heb gemaakt bij buurtteam, zij zijn om mensen te helpen.”* (participant 1); *“Dat zij de wegen kennen en weten te bewandelen om dan ook bij de gemeente een aanvraag te doen voor euhm extra uren voor de kraamzorg.”* (participant 11). Andere participanten vonden dat zij minder werden geholpen door de huisarts en verloskundige. Zes vrouwen gaven aan zich niet gehoord te voelen door de huisarts en verloskundige: *“Telkens brak ik in tranen uit, op elk spreekuur. Ik had psychische hulp nodig”* (participant 12); *“Niemand vroeg: hoe gaat het met jóú?”* (participant 10). Daarnaast ervaren sommige participanten zich bestempeld: *“Dan vragen ze mag je wel alleen naar buiten enzo. Dat je een hoofddoek hebt, betekent niet dat je meteen nergens mag komen.”* (participant 5). De vrouwen gaven aan dat professionals problemen uitlichten, vergroten en gelijk met z’n tien opspringen, want volgens de vrouwen wonen zij in een probleemwijk en denken de professionals gelijk dat iedereen een probleem heeft. Daarentegen kan het helpen om de vrouwen erkenning te geven voor de ervaren problemen en aandacht

voor de vrouw zelf om de hulpverlening beter te laten aansluiten: “...*de huisarts altijd geholpen. Zij is een lieve Nederlandse vrouw. Altijd mij geholpen, met alles.*” (participant 7). Wanneer de vrouwen de juiste hulp ontvingen voelden zij zich erkend: “*Ik werd erkend. Dit maakte me zo blij. Ik wist, er zal mij en mijn kind niets meer gebeuren. Ik zal mijn kind niets meer aandoen.*” (participant 12).

Conclusie en discussie

Allereerst is onderzocht wat 14 Utrechtse vrouwen ervaren omtrent het voeren van de eigen regie op micro-, meso-, exo- en macroniveau. Zwangere vrouwen en jonge moeders zijn niet altijd in staat om met uitdagingen in het leven om te gaan, omdat zij zich bevinden in een kwetsbare situatie. Dit kan gevolgen hebben op de kansrijke start van (ongeboren) kinderen van -9 maanden tot en met 2 jaar, wat een cruciale periode is voor ontwikkeling en groei (Eriksson, 2016). Hulp en ondersteuning aan zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie is van belang om hen leren om te gaan met uitdagingen in het leven en dus eigen regie te voeren, wat problematisch kan zijn wanneer deze vrouwen niet de juiste ondersteuning kunnen vinden (Ansell, 2016; Moritsugu et al., 2016; Zimmerman, 1995/2000). Daarom zijn 14 Utrechtse vrouwen in een kwetsbare situatie met een kind in de kansrijke start geïnterviewd, om inzicht te krijgen in hun ervaringen, hoe zij omgaan met stressors en waarin zij extra ondersteuning nodig zouden hebben. Het doel van dit onderzoek was een exploratie gericht op hoe deze vrouwen eigen regie kunnen voeren om zo een kansrijke start te bieden voor hun kind.

Dit onderzoek liet zien dat de vrouwen verschillende stressors ervaarden op micro-meso-, exo- en macroniveau. De eerste stressor was op microniveau over de onvoorbereide zwangerschap en bevalling en de onvoorbereide periode erna als moeder. Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat de zwangerschap en bevalling, de verandering in de sociale identiteit en de rol als moeder stress kan leveren bij vrouwen (Seymour-Smith et al., 2017). De tweede stressor was op meso- en exoniveau over het ervaren van een eenzaam gevoel, door het alleen thuis zijn en het ontbreken van een informeel netwerk. Deze uitkomst is specifiek voor huidig onderzoek, omdat het hebben van een informeel netwerk en hierop durven terug te vallen de eigen regie van zwangere vrouwen lijkt te beïnvloeden. Dit blijkt uit dit onderzoek, omdat zeven vrouwen ervaarden op niemand te kunnen terugvallen voor sociale steun en zich alleen voelden. De uitkomst is in lijn met onderzoek dat laat zien dat een eenzaam gevoel wordt beschreven als een ervaren stressor wat het persoonlijke falen van interpersoonlijke relaties benadrukt (Margalit, 2010). Daarbij laat onderzoek zien dat een eenzaam gevoel na de bevalling hoger is bij moeders en het kan het mentaal welbevinden beïnvloeden (Junttila et al., 2013). De derde uitkomst gaat over niet de juiste ondersteuning

kunnen vinden in het formele netwerk en de vierde uitkomst gaat over het leven in een andere cultuur. Dit wordt bevestigd door de literatuur waaruit blijkt dat vrouwen met een andere etnisch-culturele achtergrond meer moeite hebben met het vinden van de juiste zorg, doordat zij mindere communicatie met de professionals ervaren (Almeida et al., 2013; Broek et al., 2012; Healy et al., 2016; Lee et al., 2014).

Daarnaast liet dit onderzoek zien dat de vrouwen uitdagingen in hun leven aankunnen vanuit hun eigen interne kracht en competenties, door het krijgen van sociale steun van de partner en informeel netwerk en door het krijgen van erkenning voor hun ervaren problemen door de professionele hulpverlening. Dit sluit aan bij definitie van eigen regie; de vaardigheid om jezelf staande te houden in een crisis of aanhoudende stressors (Ansell, 2016; Moritsugu et al., 2016; Zimmerman, 1995/2000). Daarnaast kan een sterk sociaal netwerk de eigen regie van moeders in moeilijke situaties versterken, omdat sociale steun het sterkst gerelateerd is met het wel of niet hebben van stress bij zwangere vrouwen (Biaggi et al., 2016; Hagaman et al., 2010). In het bijzonder is de rol van de vader hierin belangrijk, omdat het een positieve invloed heeft op zowel de ontwikkeling van kinderen als de gezondheid van moeder (Brown et al., 2012; Cabrera et al., 2008; Twamley et al., 2013; Yogman et al., 2016).

Dit onderzoek laat zien wat de vrouwen nodig hebben om eigen regie te voeren. Ten eerste gaat het over voorbereiding op de bevalling en ouderschap. Utrechtse vrouwen lijken stress te ervaren doordat zij niet weten wat hen te wachten staat rondom de bevalling en ouderschap. Uit onderzoek blijkt dat voorbereiding op de zwangerschap en moederschap significant minder stress geeft, dan vrouwen die geen voorbereiding hebben gehad (Consonni et al., 2010). Daarnaast hebben de vrouwen emotionele en praktische steun van de partner nodig en een informeel netwerk die hen op zowel informatieel, instrumenteel en emotioneel niveau steunt, om eigen regie te kunnen voeren. Het voeren van eigen regie houdt ook in de vaardigheid om te beroepen op het sociale netwerk. Uit dit onderzoek komt naar voren dat vrouwen willen leren om hulp te vragen en hulp te accepteren van professionele hulpverlening, mits zij erkenning krijgen voor de ervaren problemen en dat naar hun verhaal geluisterd wordt en niet louter gekeken wordt naar de medische kant of naar de ontwikkeling van de kinderen. Deze vorm van eigen regie gaat over de mate waarin de vrouwen zelf ondersteuning willen zoeken voor hun ervaren problemen en in welke mate zij het gevoel hebben daarin controle te hebben (Moritsugu et al., 2016). Tot slot liet dit onderzoek zien dat het leren van de Nederlandse taal een voorwaarde is meer eigen regie te kunnen voeren.

Er lijkt discrepantie in de resultaten, omdat dit onderzoek liet zien dat de vrouwen verschillende stressors ervaren, zoals eenzaam voelen en ook trots waren dat zij alles zelf

deden. Een verklaring hiervoor kan zijn is dat trots een gevoel achteraf is en de stressoren zoals eenzaam voelen, beïnvloeden de eigen regie op dat moment. Trots gaat over een behaald resultaat en uitkomst en het gevoel zeggenschap te hebben over hun eigen toekomst en lotsbestemming (Bandura, 2000/2006). Daarbij zijn de vrouwen trots, omdat zij zelf alles deden en zijn omgegaan met de eisen uit de omgeving (Moritsugu et al., 2016). De vrouwen voerden dus eigen regie over de situatie. Een andere verklaring kan zijn dat trots op het alles zelf doen, ook een stressor kan zijn. Onderzoek laat zien dat trots voelen kan zorgen voor een grotere verantwoordelijkheid op een goed resultaat en kan zorgen voor stress (Baer et al., 2015; Dawans, Fischbacher, Kirschbaum, Fehr, & Heinrichs, 2012). Een derde verklaring kan zijn dat tijdens de interviews wordt gevraagd te reflecteren op emoties en situaties die al zijn plaatsgevonden, wat maakt dat de vrouwen zich tegelijkertijd trots als eenzaam kunnen voelen. Het hebben van emoties en deze kunnen herinneren heeft als doel om gedrag te kunnen veranderen in de toekomst. Hierdoor kunnen bij herinneringen verschillende emoties tegelijkertijd plaatsvinden (Levine, Prohaska, Burgess, Rice, & Laulhere, 2001).

Een andere beperking gaat over het kader waarin dit onderzoek geschreven is, namelijk in het kader van jeugdbeleid voor de gemeente Utrecht door beleidsmedewerkers met een hoge Sociaal Economische Status (SES) met voornamelijk een westerse achtergrond, en voor vrouwen met een andere etnisch-culturele achtergrond en een lage SES. Sinds de jaren zestig is een denkbeeld ontstaan in het westen, dat moet worden geïnvesteerd in het menselijk kapitaal, educatie en gezondheidszorg. Dit lijkt te maken te hebben met een waarde in het westen, om andere 'traditionele' culturen kennis bij te brengen (Schech & Haggis, 2000). Dit wordt gerepresenteerd als een ideaal waarin universele waarden centraal staan (Ansell, 2016). Het verspreiden van zogenoemde universele kennis lijkt een ideologie van sommige westerse onderzoekers. Echter bestaat door het vaststellen van zulke universele waarden uit het westen, het risico dat lokale kennis wordt uitgezonderd of verruild (Cole, 2011; Nsamenang, 2008). Onderzoek laat zien dat kwaliteit en effectiviteit van westerse programma's verminderen, wanneer deze niet werden aangepast op de lokale cultuur in Afrika (Nsamenang, 2008). Het lijkt dus van belang te zijn om cross-culturele kennis in acht te nemen voor vervolgonderzoek in dit kader, wanneer beleid wordt geschreven en toegepast op verschillende culturele contexten.

De bevindingen die in het voorgaande deel beschreven zijn, leiden tot aanbevelingen voor vervolg onderzoek. Dit onderzoek heeft zich louter gericht op het perspectief van de zwangere vrouw. Het perspectief van de vaders is niet meegenomen, terwijl vaders een grote invloed hebben op een kansrijke start voor hun kind. Evenals het perspectief van professionals

is niet meegenomen, wat een eenzijdig beeld geeft van de werkelijkheid. Vervolgonderzoek kan zich op beide doelgroepen richten. Daarnaast kan verder onderzocht worden wat het maakt dat de zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie zich zowel trots als alleen voelen. Wellicht kan het ‘emotie als sociale informatie’ (EASI) model meer informatie opleveren (Kleef, 2009). Dit model verklaart hoe emoties het sociale leven reguleren.

Sterkte en limitaties

Om verschillende redenen is dit onderzoek van belang geweest om uit te voeren. Allereerst is, bij kennis van de onderzoeker, de mogelijkheid tot het voeren van de eigen regie van Utrechtse zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie over de kansrijke start nog niet eerder in kaart gebracht. Deze kwalitatieve vorm van onderzoek heeft de ervaringen en behoeften in kaart gebracht van een kwetsbare groep die moeilijk te bereiken is. Ten tweede blijkt uit dit onderzoek dat er winst te behalen valt, als het gaat om een kansrijke start bieden aan kinderen in een kwetsbare situatie om de vrouwen meer passende en op tijd de juiste hulp te bieden. Dit is tevens van belang omdat bij het ontwikkelen van beleid de ervaringen van de vrouwen kunnen worden meegenomen, dit heet ook wel bottom-up beleid. Dit onderzoek biedt handvatten hoe de behoeften van deze vrouwen centraal kan worden gesteld in zorg en ondersteuning. Ten derde maakt dit onderzoek duidelijk dat deze vrouwen hulp nodig hebben vrouwen bij het maken van een informeel netwerk, dat past bij de middelen die zij bezitten.

Een limitatie van huidig onderzoek is het lage aantal respondenten. Dit maakt generalisatie naar een andere gemeenten lastig. Een andere limitatie heeft te maken met de definitie kwetsbaar, omdat deze subjectief is. Een kwetsbare situatie waar een zwangere vrouw zich in bevindt wordt namelijk gedefinieerd door een (zorg)professional (Cheng et al., 2016; Kim & Saada, 2013; Tausendfreund et al., 2016). De vraag is hierbij of de professionals dezelfde taal spreken rondom kwetsbaarheid. Dit geldt in het bijzonder voor de interactie tussen het sociale en medische domein waar de (zwangere) vrouwen zich in bevinden.

Aanbevelingen

Naast de genoemde aanbevelingen voor vervolgonderzoek, kunnen ook een aantal praktische aanbevelingen worden gedaan. Een eerste aanbeveling is om informatie over de zwangerschap en moederschap toegankelijk te maken voor iedere vrouw ongeacht de etnisch-culturele achtergrond of SES in de vorm van een informeel netwerk. Bij de voorbereiding op de zwangerschap en moederschap en het versterken van een informeel netwerk, kan de eigen regie worden versterkt. Echter zijn de meeste ‘clubjes’ in de stad Utrecht niet altijd toegankelijk voor vrouwen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, niet het geld bezitten om deel te kunnen nemen, niet in staat zijn om oppas te regelen en niet de vaardigheden bezitten

om informatie over de ‘clubjes’ te vinden. Dus voor de vrouwen in een kwetsbare situatie die dit goed kunnen gebruiken is er weinig aanbod in de stad te vinden. Clubjes die aansluiten bij de doelgroep zijn Central Pregnancy en Moeder-babygroepen en deze zijn in sommige wijken in Utrecht te vinden, maar nog lang niet overal terwijl deze behoefte er wel is. Daarbij dient rekening worden gehouden met de taal, dus maak het toegankelijk in elke taal of laat verschillende vrouwen die dezelfde taal spreken elkaar ontmoeten.

Daarnaast kan een aanbeveling worden gedaan omtrent de attitude naar zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie. In huidig onderzoek zien de vrouwen in een kwetsbare situatie zichzelf niet als kwetsbaar, maar vallen wel onder de definitie van kwetsbaar. De kwetsbare situatie maakt dat de vrouwen in een hokje worden geplaatst en door de omgeving behandeld voelen als ‘risicogroep’. Dit geldt niet alleen voor de professionals die direct werken met deze vrouwen, maar eveneens voor beleidsmakers en bestuurders die spreken over deze groep vrouwen. Echter identificeren de vrouwen zichzelf niet als kwetsbaar. Om de vrouwen in hun eigen kracht te zetten en niet uit te gaan van louter hun tekortkomingen, kan de benadering richting hen en de terminologie over hen anders; door te spreken over vrouwen in een kwetsbare situatie, in plaats van termen zoals kwetsbare vrouwen.

Een andere aanbeveling omtrent de attitude naar zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie is voor de professionals die werken met deze vrouwen. Huidig onderzoek liet zien dat de vrouwen zich niet altijd erkend en gezien voelden, omdat zorgprofessionals louter keken naar de medische aspecten. Buiten de eigen kaders als professional durven te treden en verder te kijken dan het eigen domein kan de vrouwen helpen om eigen regie te voeren. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van positieve gezondheid, wat kan helpen om de vrouwen in hun kracht te houden of te krijgen, door hen regiehouder te laten zijn van hun eigen proces (Huber et al., 2011; Huber, 2014)

Concluderend kan voorzichtig gesteld worden dat zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie in de gemeente Utrecht eigen regie kunnen voeren met sociale steun om hen heen en als zij toegang kunnen vinden tot zorg en ondersteuning tijdens het ervaren van stressoren op micro-, meso-, exo- en macroniveau. Het lijkt hierbij van belang dat de zorg en ondersteuning in Utrecht meer aansluiting proberen te vinden bij zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie, door de behoeften van deze vrouwen centraal te stellen. Huidig onderzoek heeft inzicht gegeven in de belevingswereld van zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie en kan hopelijk een bijdrage leveren op welke manier deze vrouwen benaderd worden door hen regiehouder te laten zijn van hun eigen proces. Door de ogen van de zwangere vrouw voert zij

namelijk al eigen regie en doet zij er alles aan om haar (ongeboren) kind een kansrijke start te geven.

Referenties

- Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Camos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Matern Child Health, 17*, 1346-1354. doi:10.1007/s10995-012-1149-x
- Ansell, N. (2016). *Children, youth and development*. Oxon, New York: Routledge
- Baer, M. D., Dhensa-Kahlon, R. K., Colquitt, J. A., Rodell, J. B., Outlaw, R., & Long, D. M. (2015). Uneasy lies the head that bears the trust: The effects of feeling trusted on emotional exhaustion. *Academy of Management Journal, 58*, 1637-1657. doi:10.5465/amj.2014.0246
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current directions in psychological science, 9*, 75-78. doi:10.1111/1467-8721.00064
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science, 1*, 164–180. doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00011
- Bergh, B. van der (2014). Prenataal verworven kwetsbaarheid. In *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 99-122). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-368-0495-0_4
- Boeije, H. (2009). *Analysis in qualitative research*. California: Sage publications
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Nieuwegein: Anraad. Verkregen via http://nicolehoeymans.nl/wp-content/uploads/2016/03/Naar_het_hart_van_empowerment.pdf
- Broek, A. van der, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In *Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Verkregen via <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/integrale-jgz/publicaties/publicatie/4371>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C., & Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity, and father-child attachment security in the first 3 years. *Journal of Family Psychology, 26*(3), 421-430. doi:10.1037/a0027836
- Cabrera, N. J., Fagan, J., & Farrie, D. (2008). Explaining the long reach of fathers' prenatal involvement on later paternal engagement. *Journal of Marriage and Family, 70*, 1094-1107. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00551.x

- Cheng, T. L., Johnson, S. B., & Goodman, E. (2016). Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: The three generation approach. *Pediatrics, 137*(6), 1-12. doi:10.1542/peds.2015-2467
- Cole, J. (2011). A cultural dialectics of generational change: The view from contemporary Africa. *Review of Research in Education, 35*, 60-88. doi:10.3102/0091732X1039137
- Consonni, E. B., Calderon, I. M., Consonni, M., Conti, M. H. de, Prevedel, T. T., & Rudge, M. V. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive health, 7*, 28-34. doi:10.1186/1742-4755-7-28
- Dawans, B. von, Fischbacher, U., Kirschbaum, C., Fehr, E., & Heinrichs, M. (2012). The social dimension of stress reactivity: Acute stress increases prosocial behavior in humans. *Psychological Science, 23*, 651-660. doi:10.1177/0956797611431576
- Descombe, M. (2010). *The good research guide: For small-scale social research projects*. Berkshire: McGraw-Hill
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2009). Children's delayed development and behavior problems: Impact on mothers' perceived physical health across early childhood. *Social Science & Medicine, 68*, 89-99. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.033
- Eriksson, J. G. (2016). Developmental origins of health and disease. From a small body size at birth to epigenetics. *Ann Med, 48*, 456-67. doi:10.1080/07853890.2016.1193786
- Feldman, R. S. (2013). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson
- Flinterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P., Hartog, F. den, Jong, M. de, Vermeer, A., & Vosjan, M. (2019). Positieve gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 97*, 96-106. doi:10.1007/s12508-019-0232-8
- Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., Boer, R. D., Bucx, A. J. E. H., De Groot, J. F., ... & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie. Reeks evaluatie regelgeving*. Den Haag: ZonMw. Verkregen via https://vng.nl/files/vng/20180131_eerste_evaluatie_jeugdwet_webversie.pdf
- Gaston, A. & Cramp, A. (2011). Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants. *Journal of Science and Medicine in Sports, 14*, 299-305. doi:10.1016/j.jsams.2011.02.006
- Goedhart, G., Van Eijnden, M., Van Der Wal, M. F., & Bonsel, G. J. (2008). Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk

- profile. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 710-719. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01682.x
- Goldstein, S. & Brooks, R. B. (2013). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-3661-4
- Graaf, J. P. de, Ravelli, A. C. J., Wildschut, H. I. J., Denktas, S., Voorham, A. J. J., Bonsel, G. J., & Steegers, E. A. P. (2008). Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 2734–2740. Verkregen via <http://hdl.handle.net/1765/23573>
- Graaf, J. P. de, Steegers, E. A., & Bonsel, G. J. (2013). Inequalities in perinatal and maternal health. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 25, 98-108. doi:10.1097/GCO.0b013e32835 ec9b0
- Gray, R., Bonellie, S. R., Chalmers, J., Greer, I., Jarvis, S., & Williams, C. (2008). Social inequalities in preterm birth in Scotland 1980–2003: Findings from an area-based measure of deprivation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 82-90. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01582.x
- Groenhuijsen, L. A. (2006). *Ouderschapsplan. De vele gezichten van het belang van het kind*. SWP: Amsterdam
- Hagaman, J. L., Trout, A. L., Chmelka, M. B., Thompson, R. W., & Reid, R. (2010). Risk profiles of children entering residential care: A cluster analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 525-535. doi:10.1007/s10826-009-9325-3
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29, 107-116. doi:10.1016/j.wombi.2015.08.010
- Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312, 1900–1902. doi:10.1126/science.1128898
- Heutink, H., Diemen, D. van, Elzenga, M., & Kooiker, S. (2010). Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven? *Forum*, 88, 10-12. doi:10.1007/BF03089524
- Hobel, C. & Culhane, J. (2003). Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *The Journal of Nutrition*, 133, 1709-1717. doi:10.1093/jn/133.5.1709S
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343-326. doi:10.1136/bmj.d4163

- Huber, M. A. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Maastricht University.
- Huber, M. & Jung, H. P. (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. *Bijblijven*, 31, 589-597. doi:10.1007/s12414-015-0072-7
- Jellinek (2016). *Wijkthermometer 2016*. Amsterdam: Jellinek. Verkregen via <https://www.jellinek.nl/over-jellinek/onderzoek-publicaties/40966-2/wijkthermometer-2016/>
- Junttila, N., Ahlqvist-Björkroth, S., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J., Vauras, M., ... & Riih , H. (2013). Mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy, and toddlerhood. *Psychology and Education an Interdisciplinary Journal*, 50, 98-104. Verkregen via https://www.researchgate.net/profile/Laurie_Theeke/publication/286044814
- Keizer, R., & Schenk, N. (2012). Becoming a parent and relationship satisfaction: A longitudinal dyadic perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74, 759-773. doi:10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x
- Kim, D. & Saada, A. (2013). The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western develop nations: A cross-country systematic review. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 10, 2296-2335. doi:10.3390/ijerph10062296
- Kleef, G. A. van (2009). How emotions regulate social life: The emotions as social information (EASI) model. *Current directions in psychological science*, 18, 184-188. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01633
- Laat, S. A. de, Huizink, A. C., Hof, M. H., & Vrijkotte, T. G. (2018). Socioeconomic inequalities in psychosocial problems of children: Mediating role of maternal depressive symptoms. *European journal of public health*, 28, 1062-1068. doi:10.1093/eurpub/cky125
- Laffra, J., & Nikken, P. (2014). Wat werkt bij het versterken van eigen kracht. *Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut*. Verkregen via <http://www.kaleidoscoop.org/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat-werkt-versterken-van-eigen-kracht>
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2014). A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. *Midwifery*, 30, 403-411. doi:10.1016/j.midw.2013.04.010
- Levine, L. J., Prohaska, V., Burgess, S. L., Rice, J. A., & Laulhere, T. M. (2001). Remembering past emotions: The role of current appraisals. *Cognition & Emotion*, 15, 393-417. doi: 10.1080/02699930125955

- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth*, *16*, 5-13. doi:10.1186/s12884-015-0775-x
- Margalit, M. (2010). *Lonely children and adolescents: Self-perceptions, social exclusion, and hope*. New York: Springer Science & Business Media.
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, *29*, 474-478. doi:10.1016/j.midw.2012.03.005
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., & Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *5*(1), 21-35. doi:10.1186/1747-597X-5-21
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ([Min. VWS] 2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
- Moritsugu, J., Vera, E., Wong, F. Y., & Duffy, K. G. (2016). *Community psychology*. Oxon, New York: Routledge
- Nsamenang, A. B. (2008). (Mis)Understanding ECD in Africa: The Force of Local and Global Motives. In M. Garcia, A. Pence, & J. L. Evans (Eds.), *Africa's Future, Africa's Challenge. Early Childhood Care and Development in Sub-Saharan Africa. Series Directions in Development* (pp. 135–149). Washington: The Worldbank. doi:10.1596/978-0-8213-6886-2
- Poeran, J., Steegers, E., & Bonsel, G. (2012). Approach to perinatal mortality in the Netherlands: outcomes of a systematic expert study. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *156*(31), 1-5. Verkregen via https://repub.eur.nl/pub/83028/REPUBLIC_83028-OA.pdf
- Potijk, M. R., Winter, A. F. de, Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2012). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Archives of Disease in Childhood*, *97*, 112-117. doi:10.1136/adc.2011.300131
- Rini, C., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during

- pregnancy. *Personal Relationships*, 13, 207-229. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x
- Robinson, A. M., Benzie, K. M., Cairns, S. L., Fung, T., & Tough, S. C. (2016). Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 215-226. doi:10.1186/s12884-016-1015-8
- Roseboom, T. J., Meulen, J. H. van der, Ravelli, A. C., Osmond, C., Barker, D. J., & Bleker, O. P. (2001). Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: An overview. *Twin Research and Human Genetics*, 4, 293-298. doi:10.1375/twin.4.5.293
- Schech, S. & Haggis, J. (2000). *Culture and Development. A critical introduction*. Oxford: Blackwell
- Seymour-Smith, M., Cruwys, T., Haslam, S. A., & Brodribb, W. (2017). Loss of group memberships predicts depression in postpartum mothers. *Social Psychiatry Epidemiology*, 52(2), 201-210. doi:10.1007/s00127-016-1315-3
- Stegers, E. A. P., Barker, M. E., Steegers-Theunissen, R. P., & Williams, M. A. (2016). Societal valorisation of new knowledge to improve perinatal health: Time to act. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 30, 201-2014. doi:10.1111/ppe.12275
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services*, 37, 4-22. doi:10.1080/0145935X.2015.1052133
- Timmermans, S., Bonsel, G. J., Steegers-Theunissen, R. P., Mackenbach, J. P., Steyerberg, E. W., Raat, H., ... & Looman, C. W. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology*, 26, 165-180. doi:10.1007/s10654-010-9542-5
- Twamley, K., Brunton, G., Sutcliffe, K., Hinds, K., & Thomas, J. (2013). Fathers' involvement and the impact on family mental health: Evidence from Millennium Cohort Study analyses. *Community, Work & Family*, 16, 212-224. doi:10.1080/13668803.2012.755022
- Volksgezondheids Monitor Utrecht ([VMU] 2016). *Gezondheid van Utrechters in beeld: Cijfers, signalen en uitleg*. Verkregen via <https://www.volksgezondheidsmonitor.nl/>
- Vos, A. A., Posthumus, A. G., Bonsel, G. J., Steegers, E. A., & Denktas, S. (2014). Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: A systematic review and meta-

analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93, 727-740. doi:10.1111/aogs.12430

- Waelput, A. J. M., Sijkens, M. K., Lagendijk, J., Van Minde, M. R. C., Raat, H., Ernst-Smelt, H. E., ... Steegers, E. A. P. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: Rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC, Pregnancy and Childbirth*, 17, 254-266. doi:10.1186/s12884-017-1425-2
- Yogman, M., Garfield, C. F., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. *Pediatrics*, 138(1), 1-15. doi: 10.1542/peds.2016-1128
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. doi:10.1007/BF02506983
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rapaport, & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum

Bijlage A. Tabel 1 *Risico- en beschermende factoren gerelateerd aan veranderbare mechanismen*

Risico- en beschermende factoren	Relatie met de mate tot het voeren van eigen regie van een zwangere vrouw ten opzichte van ongunstige zwangerschapsuitkomsten	Wetenschappelijk onderzoek (review/meta /longitudinal)	Veranderbare mechanisme
MICRO BABY			
Big4: Vroeggeboorte (voor 37 weken), laag geboortegewicht (minder dan 2500 gram), apgar (lager dan 7), congenitale afwijkingen	Er is een duidelijke relatie tussen zuigelingensterfte (tussen 22 weken zwanger en 7 dagen na geboorte) en de Big4. Bij 85% van de zuigelingensterfte hangt samen met Big4. Hiervan spelen bij 78,2% van de gevallen twee of meer factoren van de Big 4.	Eriksson (2016) review Goedhart, Eijdsen, Wal, & Bonsel (2008) Poeran, Steegers, & Bonsel (2012)	Factoren van tot het voeren van de eigen regie van de zwangere vrouw beïnvloeden voor, tijdens en na de zwangerschap (zie hieronder).
Laag geboortegewicht en prematuur	Relatie tussen groei- en psychische ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht.	Eriksson (2016) review Poeran et al. (2015) Potijk, Winter, Bos, Kertsjens, & Reijneveld (2012)	Factoren van de zwangere vrouw beïnvloeden voor, tijdens en na de zwangerschap (zie hieronder).
MICRO MAMA			
Leefstijl zwangere vrouw	Er bestaat een relatie tussen de leefstijl van de zwangere vrouw en vroeggeboorte en een laaggeboortegewicht. Onder de leefstijl vallen: voeding, stress, roken en beweging.	Eriksson (2016) review Hobel & Culhane (2003)	Bewust worden en hanteren van gezonde leefstijl voor, tijdens en na de zwangerschap. Dit houdt in goede voeding, zoals folium tabletten, niet

			roken, voldoende beweging en het verminderen van stress.
Beweging	Er is een relatie tussen weinig beweging en laag opleidingsniveau, hoger aantal kinderen, niet-westerse etniciteit en laag inkomen	Gaston & Cramp (2011)	Beweging tijdens zwangerschap
Stress zwangere vrouw	Relatie hoge stress in placenta met CT moeders.	Moog et al. (2016) meta-analyse Rijlaarsdam et al. (2016)	Leren omgaan met stressvolle situaties door o.a. sociale steun bij de zwangere vrouwen te versterken en voorbereiden op het wel/niet zwanger worden.
	Relatie stress en pretermbabies.	Lilliecreutz, larén (2016) longitudinal study	
	Relatie psychosociale stress en vroeggeboorte en laaggeboortegewicht.	Hobel & Culhane (2003) review	
	Er is een relatie tussen stress bij zwangere vrouwen en de volgende factoren: geen partner of sociale steun (sterkste factor), geschiedenis van huiselijk geweld, persoonlijke geschiedenis van mentale ziekten, ongeplande of niet willen zwangerschap, stressvolle life events (SLE), zwangerschapscomplicaties (heden en verleden)	Biaggi (2016) review	
Psychosociale problemen van zwangere vrouw	Er is een relatie tussen psychosociale problemen, stress en vroeggeboorte. Daarnaast bestaat er ook een relatie tussen depressie, PTST en SLE en jeugdervaringen.	Narayan, Rivera, Bernstein, Harris, & Lieberman (2018)	Leren omgaan met stressvolle situaties uit het verleden en heden.

Verslaving	Er is een relatie tussen verslaving van drugs en prematuur, laag geboorte gewicht en beschadigde fysieke ontwikkeling. Het verschilt in mate van de drugsgebruik, wat het effect op het ongeboren kind is. Uit dit zelfde onderzoek komt naar voren, dat de zwangerschapsuitkomsten beter zijn, wanneer de zwangere vrouw in een programma zit. Roken is in westerse landen de belangrijkste determinant onder verslaving.	Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson, Smith, & Liu (2010) meta-analyse review Forray (2016) review	Deelnemen aan een programma voor zwangere vrouwen en verslaving. Bewustwording van de invloeden van roken.
------------	--	---	---

MESO

Huiselijk geweld	Een zwangere vrouw die blootgesteld is aan huiselijk geweld hebben een significant hoger risico op laaggeboorte en vroeggeboorte. Daarnaast bestaat er een relatie tussen huiselijk geweld en jeugdervaringen.	Shah & Shah (2010) review & meta-analyse Hill, Pallitto, McCleary-Sills, & Garcia-Moreno (2016) systematisch review & meta-analyse Narayan et al. (2018)	
------------------	--	--	--

EXO

Sociale steun	Sociale steun is het sterkst gerelateerd met het wel of niet hebben van stress bij zwangere vrouwen. Daarnaast bevordert een goed sociaal netwerk de weerstand van ouders en families in moeilijke situaties. Tot bestaat er een relatie tussen sociale steun en (postpartum) depressie.	Biaggi (2016) review Hagaman et. al. (2010) Seymour-smith, Cruwys, Haslam, & Brodribb (2017)	Het sociale netwerk vergroten en versterken.
---------------	--	--	--

Sociaal Economische Status (SES)	Relatie met ongezonde leefstijl en vroeggeboorte en laaggeboorte gewicht.	Vos, Posthumus, Bonsel, Steegers, & Denктаş (2014) review & meta-analyse Gray et al. (2008) Steegers, Barker, Steegers-Theunissen, & Williams (2016) Graaf, Steegers, & Bonsel (2013) Timmermans et al. (2011) Waelput et al. (2017)	Het aanbieden, bewust maken van en promoten van gezonde leefstijl voor, tijdens en na de zwangerschap binnen kansrijke buurten. Dit houdt in goede voeding, zoals fosfiumtabletten, niet roken, voldoende beweging en het verminderen van stress.
MACRO			
Migratie	Er bestaat een relatie tussen migratieachtergrond en de volgende factoren: gereduceerde beschikbare zorg, mindere communicatie tussen vrouw en professionals, lagere waardering van verloskundige interventie, hogere prevalentie en risico van geboortesterfte, en hoger cijfer van postpartum depressie.	Almeida, Caldas, Ayres-de-Cambos, Salcedo-Barrientos, & Dias (2013) review	Faciliteren van beschikbare zorg rondom vrouwen met een migratieachtergrond.
Stigmatisering	Zwangere vrouwen kijken verder dan medische risico's. Deze vrouwen kijken ook naar de invloed op hun persoonlijk leven, werk en gezin. Hierdoor voelen zij zich niet serieus genomen. Zwangere vrouwen krijgen stress, omdat zij zijn bestempeld als risicogroep.	Lee, Ayers, & Holden (2014) Healy, Humphreys, & Kennedy (2016) review	Het veranderen van de benaming kwetsbare vrouwen
