

**Het Effect van een Mindful met je Baby Training op Opvoedingsbelasting bij Ouders  
met en Zonder Klinische Verwijzing**

Thesis Pedagogische Wetenschappen (200600042)



**Universiteit Utrecht**

Auteurs: M.P.J. van Harmelen (5998719) & K. Bakens (6531253)

Begeleider: dr. S. N. Duijff

Tweede corrector: S. Bolt

Datum: 24-06-2019

### **Abstract**

Parenting stress influences the development of infants. When mothers with babies experience high levels of parenting stress they become less responsive towards their babies which can result in unsafe attachment styles. In this pilot study research has been done on whether mothers with and without mental health problems experienced a change in perceived parenting stress after participating in a “Mindful with your Baby” (MmB) training. Mothers of three different groups filled out the Parenting Stress Questionnaire (OBVL): mothers referred from specialized mental health care (SGGZ) (n=12), mothers referred from basic mental health care (BGGZ) (n=5), and mothers without reference of mental health care (n=4). The questionnaire was filled out before attending the first training session and directly after the last training session. A mixed model ANOVA was conducted to determine statistical significance. Parents experienced significantly less total parenting stress (small effect size), less problems with parenting (medium effect size), a less depressed mood (medium effect size), less role limitations (small effect size), and less health issues (medium effect size) after participating in the training. No significant effect was found for problems in the parent-child relationship. Due to the small sample size future research with larger samples is needed to confirm the results. Despite the limitations of this study it seems that the MmB training is effective in decreasing perceived parenting stress as measured by the OBVL in all parenting groups.

**Keywords** Mindfulness, Parenting, Mindful Parenting, Infants, Babies, Parenting Stress, Regulation

## Het Effect van een Mindful met je Baby Training op Opvoedingsbelasting bij Ouders met en Zonder Klinische Achtergrond

Acute stress is een gezonde, psychologische reactie die nodig is om te kunnen overleven. Wanneer stress gedurende een langere tijd aanhoudt, kunnen er echter problemen ontstaan. Chronische stress ontstaat wanneer het lichaam zich voortdurend in een staat van paraatheid bevindt en niet meer in rusttoestand komt (Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009). In het geval van ouderschap kan chronische stress leiden tot een harde, reactieve opvoedstijl of mishandeling en verwaarlozing (Deater-Deckard, 2005; Perez-Blasco, Viguer, & Rodrigo, 2013). De ervaren stress die voortkomt uit de verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich meebrengt, wordt ook wel opvoedingsbelasting genoemd (Anthony, Glanville, Naiman, Waanders & Shaffer, 2005; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, & Veerman, 2015).

Opvoedingsbelasting heeft zowel een direct als indirect effect op de ontwikkeling van het kind. Indirect heeft opvoedingsbelasting invloed op het opvoedgedrag van ouders en hierdoor ook op de ontwikkeling van kinderen. Zo kan een gevoel van hoge opvoedingsbelasting zich uiten in een strenge, niet flexibele opvoedstijl. Dit kan leiden tot externaliserend en/of internaliserend probleemgedrag bij kinderen (Anthony et al., 2005; Cohen, Burt & Bjorck, 1987; Deater-Deckard, 1998; Barry, Dunlap, Cotton, Lochman, & Wells, 2005; Pinderhughes, Dodge, Bates, Pettit & Zelli, 2000). Ook blijkt een gevoel van hoge opvoedingsbelasting de cognitieve, sociale en fysieke ontwikkeling van kinderen te belemmeren (Brummelte, Grunau, Synnes, Whitfield & Petrie-Thomas, 2011). Daarnaast kan een gefrustreerde, boze of juist depressieve ouder direct leiden tot een boze, agressieve of juist angstig-depressieve reactie van het kind (Bernard-Bonnin, Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee, 2004; Garside & Klimes-Dougan, 2002; Ronan, Canoy & Burke, 2009; Zekoski, O'Hara & Wils, 1987). Kinderen van depressieve ouders maken zich bovendien vaak zorgen over hun ouders en zijn hierdoor ook vatbaarder voor negatieve gedachten, een laag zelfbeeld en eventueel depressie (Bernard-Bonnin, Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee, 2004).

Aangezien baby's volledig afhankelijk zijn van hun ouders zijn de effecten van opvoedingsbelasting op hun ontwikkeling groot (Pesonen, Räikkönen, Strandberg & Järvenpää, 2005; Potharst, Aktar, Rexwinkel, Rigterink & Bögels, 2017). Baby's ontwikkelen zich binnen een affectieve relatie die al begint in de baarmoeder (Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Snyder, Shapiro, & Treleaven, 2012). Hoe beter de kwaliteit van

de relatie met de ouders, hoe beter de baby beschermd is tegen moeilijkheden later in het leven en tegen mogelijke psychopathologie (Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Cuthbert et al., 2011; Phillips and Shonkoff, 2000; Snyder, Schore, 2001; Shapiro, & Treleaven, 2012). De Dutch Association of Infant Mental Health (IMH) benadrukt het belang van de ouder-kind relatie (Bakel, Cabus, Rexwinkel & Wullems, 2013) IMH is het gebied binnen de sociale wetenschap dat zich specifiek richt op baby's en jonge kinderen (-10 maanden tot 6 jaar). De vroege regulatie van affecten gaat via de ouders, omdat baby's daar zelf nog niet toe in staat zijn. Dit proces is de voorloper van de latere hechting (Bakel et al., 2013; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986). Hechting is een proces van interactie tussen een kind en bijvoorbeeld een ouder dat leidt tot een duurzame affectieve relatie. Voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie is het onder andere noodzakelijk dat de ouder sensitief en adequaat kan reageren op het kind, dat er continuïteit is in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon, en dat de ouder zich kan verplaatsen in een kind (mentaliseren) (Ainsworth & Wittig, 1969). Een veilige gehechtheid heeft positieve gevolgen voor sociale relaties, voor de stemming, het gevoel geaccepteerd te worden en voor de zelfstandigheid van het jonge kind en het basisschoolkind (Bakel et al., 2013; Carter, Godoy, Marakovitz, & Briggs-Gowan, 2009; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986). Daarbij geeft een veilige gehechtheid een positieve zelfwaardering, zowel voor kinderen als voor jongeren (Bakel, et al., 2013; Carter et al., 2009; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986). Wanneer moeders een grote mate van opvoedingsbelasting ervaren, kan dit ervoor zorgen dat de moeder minder goed in staat is om af te stemmen, te reguleren en adequaat te reageren op haar baby, wat de ontwikkeling van een veilige gehechtheid in gevaar kan brengen (Cree, 2010; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Siegel & Hartzell, 2003; Siegel, 2007).

Gezien het belang van de ouder-kindrelatie voor de ontwikkeling van baby's is het wenselijk een interventie voor het verminderen van opvoedingsbelasting in te zetten die zich niet slechts richt op de ouder, maar op de relatie tussen ouder en baby. Een methode die hier rechtstreeks op inspeelt is mindfulness in opvoeden. Mindfulness in brede zin leert mensen onder andere om aandacht te schenken aan hun ervaring op dat moment, zonder hierover een oordeel te hebben (Orzech, Shapiro, Brown & McKay, 2009; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). De eerste mindfulnessstraining werd geïntroduceerd door John Kabat-Zinn en werd Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) genoemd (Kabat-Zinn, 2003). De training werd specifiek ontwikkeld om stress tegen te gaan en er zijn verschillende onderzoeken waaruit de werking blijkt in zowel de klinische als niet-klinische omgeving (Kabat-Zinn, 2003; Praissman, 2008; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001). Mindful

opvoeden wordt door Kabat-Zinn en Kabat-Zinn gedefinieerd als “paying attention to your child and your parenting in a particular way: intentionally, here and now, and non-judgementally” (geciteerd in Bögels, Lehtonen, & Restifo, 2010). Uit onderzoek blijkt dat mindful opvoeden ervoor kan zorgen dat ouders bewuster leren kijken naar hun baby en de signalen van de baby leren begrijpen, wat een positief effect kan hebben op hun responsiviteit (Potharst, Aktar, Rexwinkel, Rigterink, & Bögels, 2017; Siegel et al., 2003). Bovendien is gebleken dat mindful opvoeden de ouder-kind relatie en gehechtheid verbetert (Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009; Snyder, Shapiro et al., 2012).

De “Mindful met je Baby” (MmB) training (Potharst et al., 2017) is een training voor ouders met een baby (0-18 maanden) die door middel van het aanleren van mindfulness-vaardigheden aan ouders beoogt de kwaliteit van de aandacht van de ouder te verhogen om de afstemming te verbeteren, het bewustzijn van opvoedingsbelasting te vergroten en ouderlijke reactiviteit en de intergenerationele overdracht van dysfunctioneel opvoeden te verminderen (Bögels et al., 2014). MmB is onderzocht bij moeders met baby’s met een klinische achtergrond en is onder andere effectief gebleken voor het verminderen van de opvoedingsbelasting ervaren door ouders. Ook wordt door ouders na de training het temperament van de baby als makkelijker ervaren (Potharst et al., 2017; Potharst, Zeegers, & Bögels, 2018).

Het huidige onderzoek is gebaseerd op data uit lopend onderzoek van UvA Minds naar de effectiviteit van de MmB training. De respondenten zijn verdeeld in drie groepen: twee klinische groepen en een preventieve groep. De onderzoeksvraag van het huidige artikel luidt: *“In welke mate is er een verschil in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na deelname aan de MmB training en in welke mate verschilt dit tussen ouders met een verwijzing vanuit de specialistische GGZ (SGGZ), basis GGZ (BGGZ) en ouders zonder mentale gezondheidszorg?”* met als deelvragen *“In welke mate is er een verschil tussen de voor- en nameting in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting zoals gemeten door de OBVL?”* en *“In welke mate is er een verschil tussen ouders met een verwijzing vanuit uit de SGGZ, BGGZ en ouders zonder mentale gezondheidszorg in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na de MmB training?”*. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat ouders uit zowel de twee klinische als de preventieve groep na de MmB training een minder hoge score hebben voor totale opvoedingsbelasting zoals gemeten door de OBVL (Potharst et al., 2017).

## Methode

Er is kwantitatief vergelijkend onderzoek uitgevoerd om de deelvragen te beantwoorden. De kwantitatieve data om opvoedingsbelasting ervaren door ouders voor en na de training MmB te meten is afkomstig uit lopend onderzoek van UvA Minds.

### Participanten

De participanten zijn onder te verdelen in drie groepen: twee klinische groepen en een preventieve groep. De eerste groep bestaat uit ouders die verwezen zijn vanuit de specialistische GGZ (SGGZ), de tweede uit ouders die verwezen zijn vanuit de basis GGZ (BGGZ) en de derde groep is een preventieve groep. De ouders uit de eerste twee groepen zijn verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg vanwege chronische of overmatige stress, mentale gezondheidsproblemen, problemen met het reguleren van de baby of problemen in de interactie tussen moeder en baby (Potharst et al., 2017). Deze ouders hebben de MmB training aangeboden gekregen van UvAMinds om hun klachten te verhelpen en/of te verminderen. Met een preventieve groep worden ouders bedoeld die de training commercieel aangeboden hebben gekregen door Care4Minds (<https://www.care4minds.org/>) en zich uit eigen beweging hebben opgegeven. Deze ouders zijn geworven door mensen te benaderen in het Vondelpark, flyers uit te delen, aankondigingen via websites te doen en door gebruikt te maken van Google Ads. Er is toestemming verkregen van de Ethische Commissie van Universiteit Utrecht om dit onderzoek uit te voeren. De gegevens van de ouders en baby's uit alle drie de groepen zijn weergegeven in Tabel 1. Door gebrekkige data missen bepaalde gegevens in de tabel. Aanvullende informatie, zoals het opleidingsniveau van de ouders en de woonsituatie, die niet direct relevant was voor de onderzoeksvraag, is in te zien in bijlage A.

Tabel 1.

*Demografische gegevens participanten MmB training*

	SGGZ (n = 17)	BGGZ (n = 11)	PREV (n = 8)	Totaal (n = 36)
Sekse ouder (n [%])				
Man	0 [0.00]	0 [0.00]	0 [0.00]	0 [0.00]
Vrouw	17 [100.00]	11 [100.00]	8 [100.00]	36 [100.00]
Leeftijd ouder in jaren (M (SD))	33.00 (2.12)			33.00 (2.12)
Sekse baby (n [%])				
Jongen	10 [58.82]	8 [72.73]	4 [50.00]	22 [61.1]
Meisje	7 [41.18]	1 [9.09]	4 [50.00]	12 [33.3]
Onbekend	0 [0.00]	2 [18.18]	0 [0.00]	2 [5.6]
Leeftijd baby in maanden (M (SD))	10.50 (7.78)		6.50 (0.71)	11.00 (7.07)

*Noot.* SGGZ = de specialistische GGZ-groep; BGGZ = de basis GGZ-groep; PREV = de preventieve groep.

## **Procedure**

De data van dit onderzoek zijn afkomstig uit tien MmB trainingen. De zeven trainingen aan de klinische groepen werden gegeven door UvAMinds op hun locatie in Amsterdam. De begindata van de trainingen waren voor de SGGZ-groep tussen februari 2019 en oktober 2019. Voor de BGGZ-groep begonnen de trainingen tussen december 2018 en januari 2019. De drie trainingen voor de preventieve groep werden gestart tussen september 2018 en januari 2019. Het onderzoeksprotocol van UvA Minds gaat, na het verkrijgen van informed consent, uit van 5 metingen: ongeveer twee maanden voorafgaand aan de training een wachtlijstmeting gedaan (T0); de week voor de eerste bijeenkomst werd de voormeting afgenomen (T1); de derde, vierde en vijfde meting werden gedaan in de week na afloop van de training (T2), ten tijde van de follow-up sessie acht weken na afloop van de training (T3) en een jaar na de training (T4). Bij iedere meting werden dezelfde vragenlijsten, waaronder de OBVL, afgenomen. Vragenlijsten werden thuis online ingevuld door de deelnemende moeder. In deze studie wordt gewerkt met de data van de voor- en nameting (T1 en T2).

## **Interventie**

De training MmB is ontwikkeld door Potharst et al. (2017). De training is bedoeld voor ouders en hun baby tussen de 0 en 18 maanden. Ouders leren vertragen, bewuster omgaan met de onzekerheden en stressvolle momenten die horen bij het krijgen van een baby, bewuster genieten van hun baby, voor zichzelf zorgen, grenzen herkennen en grenzen aangeven. De training bevat een gestandaardiseerd protocol dat bestaat uit acht wekelijkse sessies van twee uur, plus een follow-up sessie acht weken na afloop van de training. Tijdens zes van de acht trainingen en tijdens de follow-up sessie zijn de baby's aanwezig. De aanwezigheid van de baby's zorgt ervoor dat het geleerde direct gegeneraliseerd kan worden naar de dagelijkse praktijk. Oefeningen die aan bod komen tijdens de training zijn meditaties, kijkmeditaties en lichaamsgerichte oefeningen, oefeningen gericht op het omgaan met stressvolle situaties en oefeningen gericht op het contact maken met de baby. Er worden huiswerkopdrachten gegeven zodat ook thuis geoefend kan worden met de nieuwe geleerde vaardigheden. De sessies worden geleid door een mindfulness-trainer, die verantwoordelijk is voor het leiden van de meditaties, en een IMH-specialist, die verantwoordelijk is voor het ondersteunen van ouders als er zorgen zijn over hun kindje, ouders leren bewuster te kijken naar hun baby en hen tevens leert de signalen van de baby te begrijpen.

## **Metingen**

*Opvoedingsbelasting*

Opvoedingsbelasting is gemeten door middel van de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL). Opvoedingsbelasting is de ervaren stress die voortkomt uit de verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich meebrengt (Deater-Deckard, 1998). De vragenlijst is gepubliceerd in 2015. De vragenlijst kan worden gebruikt voor ouders met kinderen van 0 tot 18 jaar en is bedoeld voor ouders die enige mate van opvoedingsbelasting ervaren of voor screenend gebruik. De OBVL kent 34 vragen die vijf domeinen van opvoedingsbelasting meten. Het eerste domein is problemen in de opvoeder-kind relatie. Dit verwijst naar de mate waarin de moeder de opvoeder-kind relatie als problematisch en belastend ervaart. Het tweede domein is problemen met opvoeden. Deze schaal heeft betrekking op de mate waarin de moeder bij het opvoeden van het kind het gevoel heeft over te weinig vaardigheden te beschikken om adequate controle te hebben over het kind en dit als belastend ervaart. Het derde domein betreft depressieve stemmingen. Dit domein verwijst naar de mate waarin een ouder (on)gelukkig is over zichzelf en diens levensomstandigheden. Een hoge score op deze schaal duidt op een depressieve stemming. Het vierde domein is rolbeperking. Dit verwijst naar de mate waarin de ouderlijke rol als inperking op de eigen vrijheid wordt ervaren en als frustratie op pogingen om de eigen identiteit te handhaven. Het vijfde domein is gezondheidsklachten. Dit heeft betrekking op de mate waarin de moeder zich fit en gezond voelt. Tenslotte is er, door de vijf domeinen bij elkaar te voegen, een totaalscore te berekenen voor de totale door de opvoeder ervaren opvoedingsbelasting. In bijlage F is de volledige vragenlijst in te zien. Voor de schaal totale opvoedingsbelasting is de minimale t-score 30 en de maximale t-score 80. Voor problemen in de opvoeder-kind relatie is dat 46 en 80, voor problemen met opvoeden 37 en 80, voor depressieve stemming 48 en 80, voor rolbeperking 37 en 80 en voor gezondheidsklachten 43 en 80. Voor de schalen problemen opvoeder-kind relatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten valt een t-score van 64 of lager in het normale gebied. Een t-score van 65 tot en met 69 valt binnen het grensgebied. Een t-score van 70 of hoger is een score in het klinische gebied. Voor de totaalscore gelden andere grenswaarden dan voor de overige schalen. Een t-score van 59 of lager valt in het normale gebied, een t-score van 60 tot en met 63 in het grensgebied en een t-score van 64 of hoger betekent een klinische score. Een klinische score op de OBVL wijst op ernstige problemen, een score in het grensgebied op milde problemen en een score in het normale gebied op geen problemen. Deze t-scores gelden voor de leeftijd van nul tot drie jaar oud. De OBVL wordt door de Cotan als volgt beoordeeld: de begripsvaliditeit is voldoende, de criteriumvaliditeit is onvoldoende, doordat deze onvoldoende onderzocht is, en de betrouwbaarheid is goed.



## Analyse

In het databestand verkregen van UvA Minds waren voor elke respondent de ruwe scores per schaal per meetmoment gegeven. De ruwe scores per schaal en voor de totaalscore werden aan de hand van de normtabel (zie bijlage D) omgezet naar t-scores. Om de totaalscore te berekenen werden de schaalscores bij elkaar opgeteld. Niet alle metingen zijn ingevuld door alle groepen en/of participanten, onder andere doordat nog niet alle metingen hebben plaatsgevonden. Sommige participanten zijn op het laatste moment aangesloten en hebben daardoor geen wachtlijstmeting ingevuld. Het aantal ingevulde vragenlijsten per groep per meting terug te vinden in Tabel 2. Daarom is gekozen om de resultaten op de voor- en nameting (T1 en T2) van de OBVL te onderzoeken aan de hand van een 3x2 (drie groepen, twee metingen) mixed model ANOVA. Deze analyse is in totaal zes keer uitgevoerd: voor de totale opvoedingsbelasting en de vijf schalen. Hiervoor is het programma IBM SPSS Statistics 25 gebruikt. 5 personen uit de SGGZ-groep, 6 personen uit de BGGZ-groep en 4 personen uit de preventieve groep hadden alleen de voormeting ingevuld en zijn daarom uitgesloten van de analyse. De Shapiro-Wilk,  $F_{\max}$  en Levene's testen zijn gebruikt om de aannames van normaliteit en homogeniteit van de variantie te testen. Wat betreft de voormeting van de totaalscore, de voor- en nameting van de schaal problemen in de ouder-kind relatie en de voormeting van de schaal problemen met opvoeden is niet voldaan aan Levene's test, wat betekent dat er geen gelijkheid van variantie is voor deze metingen. Op de voormeting van de totaalscore, de voor- en nameting van de schaal problemen in de ouder-kind relatie, de voormeting van de schaal problemen met opvoeden en de voormeting van de schaal rolbeperking is niet voldaan aan de Shapiro-Wilk test, wat betekent dat de steekproef voor deze metingen niet normaal verdeeld is. Voor de nameting van de totaalscore, de nameting van de schaal problemen met opvoeden, de nameting van de schaal rolbeperking en de voor- en nameting van de schalen depressieve stemming en gezondheidsklachten zijn geen van de aannames voor een mixed model ANOVA geschonden. Alle vijf de schalen en de totaalscore hebben voldaan aan de  $F_{\max}$  test. Effecten zijn als significant beoordeeld wanneer  $p < .05$ . Om het effect van de MmB op de langere termijn te bekijken is er als post-hoc analyse in SPSS de functie Descriptive Statistics gebruikt om de gemiddelden en standaardafwijkingen van de groepen op de wachtmeting, voormeting, nameting, follow-up 1 en follow-up 2 per schaal te kunnen vergelijken. Cohen's d is gebaseerd op de gemiddelden van de groepen bij elkaar op de voor- en nameting en de variantie van de voormeting

## Resultaten

Ter beantwoording van de vraag: “*In welke mate is er een verschil in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na deelname aan de MmB training en in welke mate verschilt dit tussen ouders met een verwijzing vanuit de specialistische GGZ (SGGZ), basis GGZ (BGGZ) en ouders zonder mentale gezondheidszorg?*” volgen hieronder de resultaten van de Mixed Model ANOVA en de post-hoc analyse. Het uitvalspercentage was in totaal 6%, 12 % binnen de SGGZ-groep en 0% binnen de BGGZ-groep en de preventieve groep.

### Mixed Model ANOVA

In tabel 2 worden de uitkomsten van de Mixed Model ANOVA weergegeven die gebruikt kunnen worden om de deelvraag “*In welke mate is er een verschil tussen de voor- en nameting in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting zoals gemeten door de OBVL?*” te beantwoorden.

Tabel 2.

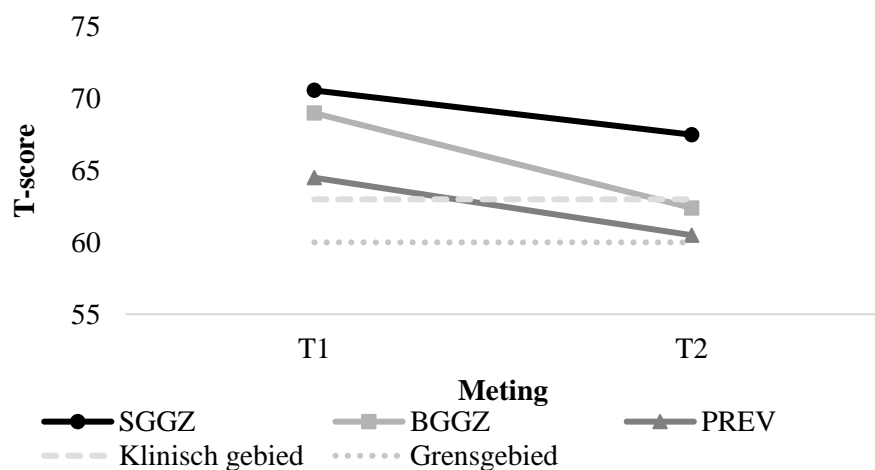
*Gemiddelde t-score, standaardafwijking, bereik van het totaal en de uitkomsten van de Mixed Model ANOVA per schaal*

Schaal	n	T1			T2			Meting				Groep			Interactie-effect						
		M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*	n	F (df)	p	$\eta^2$	d	F (df)	p	$\eta^2$	F (df)	p	$\eta^2$				
Totale opvoedingsbelasting	21	71.71	(8.34)	45-79	21	69.43	(6.60)	59-79	5.88	(1. 18)	<b>.026</b>	.246	.27	.17	(2. 18)	.85	.018	2.21	(2. 18)	.14	.20
Problemen ouder-kind relatie	21	65.76	(10.39)	53-79	21	70.62	(7.63)	53-80	.30	(1. 18)	.588	.017	-.24	.46	(2. 18)	.64	.048	3.92	(2. 18)	<b>.04</b>	.30
Problemen met opvoeden	21	68.10	(11.68)	41-79	21	62.05	(9.33)	48-79	5.39	(1. 18)	<b>.032</b>	.231	.52	.59	(2. 18)	.56	.062	.03	(2. 18)	.98	.00
Depressieve stemming	21	67.67	(5.65)	48-74	21	64.38	(7.23)	48-76	8.38	(1. 18)	<b>.010</b>	.318	.58	1.48	(2. 18)	.26	.139	1.68	(2. 18)	.21	.16
Rolbeperking	21	69.43	(7.47)	50-79	21	66.00	(7.13)	59-76	9.55	(1. 18)	<b>.006</b>	.347	.46	.79	(2. 18)	.47	.081	.62	(2. 18)	.55	.06
Gezondheidsklachten	21	69.05	(5.87)	48-79	21	64.95	(6.31)	57-79	21.06	(1. 18)	<b>.000</b>	.539	.70	.12	(2. 18)	.12	.212	1.31	(2. 18)	.29	.13

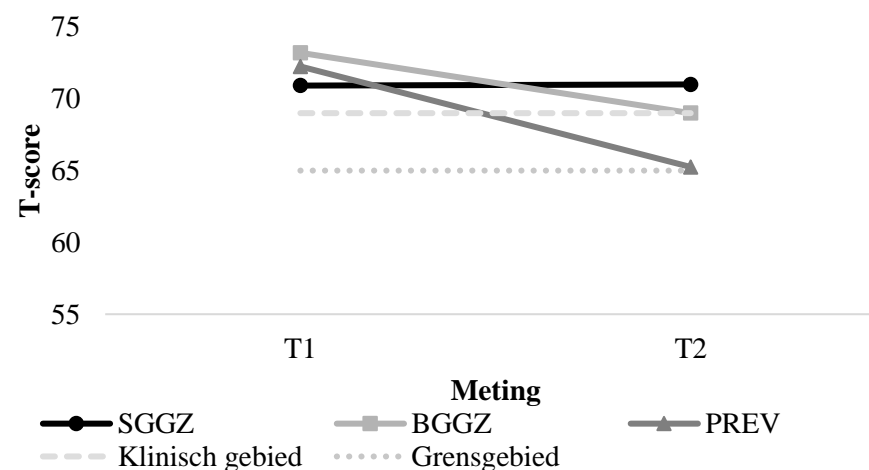
*Noot.* T1 = voormeting; T2 = nameting; d = Cohen's d. Dikgedrukte p-waarden zijn significant.

Het verschil tussen de t-scores voor- en na deelname aan de training is significant voor de schalen totale opvoedingsbelasting, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten. Een significant interactie-effect is gevonden voor de schaal problemen in de ouder-kind relatie.

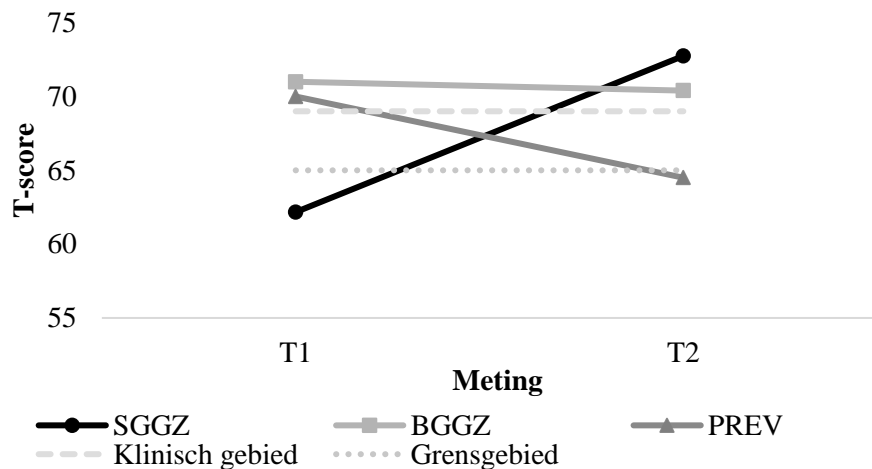
In de Mixed Model ANOVA is geen onderscheid gemaakt tussen de drie groepen. In figuur 1 tot en met 6 zijn daarom de gemiddelde t-scores, van de participanten die meegenomen zijn in de Mixed Model ANOVA, per groep weergegeven op T1 en T2. Deze gegevens kunnen gebruikt worden om de tweede deelvraag: “*In welke mate is er een verschil tussen ouders met een verwijzing vanuit uit de SGGZ, BGGZ en ouders zonder mentale gezondheidszorg in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na de MmB training?*” te beantwoorden. De gemiddelde t-score, standaarddeviatie en de laagste en hoogste score per groep van de geselecteerde participanten op T1 en T2 zijn terug te vinden in bijlage B.



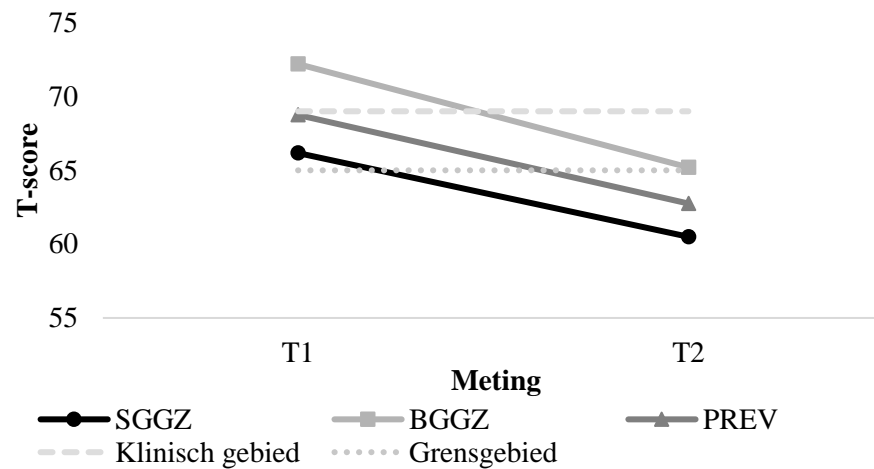
*Figuur 1:* Gemiddelde t-scores op de schaal totale opvoedingsbelasting van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.



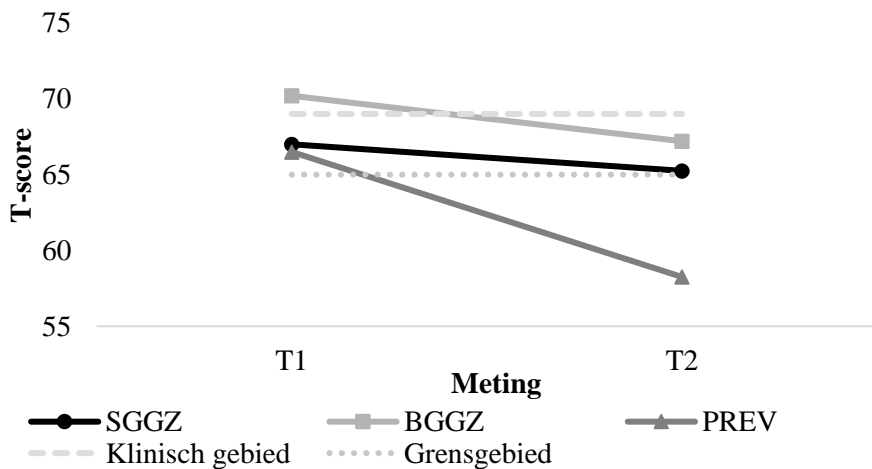
*Figuur 2:* Gemiddelde t-scores op de schaal problemen in de ouder-kind relatie van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.



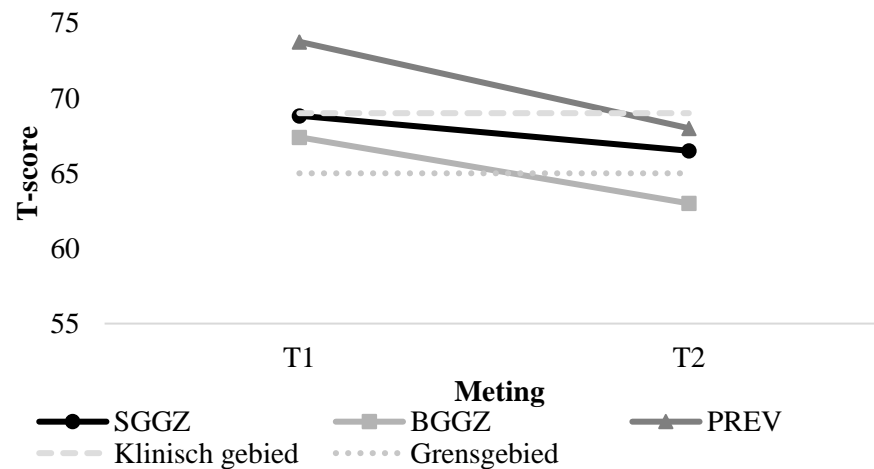
Figuur 3: Gemiddelde t-scores op de schaal problemen met opvoeden van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.



Figuur 4: Gemiddelde t-scores op de schaal depressieve stemming van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.



Figuur 5: Gemiddelde t-scores op de schaal rolbeperking van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.

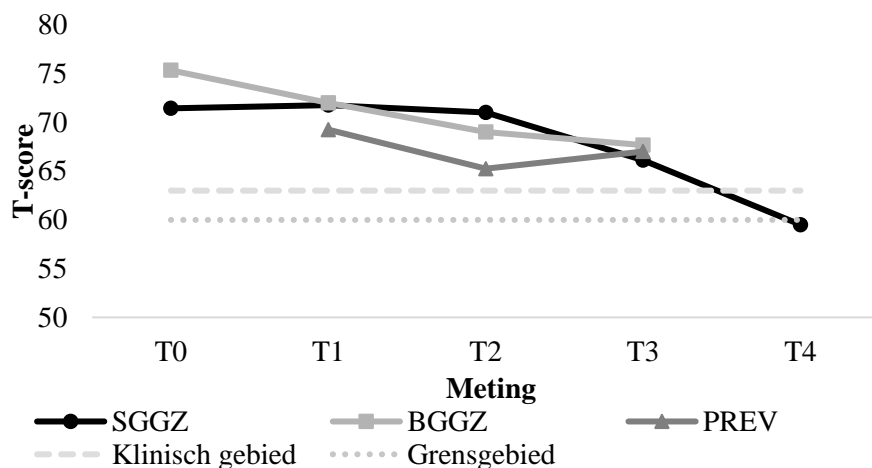


Figuur 6: Gemiddelde t-scores op de schaal gezondheidsklachten van de participanten van de Mixed Model ANOVA op de voor- en nameting.

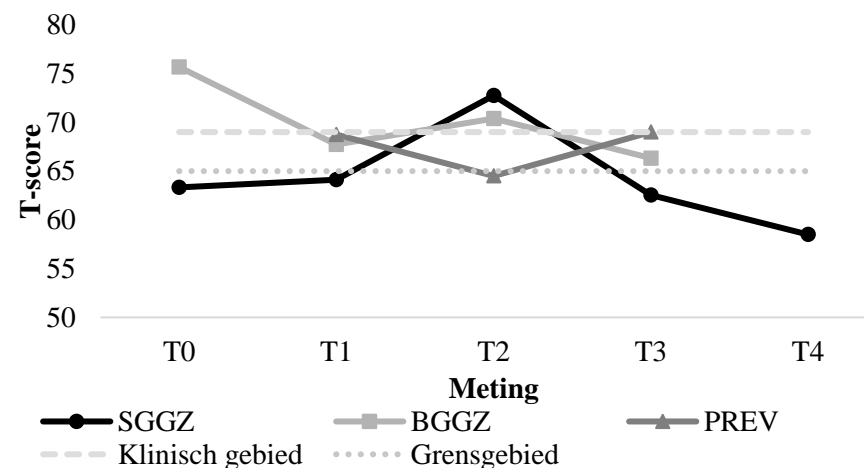
Voor de SGGZ-groep is een afname van de gemiddelde t-score te zien tussen T1 en T2 voor de schalen totale opvoedingsbelasting, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten. Voor de schaal problemen in de ouder-kind relatie is de gemiddelde t-score nagenoeg gelijk gebleven en voor de schaal problemen met opvoeden is een toename te zien. Voor de BGGZ-groep en de preventieve groep is voor alle schalen een afname te zien van de gemiddelde t-score tussen T1 en T2.

### Post-hoc analyse

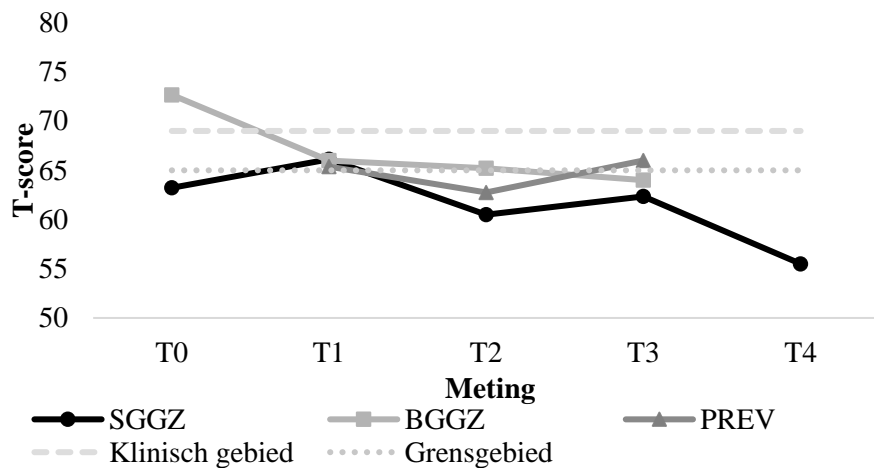
Aangezien het niet mogelijk was om een statistische analyse uit te voeren waarin gekeken werd naar alle vijf de meetmomenten is beschrijvende statistiek gebruikt om een indicatie te geven van het verloop op langere termijn. In figuur 7 tot en met 12 zijn de gemiddelde t-scores van alle participanten, inclusief de participanten die uitgesloten waren van de Mixed Model ANOVA, per groep op T0, T1, T2, T3 en T4 afgebeeld. De gemiddelde t-score, standaarddeviatie en de laagste en hoogste score per groep voor alle participanten op alle vijf de meetmomenten is terug te vinden in bijlage C.



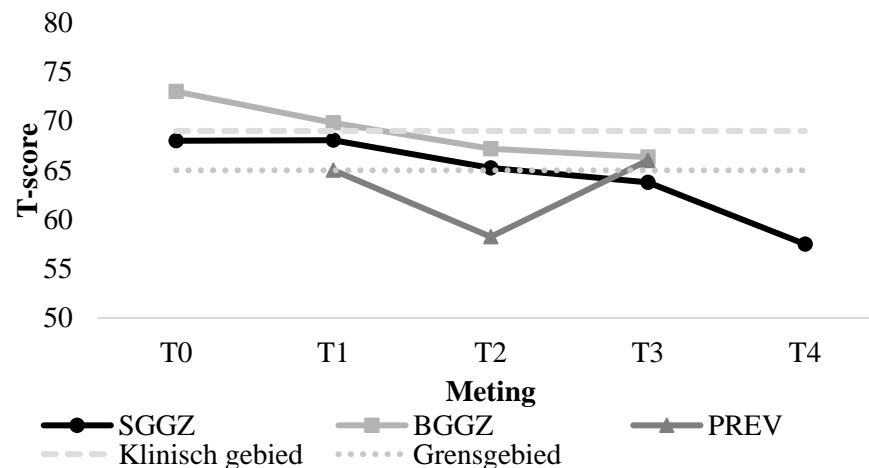
*Figuur 7.* Gemiddelde t-scores op de schaal totale opvoedingsbelasting van alle participanten per groep, op alle metingen.



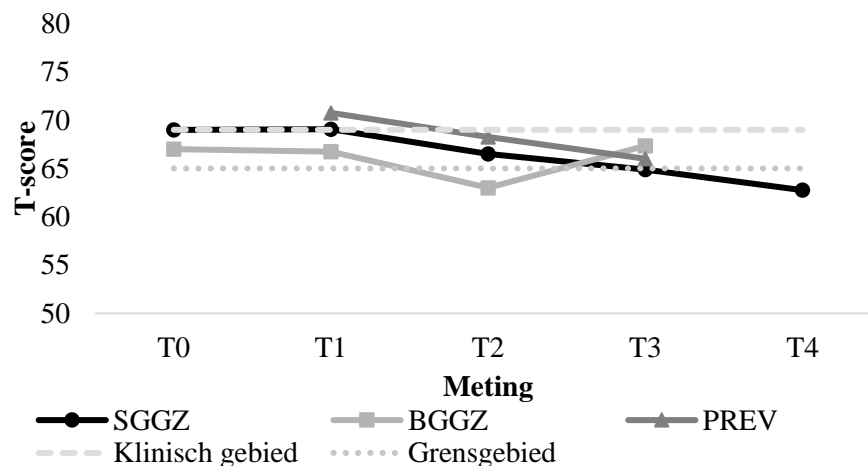
*Figuur 8.* Gemiddelde t-scores op de schaal problemen in de ouder-kind relatie van alle participanten per groep, op alle metingen.



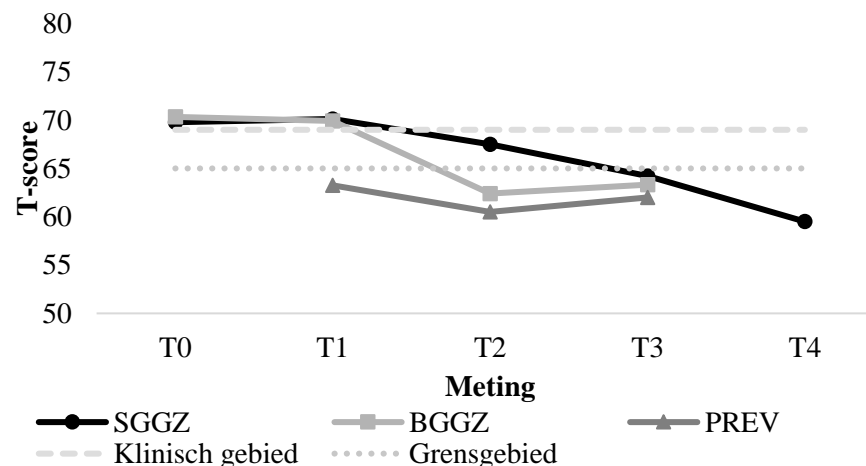
Figuur 9. Gemiddelde t-scores op de schaal problemen met opvoeden van participanten per groep, op alle metingen.



Figuur 10. Gemiddelde t-scores op de schaal depressieve stemming van alle participanten per groep, op alle metingen.



Figuur 11. Gemiddelde t-scores op de schaal rolbeperking van alle participanten per groep, op alle metingen.



Figuur 12. Gemiddelde t-scores op de schaal gezondheidsklachten van alle participanten per groep, op alle metingen.

Voor de SGGZ-groep is te zien dat de gemiddelde t-scores op alle schalen verder afnemen tussen T2 en T4. Voor de BGGZ-groep is tussen T2 en T3 een afname te zien op de schalen totale opvoedingsbelasting, problemen in de ouder-kind relatie, problemen met opvoeden en depressieve stemming en een toename voor de overige schalen. Voor de preventieve groep is een afname te zien tussen T2 en T3 voor de schalen rolbeperking en gezondheidsklachten en een toename voor de overige schalen.

### **Conclusie en discussie**

In dit onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van de MmB training op de ervaren opvoedingsbelasting door ouders verwezen vanuit de specialistische GGZ, basis GGZ en zonder verwijzing (preventieve groep) zoals gemeten door de OBVL. De onderzoeksvraag van het artikel was: *“In welke mate is er een verschil in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na deelname aan de MmB training en in welke mate verschilt dit tussen ouders met een verwijzing vanuit de SGGZ, BGGZ en ouders zonder mentale gezondheidszorg?”*. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn twee deelvragen opgesteld waarvan de eerste was: *“In welke mate is er een verschil tussen de voor- en nameting in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting zoals gemeten door de OBVL?”*. Op basis van de literatuur werd verwacht dat ouders uit zowel de twee klinische groepen als de preventieve groep na de MmB training een minder hoge score zouden hebben voor totale opvoedingsbelasting zoals gemeten door de OBVL (Potharst et al., 2017). De hypothese werd bevestigd door het significante verschil tussen de voor- en nameting op de totaalscore (kleine effectgrootte). Na deelname aan de MmB training ervaarden alle moeders significant minder totale opvoedingsbelasting dan voorafgaand aan de training. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek waarbij is aangetoond dat de MmB training opvoedingsbelasting vermindert bij ouders (Potharst et al., 2017) en met ander onderzoek gedaan naar mindful opvoeden (Bögels et al., 2014; Potharst et al., 2018). Na deelname aan de training ervaarden de ouders ook significant minder problemen in vier van de vijf schalen, namelijk met opvoeden (medium effectgrootte), depressieve stemming (medium effectgrootte), rolbeperking (kleine effectgrootte) en gezondheidsklachten (medium effectgrootte). Ouders ervaarden niet significant minder problemen in de ouder-kind relatie. Dit is opvallend aangezien er bewust gekozen was voor een interventie die gericht is op de relatie tussen moeder en baby. Er was ook een afname in problemen in de ouder-kind relatie zichtbaar voor de BGGZ-groep en de preventieve groep maar niet voor de SGGZ-groep. Het totaal van de drie groepen is echter niet significant, waarschijnlijk door de toename die te zien is bij de SGGZ-groep. De MmB training lijkt dus effectief te zijn voor het verminderen van

opvoedingsbelasting, problemen met opvoeden, rolbeperking en gezondheidsklachten. Wanneer gekeken werd naar het gemiddelden van de significante schalen voor- en na de training is de grootste afname te zien in problemen met opvoeden. Daarna in gezondheidsklachten, rolbeperking en depressieve stemming.

De tweede deelvraag die gebruikt werd om de hoofdvraag te beantwoorden was *“In welke mate is er een verschil tussen ouders met een verwijzing vanuit de SGGZ, BGGZ en ouders zonder mentale gezondheidszorg in de door ouders ervaren opvoedingsbelasting voor- en na de MmB training?”*. Wanneer gekeken werd naar de gemiddelden van de drie groepen op de voor- en nameting is voor totale opvoedingsbelasting, depressieve stemming en rolbeperking de grootste afname te zien bij de preventieve groep, daarna bij de BGGZ-groep en als laatste bij de SGGZ-groep. De grootste afnames in problemen met opvoeden en in gezondheidsklachten waren zichtbaar bij de BGGZ-groep, daarna bij de preventieve groep en als laatste bij de SGGZ-groep. Dit wijst erop dat de MmB training ook een preventieve werking heeft en een verschil kan maken voor ouders en hun baby's die zich niet in de GGZ begeven.

In een post-hoc analyse is aan de hand van beschrijvende statistiek gekeken naar de langere termijn effecten van de MmB training. Een analyse was niet mogelijk gezien het lage aantal participanten. Het gebrek aan data van de preventieve groep voor de wachtlijstmeting en doordat niet alle participanten op elke meting de vragenlijst hebben ingevuld. Desalniettemin is het interessant om te zien dat ten tijde van follow-up 1 (acht weken na de training) en follow-up 2 (een jaar na de training) de totale opvoedingsbelasting, problemen in de ouder-kind relatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten verder afneemt. De effecten van de MmB training lijken dus niet van tijdelijke duur, maar lijken door te werken wanneer gekeken wordt naar de langere termijn. Nader onderzoek is vereist om deze resultaten te bevestigen. Ook zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op de mechanismen achter deze afname op de lange termijn.

Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening gehouden worden met de volgende beperkingen. Voor de voormeting van de totaalscore, de voor- en nameting van de schaal problemen in de ouder-kind relatie en de voormeting van de schaal problemen met opvoeden was geen gelijkheid van variantie. Daarnaast zijn de scores van de participanten op de voormeting van de totaalscore, de voor- en nameting van de schaal problemen in de ouder-kind relatie, de voormeting van de schaal problemen met opvoeden en de voormeting van de schaal rolbeperking niet normaal verdeeld. Gevolgen van de schending van deze aannames zijn echter lastig te beoordelen. De participanten bestonden slechts uit moeders, waardoor de



resultaten alleen voor hen gelden. Toekomstig onderzoek zou zich (naast moeders ook) op vaders kunnen richten. Alle moeders hebben de Nederlandse etniciteit wat maakt dat de participanten mogelijk niet representatief zijn voor de populatie. Onderzoek met een grotere groep is nodig om de gevonden resultaten te bevestigen.

Een van de sterke kanten van het onderzoek was dat de trainingen van de SGGZ-groep en de BGGZ-groep plaatsvonden in een klinische setting. Daarnaast is opvoedingsbelasting gemeten met een gevalideerd meetinstrument (OBVL). De trainingen werden gegeven door een mindfulnesstrainer en een IMH-specialist die een gedetailleerd protocol volgden, wat het onderzoek herhaalbaar maakt. Het is een van de eerste onderzoeken naar het effect van de MmB training. MmB is een relatief korte interventie (negen sessies) die gegeven kan worden in grotere groepen waarmee het een kosteneffectieve interventie kan zijn. Als laatste wijst het lage uitvalspercentage erop dat ouders gemotiveerd zijn om deel te nemen aan de training en de training af te maken.

De voorlopige resultaten van het huidige, nog lopende onderzoek geven een indicatie van de effecten van MmB op ervaren opvoedingsbelasting. Het is van belang dat dit onderzoek gecontinueerd wordt waarbij een grotere onderzoeksgroep gerealiseerd wordt. Doordat de gegevens van het huidige onderzoek afkomstig waren uit nog lopend onderzoek van UvA Minds hadden de follow-up metingen voor de preventieve groep en follow-up 2 voor de basis GGZ groep nog niet plaatsgevonden en waren daar geen gegevens van bekend. Bij een ANOVA worden participanten die de vragenlijst niet op alle metingen hebben ingevuld uitgesloten van de analyse. Bij een multi-levelanalyse zou dit niet gebeuren, maar het uitvoeren hiervan was niet mogelijk vanwege het nog lage aantal participanten. Daarnaast zou het interessant zijn om verder onderzoek te doen naar de oorzaak van de afname van problemen en opvoedingsbelasting een jaar na de training aangezien uit de post-hoc analyse blijkt dat de effecten van de training mogelijk doorwerken. De uitkomsten hiervan zouden gebruikt kunnen worden voor het verbeteren van de werkzaamheid van de training. Ook zou eventueel onderzoek gedaan kunnen worden met een controlegroep. Ondanks dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, zijn deze van meerwaarde voor de praktijk doordat uit de resultaten blijkt dat de MmB training effectief lijkt te zijn voor het verminderen van de totale opvoedingsbelasting, problemen met opvoeden, een depressieve stemming, een gevoel van rolbeperking en gezondheidsklachten zoals gemeten door de OBVL.

### **Dankwoord**

De auteurs van het huidige artikel willen graag UvAMinds bedanken voor het beschikbaar stellen van de data; dr. Sasja Duijf voor de begeleiding bij het schrijven van en geven van feedback op het artikel; dr. ir. Nijs Lagerweij voor het advies en de ondersteuning bij de analyse en Miriam Nahon voor het controleren van de tekst in het artikel.

### **Naleving van ethische normen**

Het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van Universiteit Utrecht als onderdeel van de bachelorthesis aan Universiteit Utrecht. Van alle deelnemende moeders is door UvAMinds informed consent verkregen.

### **Belangenverstrengeling**

De auteurs verklaren geen belangenverstrengeling te hebben.

### Referenties

- Ainsworth, M.D., & Wittig, B. (1969). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Determinants of Infant Behaviour*, 4, 113-136. Geraadpleegd van <https://pdfs.semanticscholar.org/8272/bd76f36d195023f245735e23e6b5c8b19afd.pdf>
- Anthony, L.G., Anthony, B.J., Glanville, D.N., Naiman, D.Q., Waanders, C., & Shaffer S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133-154. doi:10.1002/icd.385
- Barry, T.D., Dunlap, S.T., Cotton, S.J., Lochman, J.E., & Wells, K.C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 265-273. doi:10.1097/00004583-200503000-00011
- Bakel, H.J.A., Cabus, A.M.M.B., Rexwinkel, M.J., & Wullems, P.J.W. (2013). *VROEG INVESTEREN LOONT! Kansen en risico's voor Infant Mental Health-zorg bij de transitie van de jeugdhulp naar de gemeente*. Vereniging DAIMH Dutch Association for Infant Mental Health. Geraadpleegd van <https://www.daimh.nl/wp-content/uploads/2014/08/Vroeg-investeren-loont.pdf>
- Bernard-Bonnin, A.C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9, 575-583. doi:10.1093/pch/9.8.575
- Bögels, S.M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5, 536-551. doi:10.1007/s12671-013-0209-7
- Bögels, S.M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120. doi:10.1007/s12671-010-0014-5
- Bögels, S., & Restifo, K. (2013). *Mindful parenting: a guide for mental health practitioners*. New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Brummelte, S., Grunau, R.E., Synnes, A.R., Whithfield, M.F., & Petrie-Thomas, J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early Human Development*, 87, 273-280. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.01.030

- Cohen, L.H., Burt, C.E. & Bjorck, J.P. (1987). Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents and their parents. *Developmental Psychology*, 23, 583-592. doi:10.1037/0012-1649.23.4.583
- Cuthbert, R., Pierre, J. S., Stewart, S. L., Cook, S., Johnson, A. M., & Leschied, A. W. (2011). Symptom persistence in seriously emotionally disordered children: Findings of a two-year follow-up after residential treatment. *Child & Youth Care*, 40, 267-280. doi:10.1007/s10566-010-9137-z
- Carter, A.S., Godoy, L., Marakovitz, S.E., & Briggs-Gowan, M.J. (2009). Parent reports and infant-toddler mental health assessment. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (233-251). New York, NY: Guilford.
- Cree, M. (2010). Compassion focused therapy with perinatal and mother infant distress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 159-171. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.159
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T., & Slough, N.M. (1986). Early stress and social support influences on mothers' and high-risk infants' functioning in late infancy. *Infant Mental Health Journal*, 7, 19-33. doi:10.1002/1097-0355(198621)7:1
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 314-332. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14, 111-115. doi:10.1002/icd.383
- Duncan, L.G., Coatsworth, J.D., & Greenberg, M.T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 255-270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3
- Garside, R.B., & Klimes-Dougan, B. (2002). Socialization of discrete negative emotions: Gender differences and links with psychological distress. *Sex Roles*, 47, 115-128. doi:10.1023/A:1021090904785
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-445. doi:10.1038/nrn2639
- Orzech, K.M., Shauna L., Shapiro, S.L., Brown, K.W., & McKay, M. (2009). Intensive

- mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 212-222. doi:10.1080/17439760902819394
- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M.F. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 227-236. doi:10.1007/s00737-013-0337-z
- Phillips, D.A., & Shonkoff, J.P. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x
- Pinderhughes, E.E., Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S., & Zelli, A. (2000). Discipline responses: Influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14, 380-400. doi:10.1037//0893-3200.14.3.380
- Potharst, E.S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*, 8, 1236-1250. doi:10.1007/s12671-017-0699-9
- Potharst, E.S., Zeegers, M., & Bögels, S.M. (2018). Mindful With Your Toddler Group Training: Feasibility, Acceptability, and Effects on Subjective and Objective Measures. *Mindfulness*, 1-15. doi:10.1007/s12671-018-1073-2
- Ronan, K.R., Canoy, D.F., & Burke, K.J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44, 195-213. doi:10.1080/00050060903148560
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22, 7-66. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. doi:10.1002/jclp.20237
- Siegel, D.J. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 259-263. doi:10.1093/scan/nsm034

- Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment theory and mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, *21*, 709-717. doi:0.1007/s10826-011-9522-8
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2015). *Handleiding OBVL*. Geraadpleegd van <http://www.praktikon.nl/obvl/>
- Williams, K.A., Kolar, M.M., Reger, B.E., & Pearson, J.C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, *15*, 422-432. doi:10.4278/0890-1171-15.6.422
- Zekoski, E.M., O'Hara, M.W., & Wills, K.E. (1987). The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 361-378. doi:10.1007/BF00916455

**Bijlage A**

Tabel 3.

*Demografische gegevens participanten MmB training*

	SGGZ (n = 17)	BGGZ (n = 11)	PREV (n = 8)	Totaal (n = 36)
<b>Sekse ouder (n [%])</b>				
Man	0 [0.00]	0 [0.00]	0 [0.00]	0 [0.00]
Vrouw	17 [100.00]	11 [100.00]	8 [100.00]	36 [100.00]
<b>Leeftijd ouder in jaren (M (SD))</b>				
	33.00 (2.12)			33.00 (2.12)
<b>Opleidingsniveau (n [%])</b>				
Mavo	1 [5.88]	0 [0.00]	0 [0.00]	1 [2.78]
Havo	1 [5.88]	1 [9.09]	0 [0.00]	2 [5.56]
MBO	1 [5.88]	1 [9.09]	0 [0.00]	2 [5.56]
HBO	7 [41.18]	2 [18.18]	0 [0.00]	9 [25.00]
WO	7 [41.18]	0 [0.00]	0 [0.00]	7 [19.44]
Onbekend	0 [0.00]	7[63.64]	8 [100.00]	15 [41.67]
<b>Sekse baby (n [%])</b>				
Jongen	10 [58.82]	8 [72.73]	4 [50.00]	22 [61.11]
Meisje	7 [41.18]	1 [9.09]	4 [50.00]	12 [33.33]
Onbekend	0 [0.00]	2 [18.18]	0 [0.00]	2 [5.56]
<b>Leeftijd baby in maanden (M (SD))</b>				
	10.50 (7.78)		6.50 (0.71)	11.00 (7.07)
<b>Woonsituatie (n [%])</b>				
Bij beide ouders	16 [94.12]	7 [63.64]	5 [62.50]	28 [77.78]
Alleen bij moeder	1 [5.88]	0 [0.00]	0 [0.00]	1 [2.78]
Onbekend	0 [0.00]	4 [36.36]	3 [37.50]	7 [19.44]
<b>Aantal brusjes (M (SD))</b>				
	1.18 (0.52)		1.50 (0.57)	1.75 (0.80)

*Noot.* SGGZ = de specialistische GGZ-groep; BGGZ = de basis GGZ-groep; PREV = de preventieve groep.

**Bijlage B**

Tabel 4.

*Gemiddelde t-score, standaardafwijking en bereik van de SGGZ-groep, BGGZ-groep en de preventieve groep per schaal op de voor- en nameting*

Schaal	Groep	n	T1			T2			
			M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*		
Totale opvoedingsbelasting	SGGZ	12	70.58	(6.26)	60-79	12	67.50	(6.27)	57-79
	BGGZ	5	69.00	(4.69)	64-78	5	62.40	(5.41)	57-71
	PREV	4	64.50	(4.43)	48-74	4	60.50	(4.36)	57-66
Problemen ouder-kind relatie	SGGZ	12	70.92	(10.60)	48-79	12	71.00	(5.69)	60-79
	BGGZ	5	73.20	(4.09)	63-79	5	69.00	(8.83)	60-79
	PREV	4	72.25	(4.72)	45-79	4	65.25	(5.85)	59-72
Problemen met opvoeden	SGGZ	12	62.17	(12.20)	46-79	12	72.75	(4.49)	71-80
	BGGZ	5	71.00	(6.04)	53-79	5	70.40	(6.91)	60-79
	PREV	4	70.00	(2.00)	53-79	4	64.50	(13.50)	53-79
Depressieve stemming	SGGZ	12	66.17	(14.35)	41-79	12	60.50	(10.72)	48-79
	BGGZ	5	72.20	(6.38)	50-79	5	65.20	(5.85)	57-73
	PREV	4	68.75	(7.59)	45-79	4	62.75	(9.29)	50-72
Rolbeperking	SGGZ	12	67.00	(6.85)	56-70	12	65.25	(7.14)	48-76
	BGGZ	5	70.20	(4.09)	64-74	5	67.20	(6.10)	60-76
	PREV	4	66.50	(2.08)	48-70	4	58.25	(6.75)	52-67
Gezondheidsklachten	SGGZ	12	68.83	(9.21)	50-79	12	66.50	(6.53)	53-76
	BGGZ	5	67.40	(4.16)	50-74	5	63.00	(9.70)	50-76
	PREV	4	73.75	(2.06)	56-76	4	68.25	(5.91)	60-73

*Noot.* \*het actuele bereik, ofwel de hoogste en laagste score binnen de groep op die meting.



**Bijlage C**

Tabel 5.

*Gemiddelde t-score, standaardafwijking en bereik van de SGGZ-groep, de BGGZ-groep en de preventieve groep per schaal*

Schaal	Groep	n	T0			T1			T2			T3			T4						
			M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*	n	M (SD)	Act*					
1	SGGZ	9	72.89	6.77	59-79	17	71.76	9.38	48-79	12	71.00	5.69	60-79	9	66.11	9.97	47-79	4	59.50	12.87	47-76
	BGGZ	3	75.33	6.35	68-79	11	72.00	4.43	63-79	5	69.00	8.83	60-79	3	67.67	4.51	63-72				
	PREV					8	69.25	10.65	45-79	4	65.25	5.85	59-72	1	67.00	0.00	67-67				
2	SGGZ	9	63.33	13.32	46-76	17	64.12	11.77	46-79	12	72.75	4.49	71-80	9	62.56	9.71	46-72	4	58.50	14.53	46-73
	BGGZ	3	75.67	5.77	69-79	11	67.73	9.13	53-79	5	70.40	6.91	60-79	3	66.33	8.04	57-71				
	PREV					8	68.75	7.29	53-79	4	64.50	13.50	53-79	1	69.00	0.00	69-69				
3	SGGZ	9	63.22	15.88	37-75	17	66.12	13.52	41-79	12	60.50	10.72	48-79	9	62.33	8.49	50-73	4	55.50	15.61	37-75
	BGGZ	3	72.67	6.51	66-79	11	66.00	9.34	50-79	5	65.20	5.85	57-73	3	64.00	1.73	63-66				
	PREV					8	65.38	11.29	45-79	4	62.75	9.29	50-72	1	66.00	0.00	66-66				
4	SGGZ	9	68.00	6.46	56-76	17	68.06	6.54	56-70	12	65.25	7.14	48-76	9	63.78	8.20	48-75	4	57.50	9.71	48-70
	BGGZ	3	73.00	4.36	68-76	11	69.82	3.46	64-74	5	67.20	6.10	60-76	3	66.33	0.58	66-67				
	PREV					8	65.00	7.13	48-70	4	58.25	6.75	52-67	1	66.00	0.00	66-66				
5	SGGZ	9	69.00	10.08	46-80	17	69.06	9.41	50-79	12	66.50	6.53	53-76	9	64.89	9.16	53-80	4	62.75	5.38	56-68
	BGGZ	3	67.00	5.57	61-72	11	66.73	6.68	50-74	5	63.00	9.70	50-76	3	67.33	8.08	60-76				
	PREV					8	70.75	6.48	56-76	4	68.25	5.91	60-73	1	66.00	0.00	66-66				
6	SGGZ	9	69.78	6.87	60-79	17	70.12	6.00	60-79	12	67.50	6.27	57-79	9	64.22	8.03	52-77	4	59.50	11.82	48-74
	BGGZ	3	70.33	9.07	60-77	11	69.91	5.19	64-78	5	62.40	5.41	57-71	3	63.33	3.01	60-66				
	PREV					8	63.25	7.70	48-74	4	60.50	4.36	57-66	1	62.00	0.00	62-62				

*Noot.* 1 = totale opvoedingsbelasting; 2 = problemen in de opvoeder-kind relatie; 3 = problemen met opvoeden; 4 = depressieve stemming; 5 = rolbeperking; 6 = gezondheidsklachten; \*het actuele bereik, ofwel de laagste en hoogste score per groep per meting; T0 = wachtlijstmeting; T1 = voormeting; T2 = nameting; T3 = follow-up 1; T4 = follow-up 2.

**Bijlage D***Scoringsformulier OBVL*

Problemen Opvoeder-kindrelatie		Problemen met opvoeden		Depressieve Stemmingen		Rolbeperking		Gezondheidsklachten		Totaalscore	
<u>1</u>	5-...=	<u>2</u>	5-...=	<u>3</u>	5-...=	4		27		Pokr	
<u>5</u>	5-...=	<u>6</u>	5-...=	<u>7</u>	5-...=	8		28		Popv	
<u>9</u>	5-...=	<u>10</u>	5-...=	11		12		29		Dep	
<u>13</u>	5-...=	<u>14</u>	5-...=	<u>15</u>	5-...=	16		30		Rol	
<u>17</u>	5-...=	<u>18</u>	5-...=	19		20		31		Gez	
<u>21</u>	5-...=	<u>22</u>	5-...=	23		24		32			
		<u>25</u>	5-...=	<u>26</u>	5-...=			33			
								34			
<b>Totaal</b>		<b>Totaal</b>		<b>Totaal</b>		<b>Totaal</b>		<b>Totaal</b>		<b>Som schalen</b>	

Scores van de onderstreepte vragen dienen eerst te worden gespiegeld voordat ze kunnen worden opgeteld. Vul bij een eventueel ontbrekende score het afgeronde gemiddelde van de overige vragen van de schaal in. LET OP! Voor berekening schaalscores mag maximaal één score per schaal ontbreken. Voor berekening totaalscore mogen maximaal vijf vragen ontbreken, waarbij per schaal minstens de helft van de vragen moet zijn ingevuld. De ontbrekende vragen krijgen dan het gemiddelde van de overige vragen van de betreffende schaal toegekend. Schaalscores zijn dan niet meer betrouwbaar te interpreteren.

(Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, &amp; Veerman, 2015)

**Bijlage E***Normtabel Totale Opvoedingsbelasting OBVL*

Ruwe score	Normgroep			Ruwe score	Normgroep			Ruwe score	Normgroep		
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar		0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar		0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar
34	30	30	31	68	68	69	71	102	79	78	78
35	32	33	34	69	68	70	72	103	79	79	78
36	36	34	36	70	68	71	73	104	79	79	78
37	37	36	38	71	69	71	73	105	79	79	78
38	39	39	40	72	70	71	74	106	79	79	78
39	41	40	42	73	71	71	74	107	79	79	79
40	42	42	44	74	71	71	74	108	79	79	79
41	43	44	45	75	72	71	75	109	79	79	79
42	44	45	46	76	72	72	75	110	79	79	79
43	45	46	47	77	72	72	75	111	79	79	79
44	46	48	49	78	72	72	76	112	79	79	79
45	47	49	50	79	74	72	77	113	79	79	79
46	48	50	51	80	75	72	77	114	79	79	79
47	50	51	52	81	75	72	77	115	79	79	79
48	52	53	53	82	75	73	77	116	80	79	79
49	52	53	54	83	76	73	77	117	80	79	79
50	53	54	55	84	76	74	77	118	80	79	79
51	54	55	56	85	76	75	77	119	80	79	79
52	55	56	57	86	76	76	77	120	80	79	79
53	56	58	58	87	77	76	77	121	80	79	79
54	57	59	59	88	78	77	78	122	80	79	79
55	59	60	60	89	79	78	78	123	80	79	79
56	59	61	61	90	79	78	78	124	80	80	79
57	60	61	63	91	79	78	78	125	80	80	79
58	61	62	64	92	79	78	78	126	80	80	79
59	62	63	65	93	79	78	78	127	80	80	79
60	63	64	66	94	79	78	78	128	80	80	80
61	63	64	66	95	79	78	78	129	80	80	80
62	64	65	67	96	79	78	78	130	80	80	80
63	65	66	67	97	79	78	78	131	80	80	80
64	66	66	68	98	79	78	78	132	80	80	80
65	66	67	68	99	79	78	78	133	80	80	80
66	67	68	69	100	79	78	78	134	80	80	80
67	67	68	69	101	79	78	78	135	80	80	80
								136	80	80	80

(Vermulst et al., 2015)

## Normtabel Schaalscores OBVL

Ruwe score	Problemen Opvoeder-kindrelatie			Problemen met opvoeden			Depressieve Stemmingen			Rolbeperking			Gezondheidsklachten			Ruwe score
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	
6	46	45	45							37	42	48				6
7	53	51	51	37	35	35	48	46	45	41	46	52				7
8	57	56	53	41	41	40	52	50	49	46	49	56	43	46	49	8
9	60	58	56	45	44	43	54	53	52	50	52	59	48	51	54	9
10	62	61	58	48	47	45	56	56	55	53	56	63	52	56	58	10
11	65	63	61	50	50	48	60	60	60	56	60	66	57	59	62	11
12	69	67	65	53	52	51	64	63	63	60	63	68	60	61	64	12
13	71	69	68	57	56	55	66	66	65	61	66	70	62	62	66	13
14	72	72	71	63	62	61	67	66	67	66	68	72	64	65	68	14
15	73	74	74	66	64	63	68	68	69	68	70	73	66	67	69	15
16	74	75	76	67	66	66	69	71	71	71	73	77	68	70	71	16
17	76	78	77	70	67	67	70	73	73	72	75	79	70	71	73	17
18	79	78	79	72	68	69	73	75	74	73	78	79	71	72	74	18
19	79	78	79	73	71	71	74	76	76	74	78	79	72	73	75	19
20	79	79	79	75	73	76	75	78	76	75	79	80	74	75	75	20
21	79	79	80	79	75	76	76	78	77	76	79	80	75	76	76	21
22	80	79	80	79	78	77	77	79	77	76	79	80	76	76	77	22
23	80	80	80	79	78	77	77	79	78	79	80	80	77	77	77	23
24	80	80	80	79	78	78	78	79	78	80	80	80	78	77	78	24
25				79	78	79	78	79	79				79	77	78	25
26				80	79	79	79	80	79				79	78	79	26
27				80	79	80	79	80	80				79	78	79	27
28				80	80	80	80	80	80				79	79	79	28
29													80	79	79	29
30													80	79	79	30
31													80	80	80	31
32													80	80	80	32

(Vermulst et al., 2015)

**Bijlage F***Opvoedingsbelasting Vragenlijst*

	Geldt niet ↓	Geldt een beetje ↓	Geldt behoorlijk ↓	Geldt helemaal ↓	
1	Ik voel me gelukkig met mijn kind.	1	2	3	4
2	Mijn kind luistert naar mij.	1	2	3	4
3	Ik heb plezier in het leven.	1	2	3	4
4	Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mezelf toe.	1	2	3	4
5	Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is.	1	2	3	4
6	Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren.	1	2	3	4
7	Ik voel me gelukkig.	1	2	3	4
8	Door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen.	1	2	3	4
9	Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind.	1	2	3	4
10	Ik heb controle over mijn kind.	1	2	3	4
11	Soms zie ik het nut van het leven niet in.	1	2	3	4
12	Ik zou vaker vrienden en kennissen willen bezoeken maar dat gaat niet vanwege mijn kind.	1	2	3	4
13	Met mijn kind voel ik me prettig.	1	2	3	4
14	Ik ben geduldig met mijn kind.	1	2	3	4
15	Ik voel me vaak prettig.	1	2	3	4
16	Ik heb vanwege mijn kind minder contact met mijn vrienden dan vroeger.	1	2	3	4
17	Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig.	1	2	3	4
18	Ik ga gemakkelijk met mijn kind om.	1	2	3	4
19	Ik heb vaak een slechte bui.	1	2	3	4
20	Ik kan door mijn kind heel weinig van huis weg.	1	2	3	4
21	Ik geniet van mijn kind.	1	2	3	4
22	Ik weet dat ik als opvoeder het goed doe.	1	2	3	4
23	Ik heb een hekel aan mezelf.	1	2	3	4
24	Ik heb door mijn kind weinig contacten met andere mensen.	1	2	3	4
25	Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is.	1	2	3	4
26	Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst.	1	2	3	4
27	Ik heb een opgezet of drukkend gevoel in mijn maagstreek.	1	2	3	4

	Geldt niet ↓	Geldt een beetje ↓	Geldt behoorlijk ↓	Geldt helemaal ↓
28 Ik heb het gevoel dat ik moe ben.	1	2	3	4
29 Ik heb pijn in mijn borst of hartstreek.	1	2	3	4
30 Ik heb pijn in mijn maagstreek.	1	2	3	4
31 Ik voel me slaperig of suffig.	1	2	3	4
32 Ik heb benauwdheid op mijn borst.	1	2	3	4
33 Mijn maag is van streek.	1	2	3	4
34 Als ik 's morgens opsta dan ben ik moe en niet uitgerust.	1	2	3	4

(Vermulst et al., 2015)