FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

WANNEER HET OUDERSCHAP JE MOE MAAKT

EEN KWANTITATIEVE STUDIE NAAR GEVOLGEN VAN SLAAPTEKORT BIJ JONGE OUDERS EN DE ROL VAN OUDERLIJKE IDENTITEIT

Aantal woorden: 19226

Phaedra Couchez
Studentennummer: 01809573

Promotor: Prof. dr. Wim Beyers
Begeleidster: Charlotte Schrooyen

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de klinische psychologie

Academiejaar: 2021– 2022

UNIVERSITEIT GENT

Abstract

Doelstelling. Onderzoek toont aan dat het jonge ouderschap wordt gekenmerkt door een verstoorde slaapkwaliteit. De impact van slaapproblemen op het ouderlijk welbevinden en de opvoedingsvaardigheden van ouders werd reeds beschreven. Op heden is er weinig gekend over de protectieve- en risicofactoren. De ouderlijke identiteit is een relatief jong, maar een dynamisch concept in de ontwikkelingspsychologie. Een duidelijk beeld van welk soort ouder men wil zijn, kan een bron van veerkracht vormen in de uitdagingen van het ouderschap. In deze studie wordt de rol van ouderlijke identiteit in relatie tot de gevolgen van slaapproblemen bij jonge ouders voor het eerst onderzocht.

Methode. Vlaamse moeders en vaders (*N* = 506) vulden een online vragenlijst in. Alle ouders stonden niet langer dan zes jaar in het ouderschap. In deze vragenlijst deelden ouders hun belevingen omtrent het ouderschap, waarbij werd gepeild naar hun welbevinden en opvoedingsvaardigheden. De ouderlijke identiteit werd in kaart gebracht naar het theoretisch model van Luyckx en collega's (2008).

Resultaten. Een verstoorde slaapkwaliteit hing samen met meer depressieve gevoelens en meer ouderlijke stress. Het verband tussen slaapproblemen en de opvoedingsdimensies ouderlijke warmte en psychologische controle in de opvoeding werd in deze studie niet aangetoond. Via moderatieanalyses werd evidentie gevonden voor de ouderlijke identiteit als moderator van het verband tussen slaapproblemen en het gebruik van psychologische controle in de opvoeding. Enkel de identiteitsdimensie exploratie in de breedte, trad in de totale steekproef op als duidelijke buffer in het verband tussen slaapproblemen en het gebruik van psychologische controle in de opvoeding. Specifiek bij vaders vonden we bijkomende bufferende effecten in hetzelfde verband door de identiteitsdimensies binding, identificatie met binding en ruminatieve exploratie.

Discussie. Dit onderzoek suggereert dat een stevige, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit fungeert als een beschermend mechanisme tegen de impact van slaapproblemen op het gebruik van psychologische controle bij jonge vaders. Gezien het veranderbare karakter van de ouderlijke identiteit, biedt dit nieuwe perspectieven in de ontwikkeling van preventie- en interventieprogramma's. Heel wat bevindingen zijn uniek voor vaders. De beleving van de vaderrol wint hiermee aan belangstelling en dient te worden meegenomen in zowel toekomstig onderzoek als de klinische praktijk. Een groot moderatie-effect van de ouderlijke identiteit blijft in deze studie echter uit. Dit benadrukt bijgevolg de cruciale rol van de basisbehoefte slaap voor jonge ouders.

Voorwoord

Na mijn driejarige opleiding Toegepaste Psychologie startte ik met veel enthousiasme aan de masteropleiding. De eindmeet is nu eindelijk in zicht. Deze masterproef is voor mij het kroonstuk van mijn opleiding tot Master in de Klinische Psychologie. Met trots stel ik dan ook mijn masterproef voor.

Gelukkig deed ik het niet alleen. Graag bedank ik een aantal mensen die voor mij van belangrijke waarde waren doorheen het proces. Allereerst gaat mijn dank uit naar Prof. Dr. Wim Beyers en Charlotte Schrooyen. Ik wil hen bedanken voor hun tijd, inspiratie en inzichten. Dankzij hen kon ik een voor mij zéér interessant thema uitwerken, namelijk slaap bij jonge ouders. Ook een grote dankjewel aan Charlotte, die mij steeds wist te motiveren in elke fase van het traject. Het was fijn om onder jouw vleugels dit werk te mogen realiseren.

Verder wil ik alle 773 ouders bedanken die ruimte maakten om deel te nemen aan het onderzoek. Ik hoop dat dit werk op de één of andere manier iets kan betekenen voor jullie. Mijn oprechte dank aan Kind & Gezin en alle andere organisaties die een bijdrage leverden om respondenten te verzamelen.

Via deze weg wil ik graag nog een aantal personen uit mijn dichte omgeving bedanken waaronder mijn ouders. Zij maakten niet alleen mijn studies mogelijk, maar steunden mij ook doorheen alles wat erbij kwam kijken. Ook mijn grootouders hebben een speciaal plekje in mijn hart. Met hun 87-jarige leeftijd bleven ook zij steeds begaan met mijn studies.

In het bijzonder wil ik mijn vriend bedanken die er altijd onvoorwaardelijk voor mij is. Er is een mooie toekomst weggelegd voor ons.

Tot slot wil ik u als lezer bedanken voor de interesse in dit werk. Zo helpt u ook dat beetje mee aan het doorbreken van het taboe dat nog steeds berust op slaapproblemen bij jonge ouders.

Inhoudstafel

Inleiding **1**

Ouderlijke Identiteit 3

De Transitie naar het Ouderschap 3

Identiteitsontwikkeling 4

Ontwikkeling van de Ouderlijke Identiteit 5

Slaap bij Jonge Ouders 7

Over het Slaaptekort 7

Risicofactoren voor het Slaaptekort bij Jonge Ouders 8

Slaap bij Jonge Kinderen 8

Slaapproblemen bij Kinderen. 10

Karakteristieken van Ouders. 11

Conclusie. 11

Protectieve Factoren voor het Slaaptekort bij Jonge Ouders 12

Gevolgen 12

Welbevinden van de Ouders 13

Stemming 13

Definiëring. 13

Verband tussen Slaap en Stemming 14

Ouderlijke Stress 15

Definiëring. 15

Verband tussen Slaap en Ouderlijke Stress 15

Opvoedingsvaardigheden van de Ouders 16

Definiëring Opvoedingswarmte en Psychologische Controle 16

Verband tussen Slaap, Opvoedingswarmte en Psychologische Controle 17

Huidig Onderzoek en Onderzoeksvragen 18

Ouderlijke Identiteit als mogelijke Protectieve Factor 18

Onderzoeksvragen 19

Onderzoeksvraag 1a. 19

Onderzoeksvraag 1b. 20

Onderzoeksvraag 2a. 20

Onderzoeksvraag 2b. 21

Onderzoeksvraag 3. 22

Praktische Implicaties 23

Methode **24**

Steekproef 24

Metingen 25

Achtergrondvariabelen 25
Temperament van het Kind 26
Slaap 27
Ouderlijke Identiteit 28
Ouderlijk Welbevinden 29
Opvoedingsvaardigheden 29
Procedure 30
Resultaten 32
Preliminaire Analyses 32
Missing Data 32
Descriptieve Analyse 32
Verbanden met Achtergrondvariabelen 33
Correlaties 36
Hypothesetoetsende Analyses 37
Onderzoeksvraag 1a: Wat is het Verband tussen Slaapkwaliteit en het Welbevinden van Ouders? 37
Onderzoeksvraag 1b: Wat is het Samenspel tussen Slaapkwaliteit, Ouderlijke Identiteit en het Welbevinden van Ouders? 38
Onderzoeksvraag 2a: Wat is het Verband tussen Slaapkwaliteit en de Opvoedingsvaardigheden van Ouders? 39
Onderzoeksvraag 2b: Wat is het Samenspel tussen Slaapkwaliteit, Ouderlijke Identiteit en Opvoedingsvaardigheden? 39
Onderzoeksvraag 3: Worden Geslachtsverschillen Gevonden voor Onderzoeksvraag 1 en 2? 41
Discussie 45
Resultaten en Interpretatie 45
Naar meer Veranderbare Factoren 45
Slaapkwaliteit, Ouderlijk Welbevinden en de Rol van Ouderlijke Identiteit 47
Slaapkwaliteit, Opvoedingsvaardigheden en de Rol van Ouderlijke Identiteit 48
De Unieke Rol van de Ouderlijke Identiteit bij Vaders 49
Theoretische en Klinische Implicaties 50
Sterktes en Beperkingen van Huidig Onderzoek 52
Suggesties voor Verder Onderzoek 54
Conclusie 55
Referenties 57

Wie heeft thuis slechte slapers? En welke impact heeft de vermoeidheid op uw leven en welzijn? ‘De Standaard’ stelde deze vragen in februari 2020 aan jonge ouders. De respons was massaal. Dit toont aan hoe herkenbaar slaapproblemen zijn voor jonge ouders. Of het kind nu moeilijk inslaapt, ’s nachts wakker wordt of overdag niet slaapt, het heeft allemaal zijn effect op de ouder. Wie moe is, verdraagt minder. Het weegt op de relatie met een kind, op de eigen gevoelens en op de relatie met de partner (Kind & Gezin, 2021).

Het ouderschap brengt vreugde, maar is dus vaak ook intens en uitdagend. Dit laat ook de Netflix- serie ‘The Letdown’ zien, waarin een koppel de sprong naar het ouderschap maakt: mooie momenten worden afgewisseld met slapeloze nachten, twijfels over de capaciteiten als ouder, en moeilijkheden in het omgaan met verschuivingen in de identiteit nu alles ‘anders’ is. Slaapproblemen en andere moeilijkheden zijn dus de keerzijde van de medaille.

Het tekort aan slaap is zonder enige twijfel een spraakmakend thema. Moeders geven aan dat ze moe zijn. Ze zijn op van de lange, wakkere nachten naast de wieg van hun kindje en gaan via deze weg te raad bij andere ouders. Verder getuigen ouders in tal van podcasts over hun slapeloze nachten. “Velen kunnen er zich weinig bij voorstellen om hun nachten wakker door te brengen. Ik kon ’s avonds ook niet meer met de wagen rijden, uit schrik”. Ook Ellen De Leeuw deelde via deze weg haar verhaal. Ze voelde zich ontredderd, gefrustreerd, maar vooral doodmoe als moeder. Hanne van der Woude fotografeerde slaapgedepriveerde ouders en in haar blogposts wil Vala Van Den Bomen de stilte doorbreken: “Toch doen we in onze maatschappij nog steeds alsof dat niks is. Als je klaagt over een gebrek aan slaap, krijg je te horen dat dit er eenmaal bij hoort. We verwachten dat ouders gewoon op volle kracht functioneren, doorgaan met hun leven zoals dat vroeger was, zonder slaap”. In de gids ‘(Nooit) meer moe als ouder’, geeft Rinske Wels eerlijke tips aan vermoeide ouders en steekt ze hen een hart onder de riem.

Langzamerhand wordt het taboe doorbroken dat berust op slaapproblemen bij ouders en hun kinderen die (nog) niet doorslapen. De ‘roze wolk’ maakt plaats voor authenticiteit. Gelijktijdig, spelen slaapcoaches in op deze veranderingen en helpen ze heel wat gezinnen aan een goede nachtrust. Het aantal gecertificeerde baby,- en kinderslaapcoaches in Vlaanderen stijgt. “Veel ouders vergeten echter dat het normaal is dat baby’s tot zes maanden zelden doorslapen”, zegt Professor Ontwikkelingspsychologie Inge Glazemakers (Alsteens, 2018).

De geboorte van een baby gaat vrijwel altijd gepaard met een sterke daling in de slaapduur- en tevredenheid bij zowel moeders als vaders. Bovendien duurt het vaak

jarenlang vooraleer de slaapkwaliteit zich terug volledig herstelt tot op het niveau van vóór de zwangerschap (Richter et al., 2019). Onderzoek bij jonge ouders toont aan dat een verstoorde slaapkwaliteit kan leiden tot minder welbevinden (Nelson et al., 2014). Slaapproblemen hebben dus een invloed op het affect, waarbij depressieve symptomen een mogelijkheid zijn (Dennis & Ross, 2005). Naast de impact op het welbevinden van ouders heeft het slaapgebrek ook gevolgen voor de opvoedingsvaardigheden van ouders (Bayer et al., 2007; Cooklin et al., 2012). Het gehele gezinsfunctioneren kan onder druk komen te staan ten gevolge van het slaaptekort (Christian et al., 2019; Gay et al., 2004; Montgomery-Downs et al., 2013). Hoewel vermoeidheid een normaal gevolg lijkt te zijn van de overgang naar het ouderschap, zorgt het voor veel problemen bij jonge ouders (McQueen & Mander, 2003).

Heel wat risicofactoren kunnen bijdragen aan het slaaptekort bij jonge ouders, waaronder karakteristieken van de ouders zelf en slaapproblemen bij het kind (Elek et al., 2002; Kennedy et al., 2007). Over de protectieve factoren bij ouders is weinig gekend. Bestaand onderzoek legt zich overwegend toe op de beschermende rol van borstvoeding (Doan et al., 2007; Gay et al., 2004; Montgomery- Downs et al., 2010; Richter et al., 2019). Verder wordt weinig tot geen evidentie gevonden voor bepaalde sociaal-demografische factoren die de slaapkwaliteit positief zouden kunnen beïnvloeden. Ouders met een hogere leeftijd, een lager inkomen en alleenstaanden blijken even kwetsbaar.

De huidige studie focust op volgende vraagstelling: Welke factoren kunnen ouders beschermen tegen de negatieve gevolgen van een verstoorde slaapkwaliteit? En is er hierbij een verschil tussen moeders en vaders? Vaders krijgen tegenwoordig immers een grotere rol toegewezen in de opvoeding en zorg in vergelijking met vroeger (Cabrera et al., 2000). Ondanks deze toegenomen betrokkenheid van vaders beperkt bestaand onderzoek zich veelal tot moeders. In deze studie wordt de rol van ouderlijke identiteit in relatie tot de gevolgen van slaapproblemen bij jonge ouders voor het eerst onderzocht. Een stevige ouderlijke identiteit werd eerder in verband gebracht met minder ouderlijke stress, een betere kwaliteit van opvoeden en een hoger welbevinden (Fadjukoff et al., 2016).

In deze masterproef staan drie vragen centraal. De beschermende rol van een stevige ouderlijke identiteit zal enerzijds bekeken worden in de relatie tussen slaapkwaliteit en ouderlijk welbevinden (Onderzoeksvraag 1) en anderzijds in de relatie tussen slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden bij ouders (Onderzoeksvraag 2). Ten slotte worden voor beide onderzoeksvragen verschillen tussen moeders en vaders

nagegaan (Onderzoeksvraag 3). Als zodanig kunnen ouders die over een stevige ouderlijke identiteit beschikken beter in staat zijn om enerzijds hun gevoel van welbevinden te behouden en anderzijds positief ouderlijk gedrag te blijven vertonen ondanks hun slaaptekort, in tegenstelling tot ouders met een minder stevige, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit.

Kennis omtrent deze beschermende factoren kan een belangrijk aangrijpingspunt vormen in de ontwikkeling van preventie- en interventieprogramma's om ouders te ondersteunen in de uitdagingen van het jonge ouderschap en het bijhorende slaaptekort.

Ouderlijke Identiteit

De Transitie naar het Ouderschap

De geboorte van een baby vergt een grote aanpassing voor een jong gezin: "Vrouwen worden moeders, mannen worden vaders en koppels worden ouders" (Sanberg & Scovell, 2013). De transitie naar het ouderschap gaat gepaard met belangrijke ontwikkelingen en veranderingen in het leven en de identiteit van beide ouders. De overgang naar het ouderschap wordt daarom vaak als overweldigend ervaren (Nystrom & Ohrling, 2004). Niettemin ervaren ouders de komst van een kindje als een enorme verrijking in het leven (Nelson et al., 2014). Beiden kunnen perfect naast elkaar bestaan.

Volgens de cyclus van gezinsontwikkeling van Minuchin doorloopt elk gezin een gezinslevenscyclus, die in verschillende fasen kan worden opgedeeld (Barker, 1998). Om een fase tot een goed einde te brengen, moet het gezin bepaalde ontwikkelingen doormaken die eigen zijn aan die levensfase. Zo gaat de overgang naar het eerste ouderschap gepaard met specifieke taken. Ouders moeten bijvoorbeeld een gedeelde verantwoordelijkheid creëren voor hun kind en de manier van communiceren binnen het koppel aanpassen. De verantwoordelijkheid in de opvoeding van een kind, kan jonge ouders heel wat spanning bezorgen (Miller & Sollie, 1980). Ze kunnen zich bijvoorbeeld zorgen maken over de veiligheid en het welzijn van hun kindje (Stickler et al., 1991). Ook financieel of in de partnerrelatie kunnen jonge ouders voor uitdagingen komen te staan. Ook relaties met familie, vrienden en collega's krijgen een nieuwe betekenis.

Kortom maken nieuwe rollen en relaties hun intrede en worden bestaande relaties opnieuw gedefinieerd (Cowan & Cowan, 1995). Koppels moeten ruimte maken voor hun kind, waardoor de dagbesteding een andere wending krijgt. De ontwikkeling van een ouderrol houdt in dat ouders een routine creëren om te voldoen aan de behoeften van het kind, waaronder de behoefte tot veiligheid, zorg en intellectuele

stimulatie (Carr, 2016). Het ouderschap vereist naast het ontwikkelen van deze nieuwe rol, ook dat deze wordt geïntegreerd in de reeds gevormde identiteit. Er wordt een nieuwe dimensie toegevoegd aan de identiteit (Mercer, 2004), namelijk de ouderlijke identiteit (Fadjukoff et al., 2016). Ouders moeten voor zichzelf nagaan wat het betekent om ouder te zijn en hoe ze deze rol willen invullen.

Identiteitsontwikkeling

Hoe wordt onze identiteit gevormd? In wat volgt gaan we in op deze vraag om daarna de ontwikkeling van de ouderlijke identiteit bij ouders te omschrijven.

Gedurende ons leven vervullen we een aantal rollen. Iemand kan bijvoorbeeld de rol van man, zus, partner, vriend of collega innemen. Deze rollen worden geïntegreerd in de identiteit. De identiteit gaat om een duidelijk idee over wie we zijn als persoon, een soort zelfbeschrijving (Kroger & Marcia, 2011). Erikson was één van de pioniers op het gebied van identiteitsontwikkeling. Volgens zijn levenslooptheorie (Erikson, 1980) worden er acht fasen doorlopen om een gunstige psychosociale ontwikkeling door te maken en om dus een voldoening gevend leven te leiden. Eén van deze fasen is de identiteitsontwikkeling. De adolescentie vormt de meest cruciale leeftijd binnen deze identiteitsontwikkeling. Elke fase wordt gekenmerkt door een eigen ontwikkelingstaak. Het succesvol doorlopen van elke fase zorgt voor een stevige, goed geïntegreerde identiteit. Een duidelijke visie over wie we zijn als persoon, wordt in verband gebracht met welbevinden en veerkracht (Erikson, 1980). Gezien de adolescentieperiode wordt beschouwd als de belangrijkste periode in de identiteitsontwikkeling, werd het bestaande onderzoek naar identiteitsontwikkeling overwegend verricht bij adolescenten.

Het identiteitsstatusmodel van Marcia (1966) is het meest gebruikte paradigma binnen onderzoek naar de identiteitsontwikkeling. Binnen dit model is er een verschil tussen adolescenten die een geïntegreerde, stabiele identiteit hebben ontwikkeld en adolescenten waarbij er sprake is van rolverwarring. Het model maakt een onderscheid tussen twee centrale dimensies in de identiteit, namelijk de mate van exploratie en de mate van binding. De exploratiedimensie gaat over het actief bevragen en afwegen van verschillende identiteitsalternatieven. De mate van binding gaat over de aanwezigheid van sterke overtuigingen en waarden die een persoon karakteriseren en waarbij de keuze voor bepaalde overtuigingen en waarden niet al te snel onderhevig is aan verandering. Wanneer de bindings- en exploratiedimensie worden gecombineerd, ontstaan er vier identiteitsstatussen. Een eerste identiteitsstatus is de *diffusion* status, waarbij er weinig exploratie en weinig binding is. Hier worden de verschillende identiteitsalternatieven niet grondig geëxploreerd en zijn er bijgevolg geen keuzes

gemaakt voor bepaalde overtuigingen en waarden die iemand definiëren als persoon. In de *moratorium* status zijn er ook geen definitieve keuzes gemaakt, maar is er wel sprake van een grondige exploratie van de verschillende identiteitsalternatieven. In de *foreclosure* status worden wel keuzes gemaakt voor bepaalde overtuigingen en waarden, maar zonder voorafgaande exploratie. De *achievement* status is de vierde en laatste identiteitsstatus, waarbij duidelijke verbintenissen en keuzes tot stand zijn gekomen na een periode van grondige exploratie. Identiteitsverbintenis heeft een positief verband met levenstevredenheid (Piotrowski, 2018).

Dit model impliceert een beperkte verschuiving in de verschillende identiteitsstatussen. Verschillende onderzoekers benadrukken echter het dynamische karakter van identiteitsontwikkeling, waarbij identiteit zich ontwikkelt richting de *achievement* status (Meeus et al., 2012; Waterman, 1999; Schwartz, 2001). Empirisch onderzoek bevestigt de *achievement* status als de meest adaptieve identiteitsstatus en de *diffusion* status als de minst adaptieve identiteitsstatus.

Luyckx en collega's (2005) splitsten beide dimensies exploratie en binding verder op in twee componenten. Ten eerste kan er geëxploreerd worden in de breedte en in de diepte. *Exploratie in de breedte* omvat het verzamelen van informatie omtrent verschillende identiteitsalternatieven. *Exploratie in de diepte* daarentegen, omvat de evaluatie van de reeds gekozen identiteitsalternatieven. Ten tweede wordt er een onderscheid gemaakt tussen het aangaan van bindingen en de mate waarin er zekerheid wordt ervaren omtrent de gemaakte bindingen. *Bindingen maken* verwijst naar de keuze voor bepaalde identiteitsalternatieven. *Identificatie met de binding* verwijst naar de fit tussen de gemaakte bindingen en de eigen waarden en normen. Later werd *ruminatieve exploratie* als vijfde dimensie toegevoegd in het model. Deze dimensie omschrijft de aanhoudende twijfels en angsten om verkeerde bindingen aan te gaan. Dit kan resulteren in het uitblijven van bindingen en heeft een negatieve impact op het welzijn (Luyckx et al., 2008). Exploratie in de breedte en exploratie in de diepte worden beschouwd als gunstige vormen van exploratie over de ouderlijke identiteit. Ruminatieve exploratie wordt daarentegen beschouwd als een eerder ongunstige vorm van exploratie over de ouderlijke identiteit (Luyckx, 2008).

Ontwikkeling van de Ouderlijke Identiteit

Onze identiteitsontwikkeling is een levenslang proces dat nooit af is. Dit is voor vele onderzoekers een evidentie (Erikson,1980; Vansteenkiste & Soenens, 2015). Desondanks blijft ouderlijke identiteit een weinig onderzocht concept in de literatuur. Jonge ouders staan voor de uitdaging om hun nieuwe identiteitsrol, namelijk hun

ouderlijke rol, op te nemen in hun bestaande identiteit. Ouderlijke identiteit vertegenwoordigt de mate waarin een ouder betrokken is in de opvoeding en een duidelijk beeld heeft over diens ouderlijke rol (Fadjukoff et al., 2016). Het gaat om overtuigingen en attitudes van individuen over hun rol als verzorger, inclusief de processen waardoor deze overtuigingen en attitudes worden ontwikkeld (Cao et al., 2017). Wanneer iemand moeder of vader wordt van een eerste kindje, wordt deze identiteit geactiveerd. Er worden waarden en regels gevormd die als belangrijk worden geacht in de opvoeding van hun kinderen. Deze opvattingen en ideeën over wat het betekent om een ouder te zijn, worden al dan niet geïnternaliseerd in de vorm van een identiteit.

Hoe wordt deze ouderlijke identiteit ontwikkeld? Het identiteitsstatusmodel van Marcia (1966) blijkt ook bruikbaar te zijn in het onderzoek naar de identiteitsontwikkeling bij volwassenen en bijgevolg ook in het onderzoek naar ouderschap. Dezelfde vier identiteitsstatussen zijn evenzeer van toepassing op de ontwikkeling van de ouderlijke identiteit. Fadjukoff en collega's (2016) voerden longitudinaal onderzoek uit waarbij ze de ouderlijke identiteit in kaart brachten volgens het paradigma van Marcia. Naarmate ouders langer in het ouderschap stonden, werd de integratie en stabiliteit van de ouderlijke identiteit alsmaar groter. Ook hier ontwikkelde de ouderlijke identiteit zich dus steeds meer richting de *achievement* status. Deze integratie nam vooral toe tussen de leeftijd van 36 tot 42 en bleef daarna stabiel. Het merendeel van de vrouwen in de studie behaalde uiteindelijk de *achievement* status. Bij mannen nam de integratie en stabiliteit ook geleidelijk aan toe, maar veel mannen bleven in de *foreclosure* status hangen. Op geen enkel moment was de integratie bij mannen even groot als bij vrouwen. Een mogelijke verklaring voor dit fenomeen is dat vrouwen al vanaf hun kinderjaren kennis maken met de moederrol via socialisatieprocessen, bijvoorbeeld door het spelen met poppen. Verder maken vrouwen het zwangerschaps- en geboorteproces van dichtbij mee en nemen ze vaak de primaire rol op in de dagelijkse zorg voor hun kinderen (Genesoni & Tallandini, 2009; McBride et al., 2005). Het opleidingsniveau, de beroepsstatus en het aantal kinderen waren niet gerelateerd aan de ouderlijke identiteitsstatus.

Wie een stevig, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit bezit, heeft een duidelijk en alomvattend beeld over welk soort ouder hij of zij wil zijn. Incongruente of onduidelijke ideeën omtrent het ouderschap bemoeilijken de ontwikkeling van de identiteit als ouder. In lijn met de genoemde bevindingen omschreef Piotrowski (2018) dat moeders die met duidelijke opvattingen in het ouderschap staan, minder angst en meer

levenstevredenheid ervaren. Dit staat in schril contrast met moeders die rumineren omtrent hun opvattingen en ideeën. Deze persisterende twijfels blijken immers gerelateerd aan internaliserende problemen.

De totstandkoming van de ouderlijke identiteit speelt derhalve een grote rol in het welzijn van ouders en hun interacties met gezinsleden (Cast, 2004). Een stevige ouderlijke identiteit wordt in verband gebracht met minder ouderlijke stress en een betere kwaliteit van opvoeden, met name een autoritatieve opvoedingsstijl (Fadjukoff et al., 2019). Een autoritatieve opvoeding is een opvoedingsstijl die wordt gekenmerkt door het stellen van verwachtingen die in overeenstemming zijn met de ontwikkelingsnoden en individuele interesses van kinderen. Autoritatieve ouders vertonen tegelijkertijd een hoge mate van responsiviteit, veeleisendheid en autonomieondersteuning. Een autoritatieve opvoeding wordt beschouwd als de meest effectieve opvoedingsstijl (Baumrind, 1966). Een stevige ouderlijke identiteit, hoofdzakelijk bij vaders, hangt samen met psychologisch en sociaal welbevinden (Fadjukoff et al., 2016). Tot slot is de ouderlijke identiteit tevens dynamisch van karakter. Dit impliceert dat de ouderlijke identiteit moet worden aangepast aan de context, bijvoorbeeld aan de leeftijd van het kind (Johnson et al., 2014). Bovendien benadrukt het veranderlijke karakter van de ouderlijke identiteit dat het een werkbaar concept is om in de praktijk mee aan de slag te gaan.

Slaap bij Jonge Ouders

Over het Slaaptekort

Moeilijkheden en onzekerheden (Selder, 1989) zijn dusdanig typische ervaringen, dat ze horen bij de overgang naar het ouderschap (Pollmann-Schult, 2014). Eén van deze moeilijkheden bij ouders is het aanhoudende slaaptekort, of in bredere zin een verstoorde slaapkwaliteit. Longitudinaal onderzoek van Richter en collega's (2019) gaf twee belangrijke bevindingen aan. Ten eerste was er sprake van een daling in de slaapduur- en tevredenheid bij zowel moeders als vaders. Deze daling was het sterkst tijdens de eerste drie maanden postpartum (na de bevalling). Ten tweede duurde het bovendien tot zes jaar lang vooraleer de slaapkwaliteit zich volledig terug herstelde tot op het niveau van voor de zwangerschap. Onvoldoende slaap bleek één van de meest gerapporteerde problemen te zijn in de eerste maanden van het ouderschap (Chalmers & Meyer, 1996). De gedachtegang in de maatschappij dat het ouderschap gepaard gaat met een gebrek aan slaap is dus niet vreemd.

In een studie van Gay en collega's (2004) werd het slaappatroon van jonge ouders onderzocht gedurende de zwangerschap tot één maand na de bevalling. Zowel

bij moeders als vaders trad er een verandering op in hun slaappatroon. Concreet was hun slaapduur korter, ervoeren ze meer slaapproblemen en een hogere mate van vermoeidheid gedurende de eerste maand na de bevalling, in vergelijking met de periode van de zwangerschap. Vergeleken met de periode vóór de bevalling, rapporteerden moeders na de bevalling driemaal zoveel nachtelijk ontwaken en een verdubbeling van de mate van slaperigheid overdag (Nishihara, & Horiuchi, 1998). Moeders en vaders vertoonden geen verschil met betrekking tot de subjectief gemeten slaapkwaliteit, slaperigheid of vermoeidheid (Insana & Montgomery- Downs, 2013). Vaders hadden objectief gemeten wel een minder totale slaapduur dan moeders.

Geven ouders die voor het eerst een kindje kregen een hogere mate van slaapproblemen aan in vergelijking met ervaren ouders van meerdere kinderen? Met andere woorden: Staan ouders die de sprong naar het ouderschap maken er slechter voor? Onderzoek levert tegenstrijdige resultaten op en focust zich niet altijd op beide ouders. Verschillende onderzoekers vonden geen verschillen met betrekking tot de slaapkwaliteit tussen ouders die voor het eerst een kindje kregen en ouders van meerdere kinderen (Christian et al., 2019; Lee et al., 2000). Andere studies rapporteerden daarentegen wel een verschil, maar de resultaten waren wisselend. Enerzijds werd er aangegeven dat de postpartum slaap slechter was bij moeders die voor het eerst een kindje kregen (Coo, Calcagni et al., 2012; Tribotti et al., 1988; Waters & Lee, 1996). Anderzijds toonde recent onderzoek van Kenny en collega's (2020) aan dat moeders die voor het eerst een kindje kregen een hogere slaapkwaliteit kenden dan ervaren moeders. De onderzoekers suggereerden dat ervaren moeders 's nachts zowel de zorg opnemen voor hun baby als de andere kinderen, waardoor moeders van meerdere kinderen een hogere mate van slaaptekort kennen.

Risicofactoren voor het Slaaptekort bij Jonge Ouders

Wat maakt ouders vatbaar voor slaapproblemen? Er wordt stilgestaan bij het normatieve slaappatroon bij kinderen en mogelijke slaapproblemen bij kinderen. Daarna wordt ingegaan op enkele karakteristieken van ouders, die de kans op slaapproblemen bij ouders versterken.

Slaap bij Jonge Kinderen. De komst van een baby betekent veelal dat alles voortaan in het teken staat van het nieuwe gezinslid. De behoeften van het kindje krijgen prioriteit waardoor ouders een pak minder tijd hebben voor zichzelf en elkaar (Delicate et al., 2018). Ouders moeten sensitief zijn voor de signalen van hun kind en leven volgens het ritme van hun baby (Nelson et al., 2014). Dit is ook zo op het gebied van slaap. Hoe komt het dat een kindje moeilijk inslaapt, 's nachts wakker wordt of overdag

niet slaapt? Om deze vragen te beantwoorden wordt ingegaan op de normatieve ontwikkeling van slaap bij kinderen.

Heel wat jonge ouders maken zich zorgen over de slaap van hun baby. In hun transitie naar het ouderschap, vragen jonge ouders dan ook het vaakst advies op het gebied van slaap (So et al., 2005). Het is dus essentieel voor jonge ouders om kennis te hebben van de ontwikkeling van het slaappatroon van hun baby. Wanneer is de slaap van een baby leeftijdsadequaat? En wanneer moeten ouders zich écht zorgen maken?

Slaap is cruciaal. Het is onder meer van belang voor de groei, ontwikkeling, het immuunsysteem en het emotioneel welzijn van de mens (Davis et al., 2004). Pasgeborenen en jonge kinderen brengen het grootste deel van hun tijd slapend door. Dit wijst erop dat slaap essentieel is voor de ontwikkeling van hersenen en lichaam (Dahl, 1998). Het slaappatroon van volwassenen is doorgaans gebaseerd op het circadiaans ritme (24- uursritme of slaap-waakritme). Het zorgt voor een onderscheid tussen dag en nacht en regelt bijgevolg wanneer we slapen en wakker zijn (Turek & Zee, 1999). Bij de geboorte is dit circadiaans ritme er nog niet; neurologisch zijn pasgeborenen er eenvoudigweg niet toe in staat. Daarom kunnen baby's evengoed overdag slapen als 's nachts. Er is evenveel waakzaamheid 's nachts als dat er slaap is overdag. Een normale pasgeborene slaapt ongeveer zestien tot achttien uur per dag (Roffwarg et al., 1996) en is slechts tweeëneenhalf tot vier uur ononderbroken waakzaam (Adair & Bauchner, 1993). Kortom, pasgeboren moeten zich nog leren aanpassen aan onze dag- en nachtcyclus.

Een last voor vele ouders is de gefragmenteerde slaap van hun baby. Bij pasgeborenen volgen de slaapcycli elkaar veel sneller op dan bij volwassenen en dit zorgt voor de gefragmenteerde slaap. Pasgeborenen slapen dus frequenter én voor kortere periodes. Er is een minder efficiënte slaapcyclus, wat resulteert in onderbroken slaap (Davis et al., 2004).

De ontwikkeling van het slaappatroon bij een baby wordt gekenmerkt door twee processen. Baby's maken ten eerste de transitie van gefragmenteerde slaap naar een geconsolideerde slaap. Ten tweede gaat dit gepaard met een geleidelijke vermindering van de slaapbehoefte (Sadeh et al., 2000). De totale dagelijkse slaapbehoefte daalt tot ongeveer dertien uur op de leeftijd van twee jaar, twaalf uur op de leeftijd van drie tot vier jaar, en elf uur op de leeftijd van vijf jaar (Roffwarg et al., 1966). Vanaf de leeftijd van vijf behoren dutjes niet meer tot de normale ontwikkeling (Weissbluth, 1995). Toch is het van belang om de sterke variabiliteit tussen kinderen te accentueren (Davis et al., 2004). Hoewel deze ontwikkelingstendensen voornamelijk onderzocht zijn in Westerse

culturen lijkt het vermogen tot consolidatie, het ontwikkelen van een 24-uursritme en de vermindering van de slaapbehoefte, in alle culturen voor te komen (Anders & Taylor, 1994).

'En, slaapt hij al door?', is wellicht één van de meest gestelde vragen aan jonge ouders vanuit de omgeving. Hierdoor wordt onterecht aangenomen dat ononderbroken slaap bij de baby hét doel is. Het merendeel van de baby's wordt al huilend wakker, waardoor ouders ook wakker worden en te hulp schieten (Anders et al., 1992). De zogenaamde doorslapers zijn baby's die zichzelf terug in slaap rooien tijdens de korte periodes van waakzaamheid. Desbetreffende baby's worden even vaak wakker, maar zijn in staat om de slaap te hervatten zonder hulp van hun ouders. Het te verwachten patroon voor elk kind is een patroon van frequente, korte periodes van slaap, afgewisseld met wakkere momenten. Ononderbroken slaap kan in strijd zijn met de behoeften van de baby waaronder frequente voeding (Rosen, 2008). Het ouderschap vormt dus een uitdaging, bemoeilijkt door een verstoorde slaapkwaliteit.

Slaapproblemen bij Kinderen. Wanneer is de slaap bij een kind dan wel problematisch? Dit is afhankelijk van verscheidene factoren. Volgens Ferber (1996) is "elk slaappatroon dat het kind belemmert in het verkrijgen van de optimale hoeveelheid slaap die nodig is voor normale groei en ontwikkeling, emotionele en psychologische gezondheid, en goede immuunfunctie, een slaapprobleem" (p.495). De onregelmatige en inconsistente slaap bij pasgeborenen kan dus niet als een probleem worden gezien. Het is dus vaak afhankelijk van de leeftijd en niet van het slaappatroon an sich. Hoewel het nachtelijk wakker worden vaak wordt geïnterpreteerd als een stoornis door ouders, kan het in uitzonderlijke gevallen wel degelijk gaan om een medische of neurologische conditie (koorts, astma of aandoening van de luchtwegen). Daarnaast zijn dyssomnieën en parasomnieën vaak voorkomende slaapstoornissen bij kinderen. Dyssomnieën zijn problemen waarbij kinderen moeite hebben om de slaap te vatten en/of in slaap te blijven (Mindell, 1999). Parasomnieën omvatten ongewone gedragingen tijdens het slapen die de slaap verstoren (Mindell et al., 1999).

De verwachtingen van ouders omtrent het slaappatroon van kinderen moeten dus vaak worden bijgesteld. Gewoonlijk gaat het ook vaak om de effecten op ouders die als problematisch worden ervaren, en dus niet om slaapproblemen bij het kind zelf. Wat voor het ene gezin een probleem vormt, is dat niet per se voor het andere. Naast de karakteristieken van kinderen zelf, geven ook verschillende culturele, sociale en maatschappelijke waarden vorm aan slaappatronen. Misschien is de meest bruikbare definitie daarom de ervaring van de ouders. Als de ouder de slaap van de baby als

problematisch ervaart, moet dit door een arts als zodanig worden beschouwd en moet er een passende aanpak worden aangeboden. Clinici moeten bijgevolg bereid zijn om in samenwerking met het gezin het bestaande slaappatroon – dat perfect normaal is- te wijzigen opdat het gezin in staat is om beter te functioneren (Ferber, 1996).

Karakteristieken van Ouders. De meerderheid van de slaapproblemen bij ouders worden veroorzaakt door de slaap- en voedingsschema's van de pasgeborenen (Hunter et al., 2009). Bovendien spelen ook enkele karakteristieken van de moeder een rol. Zo is er de fysieke uitputting door de geboorte bij de moeder, maar ook bezorgdheden om het kind kunnen bijdragen aan het slaapgebrek (Kennedy et al., 2007). Natuurlijke fysiologische veranderingen die volgen op de bevalling bij de moeder vormen ook een oorzaak. In een studie van Karacan en collega's (1969) bleef de slaapverstoring aanwezig bij moeders, ook al sliepen ze niet in de aanwezigheid van hun baby. Tijdens de zwangerschap gebeuren een aantal hormonale veranderingen die een invloed kunnen hebben op de slaap na de geboorte. Zo is er onder andere een toename tijdens de zwangerschap van de hormonen oestrogeen en progesteron, die een slaapbevorderend effect kennen. Deze slaapbevorderende effecten van oestrogeen en progesteron kennen een plotselinge daling na de bevalling, wat een grote uitdaging vormt voor het vrouwelijke lichaam om dit te boven te komen (Manber & Amitage, 1999). Een mogelijke karakteristiek bij vaders is de blootstelling aan extra werkgerelateerde stress omdat vaders doorgaans eerder hun job hervatten dan moeders (Elek et al., 2002).

Conclusie. In deze sectie werd duidelijk dat het slaappatroon bij baby's geen geïsoleerd gegeven is, maar moet worden bekeken binnen een biopsychosociaal kader. Ook de interacties tussen ouder en baby hebben een effect op de ontwikkeling van het slaapgedrag bij de baby. Dagelijkse stress, culturele verwachtingen en slaap in het gezin, alsook het temperament van het kind en kenmerken van de ouders, oefenen hun invloed uit. De optimale slaapomgeving is daarom de beste 'fit' tussen de behoeften van het kind en de verwachtingen van de ouders in de bredere context (Anders & Taylor, 1994).

In essentie is het slaappatroon van ouders een weerspiegeling van het slaappatroon van hun baby (Gay et al., 2004). Het is dus niet verrassend dat ouders minder slapen na de geboorte van een kind. Er kan worden geconcludeerd dat baby's een volledig ander slaappatroon hebben dan volwassenen, wat ouders dwingt tot aanpassing.

Protectieve Factoren voor het Slaaptekort bij Jonge Ouders

Naast de risicofactoren, zijn ook de protectieve factoren van belang. Wat zorgt ervoor dat ouders beschermd worden tegen het slaapgebrek?

Over de protectieve factoren bij ouders is weinig gekend. Het bestaande onderzoek legde zich overwegend toe op de beschermende rol van borstvoeding. Gay en collega's (2004) vonden een hogere gefragmenteerde slaap bij moeders die borstvoeding gaven in vergelijking met andere voedingsmethoden. Andere studies vonden geen verschil (Montgomery- Downs, et al., 2010) of gaven net aan dat moeders die borstvoeding gaven een betere slaapkwaliteit rapporteerden (Doan et al., 2007). Recent onderzoek van Richter en collega's (2019) toonde aan dat de slaapkwaliteit bij moeders die borstvoeding gaven licht daalde in vergelijking met andere voedingsmethodes. Deze effecten waren enkel van toepassing op moeders, voor vaders werd dit effect niet gevonden. Er werd geen evidentie gevonden voor bepaalde sociaal-demografische factoren die de slaaptevredenheid- en duur zouden kunnen beïnvloeden.

Gevolgen

De gevolgen van slaapproblemen zijn legio en werden in de algemene populatie reeds uitvoerig beschreven. Slaapgebrek wordt gerelateerd aan een daling van de positieve stemming en een toename van de negatieve stemming (Medina et al., 2009). Daarnaast is er kans op een toename van prikkelbaarheid ten gevolge van het slaaptekort (Hou et al., 2007), alsook een afname in vriendelijkheid en opgetogenheid (Acheson et al., 2007). Wat doet het slaapgebrek specifiek bij de subgroep van jonge ouders? Welke impact heeft het op hun dagelijks functioneren? In wat volgt zullen we dieper ingaan op deze vragen.

In het onderzoek naar de effecten van postpartum slaap bij jonge ouders hebben veel bevindingen betrekking op moeders. Weinig studies focussen zich op vaders, ondanks de noodzaak om hen eveneens te betrekken in het onderzoek naar de effecten van postpartum slaap (Elek et al., 2002). In deze masterproef wordt er waar mogelijk rekening gehouden met deze lacune en worden de bevindingen bij zowel moeders als vaders omschreven.

In het algemeen toont onderzoek aan dat slaapproblemen bij jonge ouders een impact hebben op het vermogen om te functioneren. Een eerste en logisch gevolg van slaapproblemen bij ouders is vermoeidheid. Vermoeidheid wordt gedefinieerd als het overweldigend gevoel van moeheid, gebrek aan energie en een gevoel van uitputting. Vermoeidheid is een ernstiger en negatief gevoel, en is niet zo gemakkelijk te verlichten als moeheid (Milligan et al., 1996). Rychnovsky en Hunter (2009) vonden een positief

verband tussen vermoeidheid en de verstoring van slaap bij moeders na de geboorte van hun kindje. Moeders waren meer vermoeid als ze het gevoel hadden dat hun slaapkwaliteit slecht was of hun slaaptijd kort. Een ander gevolg omvat het verhoogde risico op irritatie en boosheid en verminderde zelfcontrole, met mogelijk nadelige gevolgen voor de dagelijkse interacties binnen het gezin (Ellett et al., 2009). Vermoeidheid wordt tevens in verband gebracht met minder geduld (Nash et al., 2008) en een slecht executief functioneren zoals verminderde besluitvaardigheid, zelfs wanneer er wordt gecontroleerd voor de effecten van depressie (Hockey et al., 2000).

Slaapgebrek bij vaders heeft tevens gevolgen. Vaders hervatten doorgaans sneller hun job na de geboorte dan moeders, ondanks hun hoge niveaus van vermoeidheid. Dit slaaptekort kan de veiligheid op de werkplek in het gedrang brengen (Czeisler, 2015). Vermoeidheid bij vaders hangt samen met een slechtere naleving van de veiligheidsvoorschriften en een slechtere arbeidsparticipatie, ongeacht het aantal werkuren of de fysieke intensiteit van de job (Mellor & St John, 2012).

De gevolgen zijn te rijkelijk om allemaal binnen dit onderzoek te vervatten. Daarom beperkt deze masterproef zich tot twee belangrijke categorieën van gevolgen voor ouders: de gevolgen voor het algemeen welbevinden van ouders en de gevolgen voor de opvoedingsvaardigheden.

Welbevinden van de Ouders

Het gewijzigde slaappatroon bij jonge ouders kan een bron zijn voor verminderd welzijn (Nelson et al., 2014). Het welbevinden bij jonge ouders wordt hieronder opgesplitst in enerzijds stemming en anderzijds stress rond de opvoeding, de zogenaamde ouderlijke stress of opvoedingsstress.

Stemming

Definiëring. In een studie van Yalom en collega's (1968) bij 39 vrouwen, rapporteerden 85 procent van deze vrouwen babyblues binnen de eerste week na de bevalling. De onderzoekers definieerden babyblues als een voorbijgaande milde depressie die optreedt na de geboorte van een kind (Yalom et al., 1968). Deze zogenaamde babyblues vormt een risicofactor voor het ontstaan van een postpartum depressie (Cox et al., 1982). Een postpartum depressie wordt gezien als een ernstige depressieve stoornis met een specificatie van de onset binnen één maand na de bevalling (American Psychiatric Association, 2013). Echter, volgens Gavin en collega's (2005) kan een postpartum depressie bij vrouwen reeds tijdens de zwangerschap ontstaan of nog na de eerste maand postpartum.

Verband tussen Slaap en Stemming. Heel wat onderzoek omtrent postpartum slaap focust zich op de maternale postpartum depressie (Ross et al., 2004). Het slaapgebrek bij jonge moeders is een belangrijke factor die bijdraagt aan het ontstaan van affect- en stemmingswisselingen en derhalve ook de babyblues. Swain en collega's (1997) ontdekten dat een negatieve stemming tijdens de eerste week postpartum kon worden verklaard door de hoeveelheid tijd die moeders 's nachts wakker waren. Slaapproblemen bij baby's (zoals gerapporteerd door de ouders) werden tevens geassocieerd met hogere ouderlijke depressiescores. Hiscock en Wake (2001) vonden dat de rapportage van slaapproblemen bij het kind depressieve symptomen voorspelde, maar niet bij moeders die ook een goede slaapkwaliteit rapporteerden.

Hoewel het moeilijk is om oorzaak en gevolg van elkaar te onderscheiden en onderzoek tegenstrijdige resultaten oplevert, suggereerden Lee en collega's (2000) een oorzakelijk effect van slaap die zou leiden tot affectveranderingen. Ook Dennis en Ross (2005) impliceerden dat de slaapverstoring bij moeders een belangrijke factor is in het ontstaan van depressieve symptomen. De studie bevroeg vrouwen zonder een voorgeschiedenis van depressieve symptomen vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en één week postpartum. Een grotere rapportage van vermoeidheid werd gerelateerd aan hogere depressiescores op vier en acht weken postpartum. Deze bevinding toont de link tussen slaapproblemen bij moeders en depressieve kenmerken.

Studies naar de effecten van postpartum slaap bij vaders zijn momenteel in opmars. Recent onderzoek van Da Costa en collega's (2021) bij 459 mannen die voor het eerst vader werden, bracht gelijkaardige resultaten naar voren. Vaders die slecht sliepen als gevolg van de geboorte van hun eerste kindje, vertoonden een toename van depressieve symptomen in vergelijking met vaders bij wie het slaappatroon intact bleef. De depressieve symptomen die vaders ervoeren na de geboorte van een kindje, werden in verband gebracht met de gerapporteerde slaapproblemen bij hun kind (Smart & Hiscock, 2007). De bevindingen bij vaders liggen dus in lijn met deze van moeders. Postpartum depressie bij vaders vertoont immers ook een negatieve invloed op de ouderschapscompetentie, de opvoedingsstress en de huwelijksrelatie (Soliday et al., 1999). Er kan worden geconcludeerd dat ook de mentale gezondheid van vaders die lijden aan slaaptekort in het gedrang kan komen. Bijgevolg kunnen deze consequenties bij vaders niet langer worden verwaarloosd (Smart & Hiscock, 2007).

Er zijn aanwijzingen dat een postpartum depressie bij vaders een latere start kent in vergelijking met de postpartum depressie bij moeders. Bij moeders start dit meestal in de vroege periode na de geboorte van het kind (Hendrick et al., 2000). Bij

vaders start dit later, met een stijgende incidentie gedurende het eerste jaar na de geboorte (Matthey et al., 2000). In een studie bij 42 vaders die hun eerste kindje kregen, had 4.8% depressieve gevoelens gedurende de eerste drie maand na de geboorte, terwijl 28.6% van de vaders depressieve gevoelens had gedurende het eerste jaar na de geboorte (Areias et al., 1996). Vaders hadden tevens meer kans op depressieve gevoelens indien hun partner last had van depressieve gevoelens. Depressieve gevoelens bij de ene partner worden daarom in verband gebracht met depressieve gevoelens bij de andere partner (Dudley et al., 2001).

Ouderlijke Stress

Definiëring. Ouderlijke stress kent een duidelijk verschil met de stress die ouders kunnen ervaren binnen andere levensdomeinen (Creasey & Reese, 1996). Het is een specifieke vorm van stress bij ouders die voortvloeit uit de eisen van het ouderschap. Ouderlijke stress kent vele determinanten en manifesteert zich niet in een vacuüm. Verschillende kind,- ouder,- en omgevingsfactoren spelen hierbij een rol waaronder het slaappatroon van het kind (Abidin, 1995). Opvoedingsstress zorgt voor het ervaren van negatieve gevoelens jegens het zelf, maar ook jegens het kind. De nefaste gevolgen voor het welbevinden bij ouders zijn vanzelfsprekend. Het verminderen van de opvoedingsstress is dus van belang voor het algemeen welzijn van de ouder (Kazdin, 1995). In deze masterproef worden de termen ouderlijke stress en opvoedingsstress onder dezelfde noemer gebracht.

Aangezien opvoedingsstress een normaal gevolg lijkt te zijn van het ouderschap, ervaart elke ouder een zekere mate van ouderlijke stress. Niettemin zijn er individuele verschillen (Creasey & Reese, 1996; Deater-Deckard & Scam, 1996). Het ouderschap is meer stresserend voor ouders met minder kennis, een minder gevoel van competentie in hun ouderrol en minder emotionele en instrumentele steun (waaronder hulp van partners, familieleden en vrienden). Ook ouders die het gedrag van hun kinderen als moeilijk beschouwen, hebben meer last van ouderlijke stress (Mash & Johnston, 1990). Niet alleen moeders, maar ook vaders zijn vatbaar voor ouderlijke stress. Bovendien is de mate van stress in de ouderlijke rol gecorreleerd bij partners. Moeders zouden wel iets hogere niveaus van ouderlijke stress rapporteren in vergelijking met vaders. Toch zijn de resultaten wisselend (Deater-Deckard & Scam, 1996).

Verband tussen Slaap en Ouderlijke Stress. Verhoogde stress bij moeders tijdens de postpartumperiode wordt in verband gebracht met verstoorde slaap (Lee & Hsu, 2012; Posmontier, 2008). Vaders zijn tevens geneigd om een toename in het stressniveau rond de opoeding te vertonen, waarbij het stressniveau wordt geassocieerd

met de aanhoudende verstoorde slaap (Da Costa et al., 2021). Het slaaptekort bij moeders houdt tevens verband met meer chaos in het huishouden (Gregory et al., 2012). In de copingliteratuur blijkt stress één van de belangrijkste veroorzakers te zijn voor slaapproblemen. Meltzer en Mindell (2007) toonden het omgekeerde aan: de slaapkwaliteit bij de moeder bleek de mate van stress rond de opvoeding te voorspellen. Recent wordt ook een bidirectionele relatie tussen opvoedingsstress bij de moeder en haar slaapkwaliteit postpartum vastgesteld (Christian et al., 2018). Het prille ouderschap en de zorg voor een pasgeboren kindje is een stresserende factor. Het ouderschap wordt gekenmerkt door heel wat veranderingen in de routines en relaties van ouders en er moeten heel wat nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. Er kan worden gesteld dat dit vooral een uitdaging is voor ouders die hun eerste kind verwelkomen. Enerzijds bezorgt het ouderschap dus stress, waardoor er een slaaptekort ontstaat. Anderzijds bezorgt dit slaaptekort de ouders nog meer stress. Kinderen die vaak wakker worden 's nachts kunnen bijvoorbeeld een extra uitdaging zijn voor ouders die problemen hebben met inslapen. Deze cyclus draagt op zijn beurt nogmaals bij aan de verhoogde opvoedingsstress en kan een kwetsbaarheid vormen voor een negatieve stemming of deze versterken (Christian et al., 2018).

Wie moe is, verdraagt minder. Een gebrek aan slaap heeft niet alleen gevolgen voor het welbevinden van ouders, maar ook voor de ontwikkeling en het welbevinden van kinderen. Meer specifiek heeft het slaaptekort een beduidend effect op de kwaliteit van de opvoeding die ouders bieden. In het volgende onderdeel gaan we dan ook in op de impact van slaapproblemen op de opvoedingsvaardigheden van ouders.

Opvoedingsvaardigheden van de Ouders

Definiëring Opvoedingswarmte en Psychologische Controle

Positieve ouderlijke gedragingen zoals warmte en responsiviteit dragen bij aan de ontwikkeling van positieve gedragingen bij het kind (Kochanska & Aksan, 1995). Ouderlijke warmte of opvoedingswarmte verwijst naar affectie, steun en troost in de ouder-kind relatie (Darling & Steinberg, 1993). Ouderlijke warmte bij moeders en vaders wordt in verband gebracht met een positieve ontwikkeling bij kinderen waaronder een goede zelfregulering en goede executieve functies (Lam et al., 2018). In de adolescentieperiode zorgt ouderlijke warmte onder andere voor een grotere acceptatie door leeftijdsgenoten (Davidov & Grusec 2006), betere academische prestaties (Uddin, 2011), een verminderd risico op depressie en minder gedragsproblemen (Wagner et al., 1996).

Negatieve ouderlijke gedragingen zoals vijandigheid en psychologische controle dragen bij aan negatieve ouder-kind interacties en negatieve gedragingen bij het kind. Ouderlijke vijandigheid of opvoedingsvijandigheid verwijst naar op het kind gerichte gedragingen die worden gekenmerkt door woede, frustratie en straf (Morris et al. 2002) en een verlies van controle bij ouders (Lam et al., 2018). Opvoedingsvijandigheid wordt in verband gebracht met een slechte zelfregulatie en agressie bij kinderen (Knox et al., 2011) en andere externaliserende problemen (O'Leary et al., 1999) die kunnen aanhouden tot in de volwassenheid (Aquilino & Supple, 2001). Psychologische controle is eerder een verdoken vorm van vijandigheid, waarbij het kind via manipulatiestrategieën, zoals schuldinductie en voorwaardelijke liefde, door de ouders onder druk wordt gezet (Barber, 1996; Soenens & Vansteenkiste, 2010). Ook psychologische controle wordt in verband gebracht met zowel internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen (Barber, 1996).

Hieruit kan er worden afgeleid dat het van belang is om factoren te identificeren die al dan niet kunnen bijdragen aan de stimulering van positief ouderlijk gedrag en de afname van negatief ouderlijk gedrag.

Verband tussen Slaap, Opvoedingswarmte en Psychologische Controle

Het lijkt logisch om te veronderstellen dat slaapgedepriveerde ouders strenger en meer reactief opvoeden en minder warm en responsief zijn in de interactie met hun kind. Slaapproblemen bij ouders hebben een negatieve invloed op het vermogen van ouders om optimaal ouderschap te bieden. Vermoeide ouders hebben met name meer moeite met het bieden van warmte, genegenheid en deelname aan gedeelde activiteiten met het kind (Bayer et al. 2007; McQueen & Mander 2003). Hoge niveaus van vermoeidheid worden geassocieerd met een verhoogde vijandigheid en prikkelbaarheid in ouder-kind interacties (Cooklin et al. 2012).

McQuillan en collega's (2019) onderzochten de relatie tussen stress, slaap en opvoeding bij moeders. De bevinding was dat dysfunctioneel ouderlijke gedrag in verband werd gebracht met slaaptekort. Moeders die langer nodig hadden om in slaap te vallen, rapporteerden ook minder positieve ouderlijke vaardigheden. Concreet had het slaapgebrek bijvoorbeeld een invloed op hoe moeders ervan genoten om tijd door te brengen met hun baby. Zo vertoonden moeders significant minder moederlijke sensitiviteit tijdens de interactie met hun kind (King et al., 2020). Bai en collega's (2020) voerden recent onderzoek naar het bedritueel tussen moeders en hun kindje, één tot zes maanden postpartum. De resultaten waren tweedelig. Ten eerste bleken moeders met een latere bedtijd en een meer variabele slaapduur minder emotioneel beschikbaar

te zijn tijdens het in bed stoppen van hun baby. Zo waren ze onder andere meer opdringerig, meer vijandig en minder sensitief in vergelijking met moeders die eerder naar bed gingen en een minder variabel slaapduur kenden. Ten tweede ervaarden moeders met een kortere slaapduur ook sterkere dalingen in de emotionele beschikbaarheid dan moeders met een langere slaapduur.

Huidig Onderzoek en Onderzoeksvragen

De gevolgen van slaapproblemen beperken zich niet enkel tot moeders. Ook vaders ervaren de consequenties van een verstoorde slaapkwaliteit. Slaapproblemen hebben tevens repercussies op de relatie met het kind en het hele gezinsfunctioneren (Leema et al., 2013). Onderzoek legde zich reeds toe op interventies om slaapproblemen en de gevolgen voor ouders aan te pakken. Zo blijkt de steun van vaders en de betrokkenheid bij de zorg voor de baby beschermend te zijn voor de mentale gezondheid van moeders (Dennis & Letourneau, 2007). Interventieonderzoek toont ook aan dat wanneer moeders de baby geleidelijk leren om zichzelf te kalmeren en zelfstandig terug in te slaap te vallen, dit een positief effect kan hebben (Hiscock & Wake, 2002).

In eerste instantie kunnen jonge ouders zich niet onttrekken aan de verstoringen in hun slaappatroon. Daarbovenop is er onzekerheid over wanneer ze weer voldoende gaan kunnen slapen. Deze oncontroleerbaarheid kan de impact van een verstoorde slaapkwaliteit, waaronder de fysiologische gevolgen en de gevolgen voor de stemming versterken (Peterson et al., 1993). Terwijl een zekere mate van slaaptekort normatief is voor ouders van pasgeborenen, suggereren de bevindingen in deze sectie dat ouders evenwel klinisch significante slaapproblemen rapporteren. De besproken gevolgen maken duidelijk dat interventies, die de impact van slaapproblemen voor ouders beperken, noodzakelijk zijn.

Ouderlijke Identiteit als mogelijke Protectieve Factor

Onderzoek naar de gevolgen van het slaaptekort is echter tot op heden nog schaars en beperkt zich min of meer tot de verbanden die werden besproken doorheen deze lezing van de literatuur. Er is opvallend weinig tot geen focus op de mogelijke beschermende of protectieve factoren. Protectieve factoren verwijzen naar aspecten in de omgeving of eigenschappen van ouders die hen kunnen beschermen tegen de negatieve gevolgen van het slaaptekort.

Het begrip ouderlijke identiteit is in opmars. Studies omtrent de ouderlijke identiteit, vormen een opkomend onderzoeksgebied binnen de ontwikkelingspsychologie. Er zijn aanwijzingen dat een stevige ouderlijke identiteit

gunstig is voor het welzijn van ouders en voor de kwaliteit van hun opvoedingsstijl (Fadjukoff et al., 2019). Ouderlijke identiteit is mogelijk een protectieve factor, die een positieve invloed kan hebben op de negatieve gevolgen van een verstoorde slaapkwaliteit bij jonge ouders. Aldus vormt ouderlijke identiteit een belangrijk en vernieuwend concept binnen deze studie naar slaap bij jonge ouders.

Een eerste stap is om het verband na te gaan tussen slaapkwaliteit enerzijds en het ouderlijk welbevinden en de opvoedingsvaardigheden anderzijds. In een tweede stap wordt de rol van ouderlijke identiteit bekeken in deze verbanden. Meer specifiek wordt het verband of samenspel bekeken tussen slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en andere variabelen waaronder het welbevinden van ouders en ouderlijke vaardigheden. Dit is waar de huidige studie zich op zal focussen: Welke aspecten van de ouderlijke identiteit kunnen ouders beschermen tegen de negatieve gevolgen van slaapproblemen? En is er hierbij een verschil tussen moeders en vaders?

Concreet wordt de beschermende rol van een stevige ouderlijke identiteit in de relatie tussen slaapkwaliteit en ouderlijk welbevinden onderzocht alsook de beschermende rol van een stevige ouderlijke identiteit in de relatie tussen slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden bij ouders. Tenslotte wordt nagegaan of er verschillen worden gevonden voor beide verbanden tussen moeders en vaders.

Onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1a. Onderzoek toont aan dat het slaapgebrek bij ouders enerzijds geassocieerd is met depressieve kenmerken (Da Costa et al., 2021; Hiscock & Wake, 2001) en anderzijds met stress rond de opvoeding (Da Costa et al., 2012; Lee & Hsu, 2012). Wanneer het ouderlijk welbevinden wordt gemeten aan de hand van depressieve kenmerken en stress in de opvoeding, dan zorgen zowel depressieve kenmerken als stress rond de opvoeding voor een lager welbevinden. Als zodanig kan er een verband zijn tussen de slaapkwaliteit en het ouderlijk welbevinden, waarbij meer slaapproblemen zorgen voor meer depressieve gevoelens en meer ouderlijke stress (Figuur 1).

Figuur 1

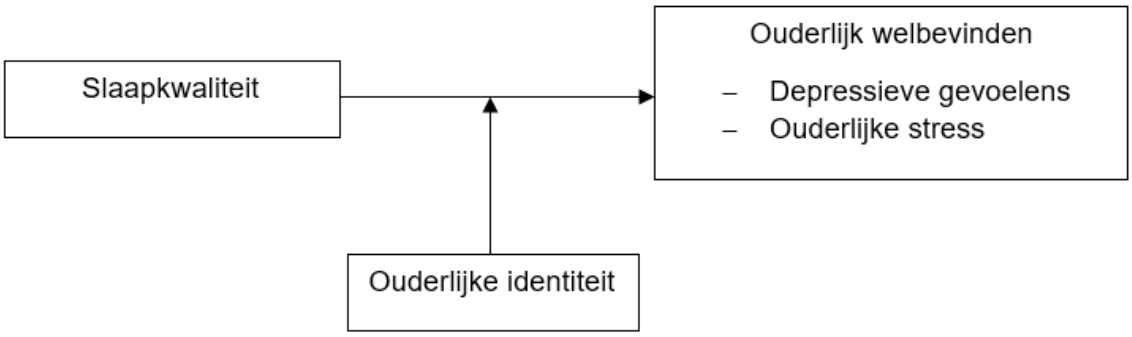
Schematische voorstelling onderzoeksvraag 1a: Wat is het verband tussen slaapkwaliteit en het welbevinden van ouders?



Onderzoeksvraag 1b. Ouderlijke identiteit kan worden beschouwd als een factor die mogelijk een invloed kan hebben op het verband tussen slaap en het ouderlijk welbevinden (depressieve gevoelens en ouderlijke stress). Het is bijgevolg interessant om het samenspel na te gaan tussen de slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en het welbevinden bij ouders. Als zodanig kunnen ouders die over een stevige ouderlijke identiteit beschikken, hun gevoel van welzijn beter behouden ondanks hun slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders zonder een stevige, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit. Een stevige ouderlijke identiteit bij ouders met een verstoorde slaapkwaliteit, kan dus de gevolgen van deze verstoorde slaapkwaliteit temperen (Figuur 2).

Figuur 2

Schematische voorstelling onderzoeksvraag 1b: Wat is het samenspel tussen slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en het welbevinden van ouders?



Onderzoeksvraag 2a. Eerder onderzoek toonde het verband aan tussen slaapproblemen en zowel positief als negatief ouderlijk gedrag (Bayer et al., 2007; King et al., 2020; McQueen & Mander, 2003; McQuillan en collega's, 2019). Wanneer de opvoedingsvaardigheden bij ouders worden gemeten aan de hand van een maat voor

positief ouderlijk gedrag (ouderlijke warmte) en negatief ouderlijk gedrag (psychologische controle), dan beschouwen we zowel weinig ouderlijke warmte en veel psychologische controle als inadequate opvoedingsvaardigheden. Als zodanig kan er een verband zijn tussen de slaapkwaliteit en de opvoedingsvaardigheden bij ouders, waarbij meer slaapproblemen zorgen voor minder ouderlijke warmte en meer gebruik van psychologische controle in de opvoeding (Figuur 3).

Figuur 3

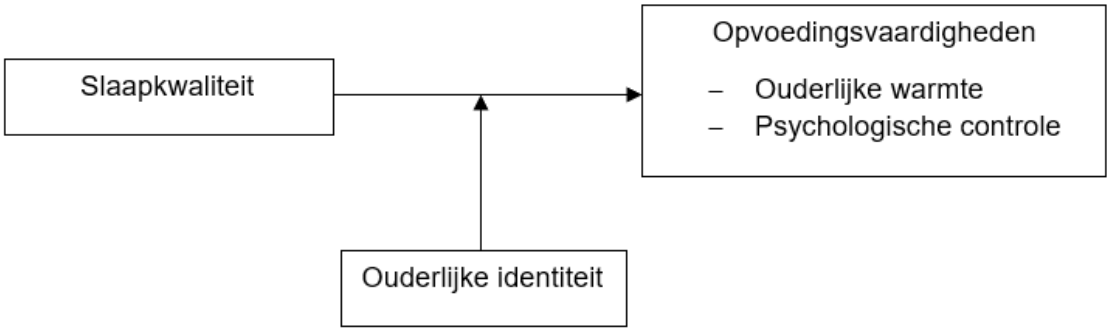
Schematische voorstelling onderzoeksvraag 2a: Wat is het verband tussen slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden?



Onderzoeksvraag 2b. Eerder onderzoek vond evidentie voor een competentiegevoel in de ouderlijke rol als mediator voor het verband tussen slaapkwaliteit en ouderlijk gedrag (Chau & Giallo, 2014). Naast een competentiegevoel, kan de ouderlijke identiteit worden beschouwd als een factor die een invloed kan hebben op het verband tussen slaap en het ouderlijk gedrag (opvoedingswarmte en psychologische controle). Bijgevolg is het interessant om het samenspel na te gaan tussen de slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en de opvoedingsvaardigheden van ouders. Als zodanig kunnen ouders die over een stevige ouderlijke identiteit beschikken beter in staat zijn om positief ouderlijk gedrag te blijven vertonen ondanks hun slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders zonder een stevige, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit. Een stevige ouderlijke identiteit bij ouders met een verstoorde slaapkwaliteit, kan dus de gevolgen van deze verstoorde slaapkwaliteit temperen (Figuur 4).

Figuur 4

Schematische voorstelling onderzoeksvraag 2b: Wat is het samenspel tussen slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en opvoedingsvaardigheden?



Onderzoeksvraag 3

Vaders krijgen alsmaar meer hun plaatsje toegewezen binnen onderzoek naar de gevolgen van slaapproblemen bij ouders. Toch blijven studies die vaders includeren een leemte in bestaand onderzoek. Er is weinig gekend over de specifieke gevolgen van een verstoorde slaapkwaliteit bij vaders. Bovendien behandelen weinig studies geslachtsverschillen met betrekking tot de impact van slaapproblemen bij jonge ouders. Dit brengt ons tot de derde en laatste onderzoeksvraag: Worden er geslachtsverschillen gevonden voor Onderzoeksvragen 1 en 2?

Vanuit de literatuur is er zowel sprake van een slaapgebrek bij moeders als vaders (Richter et al., 2019). Ook de gevolgen van het slaaptekort lijken gegeneraliseerd te kunnen worden tot beide ouders. Om deze reden kan er worden verwacht dat er geen significante verschillen zullen zijn tussen moeders en vaders. Toch zijn er andere bevindingen die het tegenovergestelde kunnen aangeven. Ten eerste is het mogelijk dat vrouwen de primaire en eerste verzorger blijven van hun kindje ondanks de toename in onze westerse cultuur van ouders die beiden de verantwoordelijkheid en zorg opnemen voor hun kinderen (Kenny et al., 2020). De verwachting is dan dat moeders meer last zullen blijven hebben van de gevolgen van het slaaptekort dan vaders, zelf wanneer er wordt gecontroleerd voor ouderlijke identiteit, gezien ze een grotere rol opnemen in de verzorging van hun kindje. Op vlak van de ouderlijke identiteit vonden Fadjukoff en collega's (2016) dat een geïntegreerde ouderlijke identiteit vooral bij vaders samenhangt met een hoger welbevinden. De verwachting is dan dat de ouderlijke identiteit bij vaders een grotere bufferende rol kan innemen in vergelijking met moeders.

Praktische Implicaties

Ouders hebben recht op hulp, net zoals iedereen die lijdt aan lichamelijke of psychische problemen. Toekomstige studies zijn nodig om te bepalen of interventies gericht op veranderbare factoren, zoals het ontwikkelen van vaardigheden om de uitdagingen van het ouderschap aan te kunnen, de gevolgen van een verstoorde slaapkwaliteit kunnen temperen. Er zijn twee redenen waarom de inbreng van ouderlijke identiteit binnen deze studie relevant is. Ten eerste kan een stevige ouderlijke identiteit een bufferende impact hebben op het welbevinden en de opvoedingsvaardigheden bij ouders die kampen met een verstoorde slaapkwaliteit. Op deze manier worden mogelijke protectieve factoren bepaalt. Ten tweede vormt de ouderlijke identiteit, dankzij zijn veranderbaar karakter, een aangrijpingspunt tot verandering in de gevolgen van slaapproblemen bij ouders.

Methode

Steekproef

De online vragenlijst bereikte 773 deelnemers. Van dit aantal gingen twee personen niet akkoord met de geïnformeerde toestemming en werden veertien personen alsnog geëxcludeerd omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria. Daarnaast vulden 251 personen de vragenlijst niet in tot aan de eerste inhoudelijke items. Deze deelnemers werden verwijderd uit de dataset.

De aangepaste steekproef bestond uit 506 respondenten, waarvan 76.1% (*n* = 385) Vlaamse moeders en 23.9% (*n* = 121) Vlaamse vaders. De leeftijd van de ouders varieerde tussen de 21 en 47 jaar met een gemiddelde leeftijd van 31.47 jaar (*SD* = 3.96). Van de deelnemers had 94.7% (*n* = 479) een vaste relatie met de ouder van hun kindje(s), 1.8% (*n* = 9) had een vaste relatie met een andere partner dan de ouder van hun kindje(s), en 3.6% (*n* = 18) was alleenstaande ouder. Van deze ouders had 98.2% (*n* = 497) de Belgische nationaliteit. Het aantal kinderen varieerde van één tot vier, met een gemiddelde van 1.49 (*SD* = 0.59). De gemiddelde leeftijd van het oudste kind was 3.82 jaar (*SD* = 17.69, range 1-108). De gemiddelde leeftijd van het jongste kind was 1.53 jaar (*SD* = 15.09, range 1-74), waarvan 55.1% (*n* = 279) jongens en 44.9% (*n* = 227) meisjes. In de vragenlijst werd de focus gelegd op de ervaringen in het ouderschap van het jongste kindje. Om deze reden werden verder geen kenmerken meer bevraagd die verband houden met het oudste kindje of andere kinderen.

De zwangerschap van het jongste kindje kwam bij 85.8% (*n* = 434) op natuurlijke wijze tot stand. Bij (14.2%, *n* = 72) kwam de zwangerschap van het jongste kindje met medische hulp tot stand. Voor 9.7% kwam de zwangerschap onverwachts. Van de ouders met een kinderwens kwam de zwangerschap voor 63.4% (*n* = 321) na één of enkele maanden, voor 18.2% (*n* = 92) na zes maanden tot een jaar en voor 8.7% (*n* = 44) na één of meerdere jaren vanaf de wens. De vrouwen bevielen op diverse wijzen: 2.8% beviel thuis met een vroedvrouw, 23.7% (*n* = 120) beviel in het ziekenhuis via een natuurlijke bevalling zonder verdoving, 58.3% (*n* = 295) beviel in het ziekenhuis via een natuurlijke bevalling met verdoving en 15.2% (*n* = 77) beviel in het ziekenhuis via keizersnede. Hiervan werd 5.3% (*n* = 27) van de baby's prematuur geboren. Bij de bevalling waren er voor 18.2% (*n* = 92) complicaties bij de moeder of de baby. Van de vrouwen had 26.9% (*n* = 136) helemaal geen last van babylues kort na de bevalling, 38.5% (*n* = 195) had eerder geen last van babyblues, 21.1% (*n* = 107) had eerder wel last en tot slot had 13.4% (*n* = 68) helemaal wel last van babyblues kort na de bevalling. De algemene beoordeling van de gezondheid, eten/drinken en de slaap van het jongste

kind werd gescoord op een schaal gaande van 1 tot 10. De beoordeling van de gezondheid varieerde tussen de 1 en 10, met een gemiddelde van 8.57 (*SD* = 1.30). Het eten/drinken bij het kindje kreeg een score variërend van 2 tot 10, met een gemiddelde van 8.24 (*SD* = 1.50). De algemene beoordeling van de slaap bij het kindje varieerde van 1 tot 10, met een gemiddelde score van 7.11 (*SD* = 2.00).

Metingen

De vragenlijststudie bestond uit een samenstelling van goed gevalideerde metingen en reeds bestaande schalen. Er werden geen schalen in het Nederlands vertaald voor dit onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van gevalideerde Nederlandse vertalingen.

Er werd gevraagd aan de ouders om tijdens het invullen van de vragenlijst hun jongste kindje in gedachten te houden. De vragen, zoals de kenmerken van de zwangerschap en bevalling, het temperament van het kind en de ervaringen van het ouderschap, hadden dus allen betrekking op het jongste kindje. Deze afbakening tot rapportering over het jongste kindje werd gemaakt omwille van verschillende argumenten. Ten eerste is het meer waarschijnlijk dat het jongste kind de grootste invloed heeft op de slaap en het bijhorend welbevinden van ouders. Ten tweede is een rapportage over het jongste kindje eenvoudiger en minder tijdsintensief voor ouders van meerdere kinderen. Tenslotte maakt deze keuze de verwerking van de gegevens eenduidiger. Er werd daarom vooraf aan ouders van meerdere kinderen gevraagd om hun jongste kindje in gedachten te houden tijdens het invullen van de vragenlijst.

Achtergrondvariabelen

Demografische gegevens werden bevraagd om zicht te krijgen op enkele belangrijke achtergrondvariabelen. Het onderzoek en de verwerking werd zo opgezet dat de anonimiteit en de vertrouwelijke behandeling van gegevens strikt gewaarborgd bleef. Alle mailadressen die de deelnemers vrijblijvend konden invullen aan het einde van de vragenlijst, werden apart van de onderzoeksgegevens bewaard. De bevindingen werden enkel gelinkt op basis van een willekeurige, anonieme code die enkel toegankelijk is voor de onderzoekers.

De achtergrondvariabelen omvatten kenmerken van de ouders, gezinskenmerken, kenmerken van de zwangerschap en de bevalling en tot slot enkele kindkenmerken. De ouderkenmerken bestaan uit geslacht, leeftijd en nationaliteit. De gezinskenmerken omvatten de gezinssamenstelling en het aantal kinderen. Daarnaast werden er een aantal gegevens van de kinderen bevraagd waaronder het geslacht en

de leeftijd van het kindje. Bij ouders van meerdere kinderen werden deze gegevens enkel bevraagd over het jongste en het oudste kindje.

Kenmerken van de zwangerschap en de bevalling werden bevraagd met inbegrip van de wijze van de totstandkoming van de zwangerschap (natuurlijk, via medische hulp of onverwacht), het verloop van de bevalling en de wijze waarop de persoon is bevallen. Er werd hierbij gepeild naar prematuriteit en complicaties bij de geboorte evenals naar de aanwezigheid van babyblues na de bevalling.

De kindkenmerken bestonden uit een algemene beoordeling van de gezondheid, eten/drinken en slapen van het jongste kindje op een Likertschaal gaande van 1 *zeer slecht* tot 10 *zeer goed*.

Temperament van het Kind

Naast de achtergrondvariabelen werd het temperament in rekening gebracht om te controleren voor de mogelijke invloed van dit construct op de onderzochte verbanden. Het temperament vormt en wijzigt zich doorheen de ontwikkeling van een kind tot aan de volwassen leeftijd. Naargelang de specifieke leeftijd komt het temperament verschillend tot uiting (Rothbart & Derryberry, 1981). Rothbart (1981) ontwikkelde een model om temperament bij baby's te beschrijven. Dit werd later uitgebreid naar peuters, kleuters, lagere schoolkinderen, adolescenten en volwassenen. Voor elke leeftijdscategorie werd een meetinstrument ontworpen om het temperament in kaart te brengen waaronder voor baby's van 3 tot 12 maanden (IBQ; Rothbart, 1981), peuters van 18 tot 36 maanden (ECBQ; Putnam et al., 2006) en jonge kinderen van 3 tot 7 jaar (CBQ; Rothbart et al., 2001). Factoranalyses gaven aan dat de indicatoren van de verschillende leeftijdsgroepen onder drie factoren te vatten zijn: Negatief Affect, Surgency en Effortful Control (Rothbart & Bates, 2006).

In huidig onderzoek werden deze drie factoren bevraagd aan de hand van de *Infant Behaviour Questionnaire Revised Very Short Form* (IBQ-R- VSF; Putnam et al., 2014) om het temperament bij baby's tussen de 0 en 12 maand te bevragen. Bij peuters tussen de 12 en 36 maand werd gebruik gemaakt van de *Early Childhood Behavior Questionnaire Very Short Form* (ECBQ- VSF; Putnam et al., 2010). De *Children's Behaviour Questionnaire Very Short Form* (CBQ- VSF; Putnam & Rothbart, 2006) werd gehanteerd om het temperament bij kleuters tussen de 3 en 6 jaar te bevragen. De IBQ-R- VSF (31 items, waarvan 28 items werden opgenomen), ECBQ- VSF (36 items) en CBQ- VSF (35 items, waarvan 33 items werden opgenomen) zijn respectievelijk verkorte versies van de IBQ, ECBQ en CBQ. Deze verkorte versies hebben in vergelijking met de uitgebreide instrumenten ook goede psychometrische kwaliteiten, waardoor deze

instrumenten als valide worden beschouwd (Putnam & Rothbart, 2006). Alle items werden gescoord op een Likertschaal van 1 *nooit* tot 7 *altijd*. Bij elk item was er tevens de mogelijkheid om *niet van toepassing* aan te duiden. Voorbeelditems van de subschalen zijn: *'Wanneer uw baby moe was, was hij/zij van streek'* voor Negatief Affect (IBQ-R-VSF), *'Bij het buitenspelen, hoe vaak koos uw kind ervoor om risico's te nemen voor het plezier en de opwinding?'* voor Surgency (ECBQ- VSF) en *'Mijn kind is erg geconcentreerd bezig wanneer hij/zij tekent of kleurt' voor* Effortful Control (CBQ- VSF). Bij elke schaal werden de items aangepast aan de specifieke ontwikkelingsleeftijd van het kind. De subschalen surgency, negatief affect en effortful control hadden in elk van de drie vragenlijsten een goede betrouwbaarheid, mits weglating van vier items die de betrouwbaarheid gevoelig verlaagden (respectievelijk α = .74, α = .79 en α = .70 voor de IBQ- R- VSF; α = .67, α = .73 en α = .76 voor de ECBQ- VSF; α = .77, α = .74 en α = .84 voor de CBQ- VSF).

Slaap

De subjectieve slaapkwaliteit werd gemeten met de *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI; Buysse et al., 1989). De PSQI is een gevalideerde Engelstalige vragenlijst, die eveneens werd gevalideerd in het Nederlands door de organisatie MAPI Research Trust (z.d.). De volledige scoring van dit instrument kan worden geraadpleegd in Bijlage 4. Het meetinstrument bestond uit 19 items die samen zeven componenten opleverden: subjectieve slaapkwaliteit (1 item), slaaplatentie (2 items), slaapefficiëntie (3 items), slaapduur (1 item), slaapverstoring (9 items), het gebruik van slaapmedicatie (1 item) en het disfunctioneren overdag (2 items). De 19 items werden opgedeeld in 14 vragen met een Likertschaal van 0 *niet tijdens de afgelopen maand* tot 3 *drie- of meermaals per week*. Een voorbeelditem hiervan is: *'Hoe vaak had u tijdens de afgelopen maand moeilijkheden met slapen, omdat u niet binnen 30 minuten in slaap viel?'*. Daarnaast bevatte de vragenlijst 4 open vragen. Een voorbeelditem van een open vraag is: *'Aan hoeveel uren slaap kwam u gemiddeld per nacht tijdens de afgelopen maand?'* Er werden zeven componentscores berekend, die allen een componentscore van 0 tot 3 krijgen. De open vragen werden ook gehercodeerd tot een score van 0 tot 3, volgens het scoringsformulier. Tot slot werd één item gescoord op een Likertschaal van 0 *geen enkel probleem* tot 3 *een heel groot probleem* en één item op een Likertschaal van 0 *zeer slecht* tot 3 *zeer goed*. Voorbeelditems zijn respectievelijk: *'In welke mate was het de afgelopen maand voor u een probleem om met voldoende enthousiasme uw dagelijkse activiteiten uit te voeren?'* en *'Hoe zou u uw globale slaapkwaliteit tijdens de afgelopen maand beoordelen?'*. De som van de zeven componenten vormde de

totaalscore. Deze score kon variëren van 0 tot 21. Hoe hoger de score, hoe slechter de subjectieve slaap en dus hoe meer verstoorde slaapkwaliteit. Een cut-off score van 5 werd gehanteerd om een verstoorde slaapkwaliteit te onderscheiden. Dit instrument is in staat om goede en slechte slapers van elkaar te onderscheiden en heeft goede psychometrische kwaliteiten. De vragenlijst heeft een goede interne consistentie (α = .83) en test-hertest betrouwbaarheid (*r* = .85). De vragenlijst kent een sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 89.6% en 86.5% (Buysse et al., 1989). De PSQI is een vaak gebruikt instrument in het onderzoek naar postpartum slaap bij vrouwen (Dørheim et al., 2009; Li et al., 2011; Okun et al., 2009; Okun et al., 2011) en vaders (Shaki et al., 2011). In huidige studie hadden de componenten samen een goede betrouwbaarheid (α = .73).

Ouderlijke Identiteit

De mate waarin ouders een stevig, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit bezitten en een duidelijk beeld hebben over welk soort ouder men wil zijn, werd gemeten aan de hand van enkele schalen van de *Dimensions of Identity Development Scale* (DIDS; Luyckx et al., 2008). De DIDS is een goed gevalideerd meetinstrument dat bestaat uit vijf schalen die achtereenvolgens de vijf identiteitsdimensies bevraagt zoals vooropgesteld door Luyckx en collega's (2008): aangaan van binding, exploratie in de breedte, ruminatieve exploratie, exploratie in de diepte en identificatie met gemaakte binding. Elke schaal bestaat uit 5 items. In eerder onderzoek van Schrooyen en collega's (2019) werden de items aangepast aan het ouderdomein/de ouderrol. Deze aanpassingen van de DIDS aan de ouderrol waren betrouwbaar en gevalideerd. Een voorbeelditem van de schaal aangaan van binding is: *'Ik weet welke doelen ik als ouder wil bereiken.'* De schaal exploratie in de breedte bestaat onder andere uit het volgende item: *'Ik denk actief na over de verschillende manieren waarop ik de opvoeding van mijn kind(eren) kan invullen.'* Een voorbeelditem van de schaal ruminatieve exploratie is: *'Ik pieker over wat ik als ouder moet aanvangen'*. De schaal identificatie met de gemaakt binding omvat bijvoorbeeld: *'Ik weet zeker dat de richting die ik uit wil als ouder de juiste is voor mij'*. Tot slot is *'Ik sta stil bij hoe ik de opvoeding van mijn kind aanpak'* een voorbeelditem van de schaal exploratie in die diepte. De vragen werden beantwoord op een Likertschaal van 1 *helemaal niet waar* tot 5 *helemaal waar*. In deze studie waren alle subschalen betrouwbaar, mits weglating van één item die de betrouwbaarheid gevoelig verlaagde (respectievelijk α = .78, α = .78, α = .79, α = .82 en α = .72).

Ouderlijk Welbevinden

In deze studie werd het ouderlijk welbevinden gemeten aan de hand van de mate van (1) depressieve gevoelens en (2) ouderlijke stress. De mate waarin een ouder depressieve gevoelens ervaart, werd bevraagd aan de hand van de *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977). In dit onderzoek werd de Nederlandse vertaling door Hanewald (1987) gehanteerd. De CES- D is een vaak gebruikt instrument in onderzoek naar postpartum depressieve kenmerken (Loutsenhiser et al., 2015; Mosack & Shore, 2006; Paulson et al., 2006). Deze originele vragenlijst bestaat uit 20 items, maar hier werd de verkorte versie van 12 items gebruikt. Alle items werden beantwoord met behulp van een Likertschaal gaande van 1 *zelden of nooit* tot 4 *meestal of de hele tijd*. De ouders rapporteerden hierbij over hun gevoelens de voorbije week. Enkele voorbeelditems zijn: *'De voorbije week voelde ik me net zo goed als anderen'* en *'De voorbije week geraakte ik niet op gang'*. Item 1, 5, 7 en 9 werden omgekeerd gescoord. Voorgaand onderzoek omschreef de Nederlandse versie van deze 12-item CES-D als betrouwbaar en valide (Soenens et al., 2008). De items hadden ook in deze studie een goede betrouwbaarheid (α = .86).

Om ouderlijke stress te meten werden 4 items gebruikt uit de *Depression Anxiety Stress Scales Short Form* (DASS-21; Lovibond, & Lovibond, 2004). De DASS-21 bestaat uit drie schalen: depressie (7 items), angst (7 items) en stress (7 items), maar in het huidige onderzoek werd enkel de schaal die peilt naar stress in de afgelopen week opgenomen (bijv. *'Ik vond het moeilijk om mezelf te kalmeren'* en *'ik merkte dat ik onrustig was'*). De bevraging gebeurde via een Likertschaal gaande van 1 *helemaal niet of nooit van toepassing* tot 4 *zeer zeker of meestal van toepassing*. Een steekproef van Campbell en collega's (2018) toonde de betrouwbaarheid van het instrument aan (α's varieerden tussen .89 en .92). Omdat het meetinstrument geen ouderspecifieke items bevatte, werd vooraf aangegeven dat de items betrekking hadden op de belevingen van ouders in de opvoeding van hun kind en in hun ouderrol. In dit onderzoek had de schaal tevens een goede betrouwbaarheid (α = .87).

Opvoedingsvaardigheden

Ouderlijke warmte en psychologische controle werden gemeten aan de hand van enkele items uit een aangepaste versie van de *Parents as Social Context Scale* (PASCQ; Skinner et al., 2005). Dit instrument werd origineel ontwikkeld om de opvoedingsvaardigheden te meten bij ouders van lagere schoolkinderen. De vragenlijst bestaat uit zes schalen die elk één opvoedingsdimensie bevragen: autonomie-ondersteuning, structuur, warmte, dwang, chaos en afwijzing. Zimmer-Gembeck en

collega's (2015) pasten de vragenlijst aan voor peuters en kleuters en toonden de betrouwbaarheid en validiteit aan in een steekproef. Brenning en Soenens (2017) voegden nog een zevende schaal voor ouderlijke psychologische controle toe aan het instrument. Deze schaal is een leeftijdsspecifieke aanpassing van Barber's (1996) *Psychological Control Scale* (PCS).

In huidig onderzoek werden twee schalen uit dit aangepast instrument opgenomen. De schalen warmte en psychologische controle werden gebruikt om respectievelijk ouderlijke warmte en psychologische controle te meten. Beide constructen werden gescoord met behulp van een Likertschaal gaande van 1 *helemaal niet waar* tot 5 *helemaal wel waar*. Voorbeelditems zijn: *'Ik verander soms van gespreksonderwerp wanneer mijn kind iets te vertellen heeft'* (psychologische controle) en *'Ik neem tijd om te praten met mijn kind over wat belangrijk is voor hem/haar.'* (opvoedingswarmte). De aangepaste schaal psychologische controle had een goede betrouwbaarheid in deze studie (α = .77). De aangepaste schaal warmte had echter geen goede betrouwbaarheid in huidig onderzoek (α = .59). Er kon geen item worden weggelaten om de betrouwbaarheid te verhogen.

Procedure

Het onderzoek betreft een kwantitatieve, cross-sectionele studie met eenmalige bevraging via een online vragenlijst, opgemaakt met behulp van Qualtrics. Vlaamse moeders en vaders die niet langer dan zes jaar in het ouderschap stonden, werden uitgenodigd om deel te nemen via een algemene oproep. Op die manier werden niet enkel ouders aangetrokken die slaapproblemen of- moeilijkheden ervaren. Aan de hand van enkele inclusiecriteria werden enkel jonge ouders bevraagd met minstens één kind, waarvan geen enkel kind ouder was dan een kleuter van zes jaar. De keuze voor het afbakenen van deze doelgroep is omdat vooral deze groep jonge ouders slaapproblemen ondervindt (Richter et al., 2019). Bij de start van de bevraging kregen de deelnemers een infopagina met informatie over het onderzoek. Ze gaven daarbij actieve toestemming om deel te nemen. Deze infobrief met bijgevoegde informed consent kan in bijlage achteraan worden geraadpleegd (Bijlage 1). Het invullen van de online vragenlijst (Bijlage 2) nam gemiddeld twintig minuten in beslag. Vragen met specifieke antwoordmogelijkheden werden afgewisseld met enkele open vragen, zodat de ouders de kans kregen om specifieke ervaringen met de onderzoekers te delen. Op het einde van de vragenlijst konden de deelnemers vrijblijvend hun emailadres achterlaten en hierbij aanduiden of ze (1) op de hoogte willen worden gebracht via mail

omtrent de resultaten van het onderzoek en/of (2) ze gecontacteerd wensen te worden voor een eventuele vervolgbevraging. De procedure hierboven beschreven werd voorafgaand goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent (referentie 2021/53).

De respondenten werden gerekruteerd via persoonlijke contacten, sociale media, de verspreiding via een basisschool alsook middels een oproep door Kind en Gezin. De rekrutering gebeurde op basis van twee aantrekkelijke flyers (Bijlage 3) die werden verspreid via de genoemde kanalen. Met deze studie betrachtten we zoveel mogelijk moeders en vaders te bereiken. Er werd gestreefd naar een evenwicht tussen het aantal moeders en vaders. Via de algemene oproepen stroomden vooral moeders in. Het was niet evident om vaders warm te maken om de vragenlijst in te vullen. In een latere fase van het onderzoek werden derhalve folders verspreid, die specifiek de doelgroep van jonge vaders aansprak. Deze folders werden gedeeld via sociale media, binnen het jeugdvoetbal en binnen een scholengroep. Deze inspanningen waren nodig om voldoende vaders te betrekken in het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in de periode van 29/12/2021 tot en met 19/04/2022. Vanaf 07/03/2022 richtte de rekrutering zich hoofdzakelijk op vaders met behulp van de specifieke flyer.

Resultaten

Preliminaire Analyses

Missing Data

In de data ontbraken verschillende gegevens. Een missinganalyse op basis van alle beschikbare informatie toonde dat de ontbrekende gegevens in deze dataset (12.3% van alle gegevens) missing at random (MAR) waren, want Little's MCAR test (Little, 1988), die de hypothese van MCAR vs MAR toetst, resulteerde in een normed chi-square (X^2/df = 1.34; Wheaton et al., 1977) die duidelijk kleiner is dan de grenswaarde 2 (Tabachnick & Fidell, 2007). Bijgevolg werden de ontbrekende gegevens geschat, gebruik makend van zoveel mogelijk informatie, met het EM (Expectation Maximization) algoritme in SPSS.

Descriptieve Analyse

In Tabel 1 worden de gemiddelden, standaarddeviaties en de geobserveerde range weergegeven van de studievariabelen uit het onderzoek. Deze gegevens tonen aan dat de steekproef vooral bestaat uit ouders met een indicatie voor een verstoorde slaapkwaliteit (cut- off > 5). Toch is het construct scheefrechts verdeeld en zijn er dus relatief weinig ouders die een zeer verstoorde slaapkwaliteit rapporteerden. De volgende constructen zijn eveneens rechtsscheef verdeeld: depressieve gevoelens, ouderlijke stress en psychologische controle. De constructen ouderlijke warmte, binding, identificatie, exploratie in de breedte en exploratie in de diepte zijn linksscheef verdeeld. Derhalve bestaat de steekproef (1) vooral uit ouders met relatief weinig depressieve gevoelens of ouderlijke stress, (2) vertonen de ouders in de opvoeding vooral ouderlijke warmte en weinig psychologische controle en (3) vertonen de ouders vooral binding, identificatie, exploratie in de breedte en exploratie in de diepte over de ouderlijke identiteit. Voor deze vier identiteitsdimensies, ligt het gemiddelde ongeveer rond dezelfde waarde. Voor de vijfde dimensie ruminatieve exploratie, ligt het gemiddelde lager. Dit wijst erop dat ouders gemiddeld minder op een ruminatieve manier exploreren en meer exploreren in de breedte en in de diepte.

Tabel 1

Descriptieve Gegevens Studievariabelen

	M	*SD*	*Range*
1. Verstoorde slaapkwaliteit	7.45	3.45	0 – 19
2. Depressieve gevoelens	1.90	0.51	1.00 – 3.50
3. Ouderlijke stress	1.98	0.67	1.00 – 3.75
4. Ouderlijke warmte	3.72	0.56	1.50 – 5.00
5. Psychologische controle	1.62	0.47	1.00 – 3.63
6. Binding	3.71	0.63	1.80 – 5.00
7. Identificatie	3.72	0.62	1.20 – 5.00
8. Exploratie in de breedte	3.88	0.63	1.00 – 5.00
9. Exploratie in de diepte	3.80	0.62	1.40 – 5.00
10. Ruminatieve exploratie	2.77	0.77	1.00 – 5.00

Verbanden met Achtergrondvariabelen

Alvorens de hoofdanalyses te bestuderen, werd het verband tussen de achtergrondvariabelen en de afhankelijke variabelen onderzocht om te beslissen voor welke variabelen er in de hoofdanalyses het best gecontroleerd wordt. Via een multivariate covariantieanalyse (MANCOVA) werd het verband tussen de achtergrondvariabelen en de afhankelijke variabelen onderzocht. De volgende afhankelijke variabelen werden opgenomen: slaapkwaliteit, depressieve gevoelens, ouderlijke stress, ouderlijke warmte, psychologische controle, binding, identificatie, exploratie in de breedte, exploratie in de diepte en ruminatieve exploratie. Alle achtergrondvariabelen werden opgenomen als onafhankelijke variabelen, uitgezonderd de leeftijd van het oudste kind (aangezien de leeftijd van het jongste kind werd opgenomen en het jongste kind ook verder de focus in de studie was) en de algemene beoordeling van de slaap van het jongste kind (aangezien dit een subjectieve beoordeling van de ouder is en mogelijks beïnvloed wordt door de subjectieve slaapkwaliteit van de ouder, wat net de onderzoeksfocus is). De categorische variabelen

werden opgenomen als fixed factors en de continue variabelen als covariaten. Om de resultaten te interpreteren werd gekeken naar Wilks' Lambda. We hanteerden een significantieniveau van p < .01, gezien de grote steekproef.

Er was een significant multivariaat verband tussen de afhankelijke variabelen en het geslacht van de ouder [F(10, 474) = 9.24, p < .001, η² = .16], de leeftijd [F(10, 474) = 2.67, p < .01, η² = .05] en het aantal kinderen [F(10, 474) = 2.45, p < .01, η² = .05]. Ook met de leeftijd van het jongste kind [F(10, 474) = 7.97, p < .001, η² = .14] en alle temperamentsdimensies (surgency [F(10, 474) = 7.17, p < .001, η² = .13], negatief affect [F(10, 474) = 10.67, p < .001, η² = .18] en effortful control [F(10, 474) = 14.20, p < .001, η² = .23]) bleek er een significant multivariaat verband te zijn met de afhankelijke variabelen.

Het geslacht van de ouder bleek univariaat samen te hangen met depressieve gevoelens bij de ouder [F(1, 483) = 14.85, p < .001, η² = .03], ouderlijke stress [F(1, 483) = 9.74, p < .01, η² = .02] en ouderlijke warmte [F(1, 483) = 12.37, p < .001, η² = .03]. Moeders ervoeren meer depressieve gevoelens (β = .18, M = 2.17), meer ouderlijke stress (β = .20, M = 2.01) en ouderlijke warmte (β = .19, M = 3.87) in vergelijking met vaders (respectievelijk M = 1.99, M = 1.81 en M = 3.68). Ook de dimensies exploratie in de diepte [F(1, 483) = 20.70, p < .001, η² = .04], exploratie in de breedte [F(1, 483) = 24.30, p < .001, η² = .05] en ruminatieve exploratie [F(1, 483) = 30.24, p < .001, η² = .06] hingen samen met het geslacht, waarbij moeders meer exploreerden in de breedte (β = .29, M = 3.80), in de diepte (β= .31, M = 3.80) en meer ruminatief exploreerden (β = .42, M = 2.93) in vergelijking met vaders (respectievelijk M = 3.51, M = 3.48 en M = 2.52).

De leeftijd van de ouders hing univariaat samen met de slaapkwaliteit [F(1, 483) =9.70, p < .01, η² = .02], ouderlijke warmte [F(1, 483) = 9.76, p < .01, η² = .02] en zowel de dimensies binding [F(1, 483) = 7.54, p < .01, η² = .02], identificatie [F(1, 483) = 7.67, p < .01, η² = .02] als ruminatieve exploratie [F(1, 483) = 6.91, p < .01, η² = .01]. Concreet werd bij een stijgende leeftijd van de ouder een slechtere slaapkwaliteit (b = 0.12) opgemerkt, lagere niveaus van ouderlijke warmte (b = -0.02) en vertoonde de ouder minder binding (b = -0.02), minder identificatie met de gemaakte bindingen (b = -0.02) en meer ruminatieve exploratie (b = 0.02).

Vervolgens was er een verband tussen het aantal kinderen en de dimensies binding [F(1, 483) = 7.94, p < .01, η² = .02] en exploratie in de diepte [F(1, 483) = 8.45, p < .01, η² = .02]. Hoe meer kinderen ouders hadden, hoe meer bindingen (b = 0.15) ouders aangingen en hoe meer ouders exploreerden in de diepte (b = 0.15).

De leeftijd van het jongste kind vertoonde een significant univariaat verband met de slaapkwaliteit van de ouder [$F(1, 483) = 9.87$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$], ouderlijke warmte [$F(1, 483) = 46.51$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$], psychologische controle [$F(1, 483) = 9.02$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$] en de dimensie identificatie [$F(1, 483) = 9.38$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$]. Hoe hoger de leeftijd van het kind, hoe beter de slaapkwaliteit van de ouder (b = -0.04), hoe meer ouderlijke warmte (b = 0.01) en psychologische controle de ouder vertoonde (b = 0.01), en tot slot hoe meer de ouder zich identificeerde met de gemaakte bindingen (b = 0.01).

De dimensie surgency bij het kind hing univariaat samen met achtereenvolgens de slaapkwaliteit bij ouders [$F(1, 483) = 13.51$, $p < .01$, $\eta^2 = .03$], ouderlijke stress [$F(1, 483) = 12.64$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$], ouderlijke warmte [$F(1, 483) = 9.77$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$], psychologische controle [$F(1, 483) = 17.90$, $p < .001$, $\eta^2 = .04$] en de dimensie exploratie in de breedte [$F(1, 483) = 7.30$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$]. Hieruit bleek dat hoe meer surgency bij het kind, hoe slechter de slaapkwaliteit bij de ouder (b = 0.77), hoe meer ouderlijke stress (b = 0.15), hoe meer ouderlijke warmte (b = 0.11), hoe meer psychologische controle de ouder vertoonde (b = 0.13) en hoe minder de ouder exploreerde in de breedte (b = -0.11).

Negatief affect bij het kind had een verband met de slaapkwaliteit bij de ouder [$F(1, 483) = 33.49$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$], depressieve gevoelens [$F(1, 483) = 75.25$, $p < .001$, $\eta^2 = .14$], ouderlijke stress [$F(1, 483) = 50.68$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$], ouderlijke warmte [$F(1, 483) = 13.78$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$] en psychologische controle [$F(1, 483) = 7.70$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$]. Dit betekent dat kinderen die meer negatief effect vertoonden, een slechtere slaapkwaliteit bij de ouder uitlokten (b = 1.05), meer depressieve gevoelens (b = 0.22), meer ouderlijke stress (b = 0.25), minder ouderlijke warmte (b = -0.11), en meer psychologische controle (b = 0.07). Ook de dimensies binding [$F(1, 483) = 14.54$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$], identificatie [$F(1, 483) = 35.74$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$], exploratie in de diepte [$F(1, 483) = 13.37$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$] en ruminatieve exploratie [$F(1, 483) = 17.21$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$] vertoonden een significant verband met het negatief effect bij het kind. Ouders van kinderen met hogere niveaus van negatief effect gingen minder bindingen aan (b = - 0.13), identificeerden zich minder met de gemaakte bindingen (b = - 0.20), exploreerden meer in de diepte (b = - 0.13) en vertoonden hogere niveaus van ruminatieve exploratie (b = 0.17).

Tot slot hing effortful control bij het kind samen met depressieve gevoelens bij de ouder [$F(1, 483) = 29.94$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$], ouderlijke stress [$F(1, 483) = 18.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .04$], ouderlijke warmte [$F(1, 483) = 69.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .13$], psychologische controle [$F(1, 483) = 36.12$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$] en de dimensies binding [$F(1, 483) =$

42.87, $p < .001$, $\eta^2 = .08$], identificatie [$F(1, 483) = 55.90$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$], exploratie in de breedte [$F(1, 483) = 41.04$, $p < .001$, $\eta^2 = .08$], exploratie in de diepte [$F(1, 483) = 21.85$, $p < .001$, $\eta^2 = .04$] en ruminatieve exploratie [$F(1, 483) = 15.93$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$]. Kinderen die meer effortful control vertoonden, zorgden voor een betere slaapkwaliteit bij de ouder ($b = -0.14$), minder ouderlijke stress ($b = -0.15$), meer ouderlijke warmte ($b = 0.25$), en minder psychologische controle ($b = -0.15$). Hoe hoger het niveau van effortful control, hoe meer bindingen de ouder aanging ($b = 0.23$), hoe meer de ouder zich identificeerde met de gemaakte bindingen ($b = 2.93$), hoe meer de ouder exploreerde in de breedte ($b = 0.22$) en in diepte ($b = 0.16$), en hoe minder ruminatief er werd geëxploreerd ($b = -0.16$).

Op basis van deze resultaten werd beslist om in alle volgende hoofdanalyses te controleren voor: geslacht van de ouder, leeftijd van de ouder, leeftijd van het jongste kind en de drie temperamentdimensies surgency, negatief affect en effortful control.

Correlaties

De Pearson correlaties tussen de studievariabelen zijn terug te vinden in Tabel 2.

Tabel 2

Pearson Correlatiecoëfficienten van de Studievariabelen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Verstoorde slaapkwaliteit									
2. Depressieve gevoelens	.61**								
3. Ouderlijke stress	.41**	.62**							
4. Ouderlijke warmte	-.04	-.13**	-.12**						
5. Psychologische controle	.03	.24**	.26**	-.19**					
6. Binding	-.11*	-.28**	-.21**	.39**	-.29**				
7. Identificatie	-.23**	-.47**	-.43**	.42**	-.37**	.73**			
8. Exploratie in de breedte	.00	-.66	-.02	.25**	-.20**	.66**	.43**		
9. Exploratie in de diepte	-.05	-.10*	-.03	.21**	-.10*	.53**	.43**	.70**	
10. Ruminatieve exploratie	.25**	.39**	.45**	-.15**	.26**	-.26**	-.47**	.14**	.12**

*Noot. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01*

Verstoorde slaapkwaliteit vertoonde een positieve samenhang met depressieve gevoelens en ouderlijke stress. Er was een negatieve samenhang tussen slaapproblemen en de identiteitsdimensies binding en identificatie met binding, en een positieve samenhang met ruminatieve exploratie. Deze verstoorde slaapkwaliteit correleerde opmerkelijk niet met de opvoedingsvaardigheden bij ouders (ouderlijke warmte en psychologische controle). Depressieve gevoelens en ouderlijke stress vertoonden een positieve correlatie, waaruit volgt dat er een convergente validiteit is tussen beide variabelen die het ouderlijk welbevinden beogen te meten. De opvoedingsdimensies daarentegen, vertoonden een negatieve correlatie. Dit duidt dat het om twee verschillende opvoedingsdimensies gaat. Daarnaast bleek het ouderlijk welbevinden samen te hangen met de opvoedingsvaardigheden bij de ouder: de variabelen depressieve gevoelens en ouderlijke stress vertoonden een positieve relatie met het construct psychologische controle en een negatieve relatie met het construct ouderlijke warmte. Tot slot waren de identiteitsdimensies allen met elkaar gecorreleerd, waarbij enkel ruminatieve exploratie een negatieve samenhang vertoonde met de andere identiteitsdimensies. De resterende dimensies van de identiteit vertoonden een positieve samenhang.

Hypothesetoetsende Analyses

De eigenlijke onderzoeksvragen werden getoetst met behulp van een enkelvoudige lineaire regressies en een hiërarchische regressieanalyses (Aiken & West, 1991; Cohen & Cohen, 1983; Jaccard & Turrisi, 2003). Voor de hiërarchische regressieanalyses werden eerst alle controlevariabelen, de onafhankelijke variabele (verstoorde slaapkwaliteit) en de moderatoren (vijf dimensies van ouderlijke identiteit) gestandaardiseerd. Vervolgens werden de vijf interactietermen aangemaakt, die de producttermen zijn van de gestandaardiseerde onafhankelijke variabele (verstoorde slaapkwaliteit) met elk van de gestandaardiseerde moderatoren (identiteitsdimensies). Omdat deze manier van toetsen een strenge toetst is voor interacties (Aiken & West, 1991) rapporteren we ook randsignificante interacties.

Onderzoeksvraag 1a: Wat is het Verband tussen Slaapkwaliteit en het Welbevinden van Ouders?

Een enkelvoudige lineaire regressie werd tweemaal uitgevoerd. Een eerste keer met verstoorde slaapkwaliteit als onafhankelijke variabele en depressieve gevoelens als afhankelijke variabele. Een tweede keer met verstoorde slaapkwaliteit als onafhankelijke variabele en ouderlijke stress als afhankelijke variabele. Hierbij werden telkens de

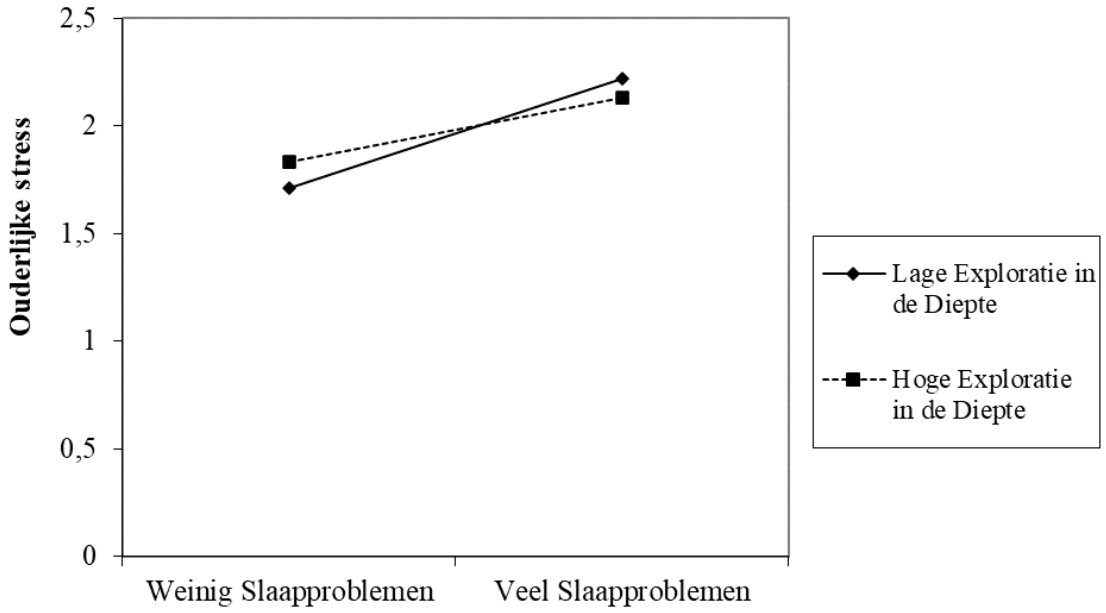
controlevariabelen aan het model toegevoegd. In de eerste regressieanalyse bleek verstoorde slaapkwaliteit significant extra variantie te verklaren in depressieve gevoelens, bovenop de controlevariabelen [$F(1, 498) = 199.81$; $p < .001$, $\eta^2 = .21$]. Een verstoorde slaapkwaliteit vertoonde een significant en positief verband met depressieve gevoelens [$\beta = .51$, $p < .001$]. Ook de tweede regressieanalyse bleek significant [$F(1, 498) = 48.80$; $p < .001$, $\eta^2 = .07$]. Een verstoorde slaapkwaliteit vertoonde een significant en positief verband met ouderlijke stress [$\beta = .30$, $p < .001$]. Een verstoorde slaapkwaliteit voorspelt dus zowel meer depressieve gevoelens als meer ouderlijke stress.

Onderzoeksvraag 1b: Wat is het Samenspel tussen Slaapkwaliteit, Ouderlijke Identiteit en het Welbevinden van Ouders?

In deze moderatiehypothese werd nagegaan of ouderlijke identiteit fungeert als buffer in het verband tussen verstoorde slaapkwaliteit en ouderlijk welbevinden (depressieve gevoelens en ouderlijke stress). De analyses werden daarom twee keer doorgevoerd: een eerste keer met depressieve gevoelens als afhankelijke variabele en een tweede keer met ouderlijke stress als afhankelijke variabele. In een eerste stap werden de controlevariabelen toegevoegd. In een tweede stap werd het hoofdeffect van slaapkwaliteit toegevoegd. Tot slot werd in een derde stap de interactieterm aan het model toegevoegd. Op deze manier werden de predictoren telkens hiërarchisch toegevoegd. Een eerste set van vijf regressieanalyses, telkens één per moderator, werd uitgevoerd met depressieve gevoelens als afhankelijke variabele. Geen enkele interactieterm bleek significant. Een tweede set van vijf regressieanalyses werd vervolgens uitgevoerd op analoge manier met ouderlijke stress als afhankelijke variabele. Er werd een interactie-effect gevonden tussen verstoorde slaapkwaliteit en de identiteitsdimensie exploratie in de diepte, weliswaar randsignificant [$\beta = -.07$; $F(1, 496) = 3.57$, $p < .06$, $\eta^2 = .00$]. De in Stap 3 toegevoegde interactieterm voorspelde randsignificant meer variantie in ouderlijke stress bij de ouders dan het model met enkel de controlevariabelen en de hoofdeffecten. Deze interactie toont dat veel slaapproblemen bij jonge ouders meer ouderlijke stress voorspellen, als ouders weinig exploreren in de diepte over hun ouderlijke identiteit. Veel exploreren in de diepte over de ouderlijke identiteit daarentegen vormt een buffer tegen het nefaste effect van slaapproblemen op ouderlijke stress. Het moderatie-effect wordt grafisch weergegeven in Figuur 1, aan de hand van de two-way standardized sheet van Dawson (2014). De resterende dimensies van de ouderlijke identiteit bleken geen moderator te zijn van het verband tussen slaapkwaliteit en ouderlijk welbevinden.

Figuur 1

Exploratie in de Diepte over de Ouderlijke Identiteit als Moderator van het Verband tussen Slaapproblemen en Ouderlijke Stress [$\beta = -.07$; $F(1, 496) = 3.57$, $p < .06$, $\eta^2 = .00$]



Onderzoeksvraag 2a: Wat is het Verband tussen Slaapkwaliteit en de Opvoedingsvaardigheden van Ouders?

Een enkelvoudige lineaire regressie werd uitgevoerd analoog aan Onderzoeksvraag 2a. De eerste regressieanalyse met ouderlijke warmte als afhankelijke variabele, bleek significant [$F(1, 498) = .38$; $p < .001$, $\eta^2 = .00$]. Ook de tweede regressieanalyse, met psychologische controle als afhankelijke variabele, bleek significant [$F(1, 498) = .95$; $p < .001$, $\eta^2 = .00$]. Een verstoorde slaapkwaliteit vertoonde echter geen enkelvoudig significant verband met de opvoedingsdimensies ouderlijke warmte [$\beta = .03$, $p > .05$] en psychologische controle [$\beta = -.04$, $p > .05$]. Slaapproblemen voorspellen dus niet de ouderlijke warmte noch psychologische controle.

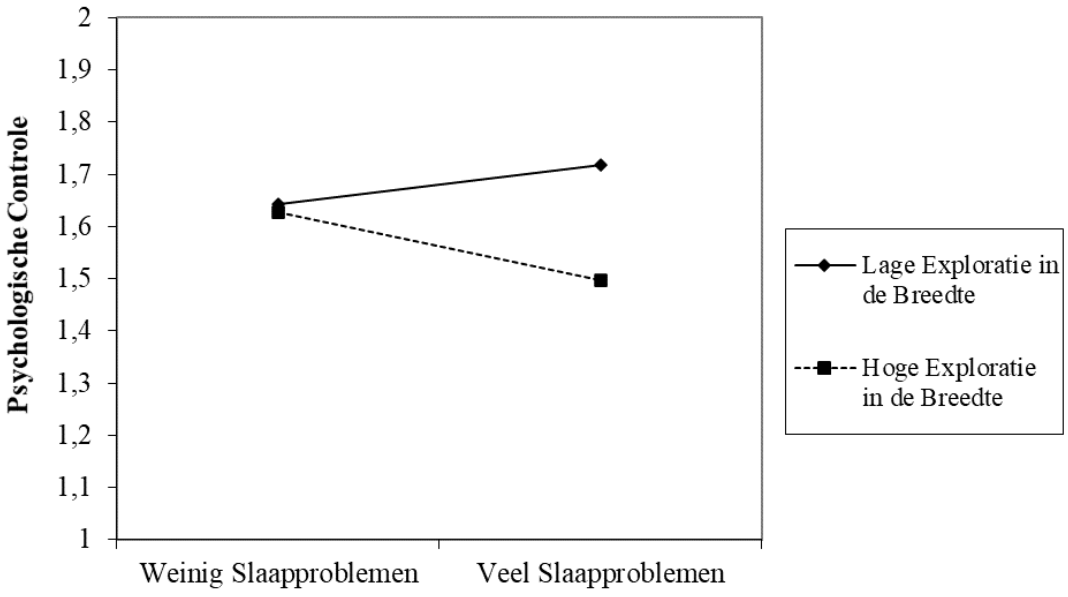
Onderzoeksvraag 2b: Wat is het Samenspel tussen Slaapkwaliteit, Ouderlijke Identiteit en Opvoedingsvaardigheden?

Om na te gaan of ouderlijke identiteit een moderator is van het verband tussen slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden bij ouders, werden opnieuw hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd op analoge manier. De opvoedingsvaardigheden omvatten ouderlijke warmte en psychologische controle. Een eerste set van vijf regressieanalyses met ouderlijke warmte als afhankelijke variabele bracht geen

significantie interactieterm naar voren. In een tweede set van vijf regressieanalyses met psychologische controle als afhankelijke variabele, bleek het interactie-effect van slaapkwaliteit en de identiteitsdimensie exploratie in de breedte significant. De in Stap 3 toegevoegde interactieterm voorspelde significant meer variantie in psychologische controle bij de ouders dan het model met enkel de controlevariabelen en de hoofdeffecten [β = -.11; $F(1, 496) = 6.78$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$]. Deze interactie (Figuur 2) toont aan dat veel slaapproblemen bij jonge ouders meer gebruik van psychologische controle in de opvoeding voorspellen, als ouders weinig exploreren in de breedte over hun ouderlijke identiteit. Ouders die veel exploreren in de breedte over hun ouderlijke identiteit, worden net beschermd tegen de nefaste impact van slaapproblemen op psychologische controle.

Figuur 2

Exploratie in de Breedte over de Ouderlijke Identiteit als Moderator van het Verband tussen Slaapproblemen en Psychologische Controle [β = -.11;$F(1, 496) = 6.78$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$]



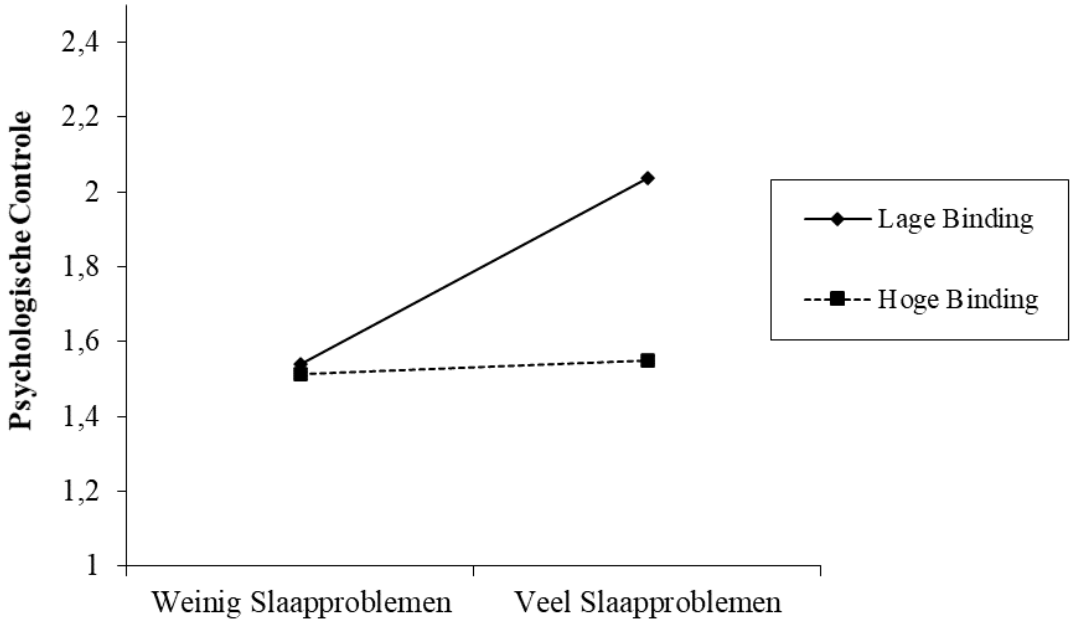
Onderzoeksvraag 3: Worden Geslachtsverschillen Gevonden voor Onderzoeksvraag 1 en 2?

Uit voorgaande analyses bleek er een significant verschil te zijn voor depressieve gevoelens tussen moeders en vaders. Ook de constructen ouderlijke stress en ouderlijke warmte vertoonden significante geslachtsverschillen. In deze huidige en laatste onderzoeksvraag werden de dimensies van ouderlijke identiteit als moderator getoetst voor het verband tussen slaapkwaliteit en (1) enerzijds ouderlijk welbevinden en (2) anderzijds de opvoedingsvaardigheden, afzonderlijk voor moeders en vaders. De uitgevoerde moderatieanalyses in Onderzoeksvraag 1 en 2 zoals hierboven beschreven, werden opnieuw uitgevoerd voor moeders en vaders apart. Geen enkele interactieterm bleek significant voor depressieve gevoelens als afhankelijke variabele. Ook de interactie-effecten voor de afhankelijke variabelen ouderlijke stress en ouderlijke warmte waren niet significant.

Hoewel exploratie in de breedte fungeerde als moderator van het verband tussen slaapkwaliteit en psychologische controle, werd dit effect niet teruggevonden voor moeders [$F(1, 376) = 1.67$, $p > .05$] en vaders [$F(1, 112) = 1.96$, $p > .05$] apart. Waar er in de brede steekproef geen interactie-effect werd gevonden tussen slaapkwaliteit en de identiteitsdimensie binding, bleek binding wel een moderator te zijn van de relatie tussen slaapkwaliteit en psychologische controle bij vaders [$\beta = -.21$; $F(1, 112) = 6.72$, $p < .05$, $\eta^2 = .04$] (Figuur 3). Dit toont aan dat vaders met veel slaapproblemen meer psychologische controle vertonen. Echter, jonge vaders die sterke bindingen aangaan over hun ouderlijke identiteit, beschikken over een buffer die de impact van slaapproblemen op psychologische controle doet afzwakken.

Figuur 3

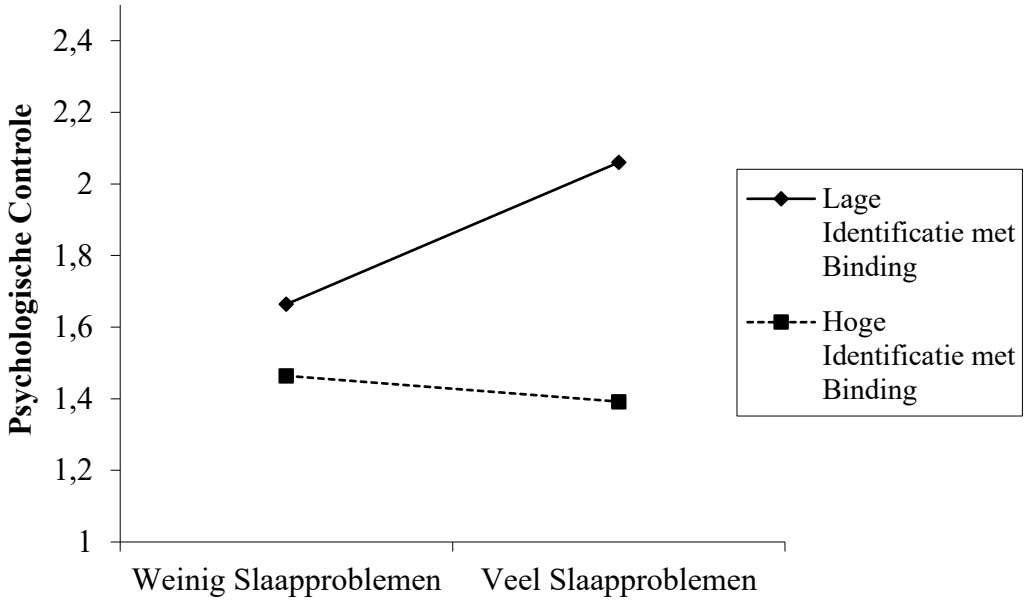
Bindingen aangaan over de Ouderlijke Identiteit als Moderator van het Verband tussen Slaapproblemen en Psychologische Controle bij Vaders [$\beta = -.21$; $F(1, 112) = 6.72$, $p < .05$, $\eta^2 = .04$]



Opnieuw bij vaders, werd een significant interactie- effect gevonden tussen slaapkwaliteit en identificatie met de gemaakte bindingen voor het verband tussen slaapkwaliteit en psychologische controle [$\beta = -.18$; $F(1, 112) = 5.69$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$] (Figuur 4). Dit toont aan dat jonge vaders die zich identificeren met de gemaakte bindingen over hun ouderlijke identiteit, beschikken over een buffer die de impact van slaapproblemen op psychologische controle doet afzwakken.

Figuur 4

Identificatie met de gemaakte Bindingen over de Ouderlijke Identiteit als Moderator van het Verband tussen Slaapproblemen en Psychologische Controle bij Vaders [β = - .18; $F(1, 112) = 5.69$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$]

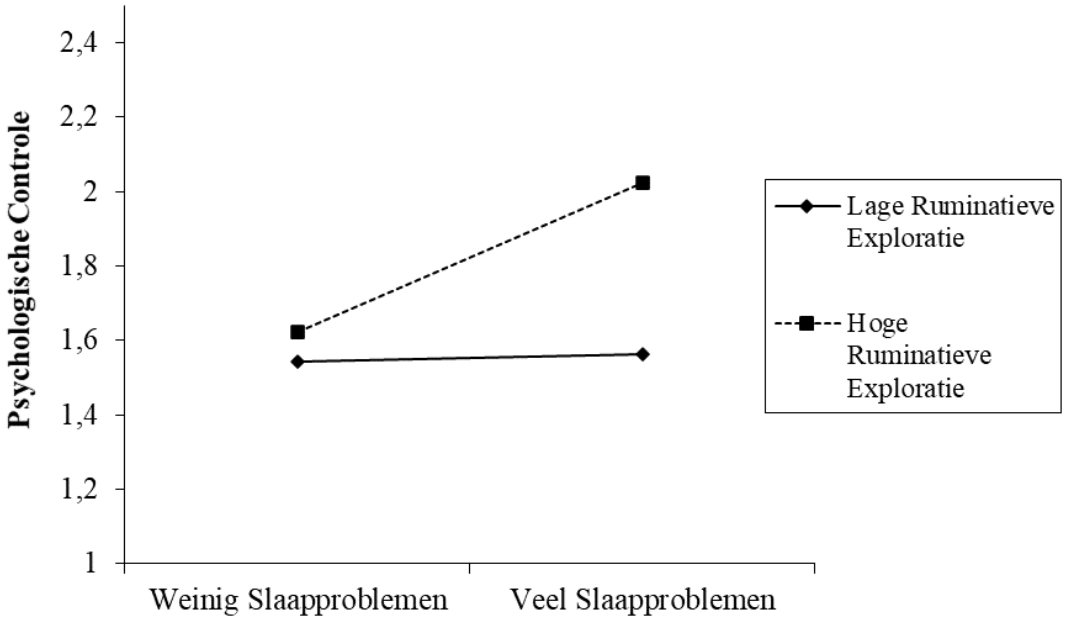


Tot slot bleek ruminatieve exploratie een moderator te zijn van het verband tussen slaapkwaliteit en psychologische controle bij vaders [β = - .17; $F(1, 112) = 4.15$, $p < .05$, $\eta^2 = .02$] (Figuur 5). Dit impliceert dat jonge vaders die weinig rumineren over hun ouderlijke identiteit, beschikken over een buffer die de impact van slaapproblemen op psychologische controle doet afzwakken. Anders gesteld: ruminatieve exploratie bij jonge vaders versterkt de impact van slaapproblemen op het gebruik van psychologische controle in de opvoeding.

Deze gerapporteerde moderatie-effecten bij vaders werden niet gevonden bij moeders of in de volledige steekproef.

Figuur 5

Ruminatieve Exploratie over de Ouderlijke Identiteit als Moderator van het Verband tussen Slaapproblemen en Psychologische Controle bij Vaders [β = - .17; $F(1, 112) = 4.15$, $p < .05$, $\eta^2 = .02$]



Discussie

Resultaten en Interpretatie

Eerder onderzoek toont aan dat het jonge ouderschap wordt gekenmerkt door een verstoorde slaapkwaliteit (Richter et al., 2019). Slaapproblemen hebben een impact op het ouderlijk welbevinden (Da Costa et al., 2021; Lee et al., 2000) en de opvoedingsvaardigheden van ouders (Bayer et al., 2007; Cooklin et al., 2012). Ouders die kampen met een verstoorde slaapkwaliteit vertonen in huidige studie inderdaad meer depressieve kenmerken en meer ouderlijke stress. Opvallend blijkt er geen verband te zijn in deze studie tussen slaapproblemen en de opvoedingsdimensies ouderlijke warmte en psychologische controle. De verminderde slaapkwaliteit bij ouders is vaak een weerspiegeling van het slaappatroon van hun baby en is derhalve moeilijk controleerbaar (Gay et al., 2004). Dit onderstreept het belang om meer veranderbare factoren te bepalen in het onderzoek naar slaap bij jonge ouders. Op heden is er weinig gekend over de risico-en protectieve factoren. De ouderlijke identiteit is een relatief jong, maar een dynamisch concept in de ontwikkelingspsychologie. Een duidelijk beeld van welk soort ouder men wil zijn, kan een bron van veerkracht vormen in de uitdagingen van het ouderschap (Piotrowski, 2018). In deze cross-sectionele studie via een online vragenlijst, werd de protectieve rol van ouderlijke identiteit in relatie tot de gevolgen van slaapproblemen bij jonge ouders voor het eerst onderzocht. Concreet werd enerzijds de beschermende rol van een stevige ouderlijke identiteit onderzocht, in de relatie tussen slaapproblemen en ouderlijk welbevinden. Anderzijds werd de beschermende rol van een stevige ouderlijke identiteit onderzocht, in de relatie tussen slaapproblemen en opvoedingsvaardigheden. Tot slot werden geslachtsverschillen nagegaan voor beide verbanden.

Naar meer Veranderbare Factoren

Risicofactoren voor een slechte slaapkwaliteit uit eerder onderzoek zijn de fysiologische veranderingen en fysieke uitputting na de bevalling bij de moeder, de snelle terugkeer naar de werksituatie bij vaders en slaapproblemen bij kinderen. Moeders en vaders tonen geen verschil met betrekking tot de slaapkwaliteit (Insana & Montgomery-Downs, 2013). Ook in huidige studie worden geen geslachtsverschillen gevonden. Slaapproblemen bij jonge ouders worden in deze studie wel beïnvloed door karakteristieken zoals de leeftijd van de ouder, de leeftijd van het kindje en diens temperament. Zo rapporteren ouders met een hogere leeftijd, meer slaapproblemen in vergelijking met ouders met een lagere leeftijd, onafgezien de leeftijd van het kind. Sommige studies beschrijven de rol van het aantal kinderen in de ernst van

slaapproblemen (Coo, Calcagni et al., 2012; Kenny et al., 2020). Binnen deze studie blijkt niet het aantal kinderen, maar vooral de leeftijd van het kind een rol te spelen: hoe hoger de leeftijd van het kind, hoe beter de slaapkwaliteit bij de ouder. Dit betekent dat met een stijgende leeftijd van het kind, de slaapkwaliteit van ouders verbetert. Dit ligt in lijn met eerder onderzoek (Richter et al., 2019). Als laatste oefent het temperament een invloed uit op de slaapkwaliteit. Kinderen die een verhoogde mate van emotionaliteit, activiteit en impulsiviteit vertonen, evenals hoge niveaus van negatief affect (met name angst, verdriet en ongenoegen), worden in verband gebracht met meer slaapproblemen bij jonge ouders. De genoemde beïnvloedende factoren omvatten voornamelijk demografische,- en persoonlijkheidskenmerken. Deze factoren zijn weinig vatbaar voor verandering. De ouderlijke identiteit daarentegen, wordt door verschillende onderzoekers gezien als een veelbelovend concept omwille van zijn veranderbaar karakter (Luyckx et al., 2005; Vansteenkiste & Soenens, 2015).

Wie over een stevige ouderlijke identiteit bezit, heeft een duidelijk en alomvattend beeld over welk soort ouder men wil zijn (Piotrowski ,2018). Fadjukoff en collega's (2016) toonden aan dat de ouderlijke identiteit zich doorheen de jaren steeds meer ontwikkelt richting een goed geïntegreerde identiteit. Dit is in strijd met de bevindingen uit dit onderzoek, waarin het omgekeerde wordt waargenomen voor een aantal dimensies van de ouderlijke identiteit. Met een stijgende leeftijd, wordt er bijvoorbeeld minder gekozen voor bepaalde identiteitsalternatieven. Vervolgens wordt er minder zekerheid ervaren omtrent de gemaakte keuzes en wordt er meer gepiekerd over de identiteit als ouder. De discrepantie tussen beide studies heeft meerdere plausibele verklaringen. Allereerst verschilt huidig cross-sectioneel onderzoek van het longitudinaal onderzoeksdesign van Fadjukoff en collega's. Aansluitend hebben de kinderen in deze studie een beperktere leeftijdsrange en gaat het om zeer jonge kinderen (maximumleeftijd van zes). In de andere studie werden de kinderen over een zeer uitgestrekte tijdspanne opgevolgd, waardoor de leeftijdsrange veel ruimer is. Vervolgens werd de ouderlijke identiteit in het longitudinaal onderzoek op een eerder statische manier in kaart gebracht, aan de hand van de vier identiteitsstatussen van Marcia (1966). In huidig onderzoek werd het concept meer dynamisch benaderd, volgens het model van Luyckx en collega's (2008). Samenvattend werd de ouderlijke identiteit in deze studie bekeken op groepsniveau en op één tijdstip. De ontwikkelingen in de ouderlijke identiteit werden niet intra-individueel bekeken doorheen de tijd, zoals in voorgaand onderzoek.

Slaapkwaliteit, Ouderlijk Welbevinden en de Rol van Ouderlijke Identiteit

Een stevige ouderlijke identiteit werd eerder in verband gebracht met minder ouderlijke stress (Fadjukoff et al., 2016). Huidig onderzoek vindt gelijkaardige bevindingen. Zo wordt een verband gevonden tussen de dimensies binding, identificatie en ruminatie met ouderlijke stress. Dit impliceert dat ouders meer ouderlijke stress ervaren, wanneer zij meer twijfelen rond hun identiteit als ouder en wanneer er minder binding en identificatie is met deze identiteit. Identieke verbanden worden gevonden met depressieve gevoelens. Ook exploratie in de diepte over de ouderlijke identiteit, vertoont een samenhang met depressieve gevoelens. Dit betekent dat ouders meer depressieve gevoelens ervaren, wanneer zij de reeds gekozen identiteitsalternatieven minder evalueren. Daarnaast blijkt er bij ouders met een verstoorde slaapkwaliteit, enerzijds minder binding en identificatie te zijn in de ouderrol, en anderzijds meer ruminatie omtrent de rol als ouder.

In een eerste onderzoeksvraag werd het verband tussen slaapkwaliteit en ouderlijk welbevinden onderzocht evenals de rol van ouderlijke identiteit in dit verband. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat een stevige ouderlijke identiteit kan fungeren als een buffer tegen de negatieve impact van slaapproblemen op het ouderlijk welbevinden. Als zodanig kunnen ouders die over een stevige ouderlijke identiteit beschikken, hun gevoel van welzijn beter behouden ondanks slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders met een minder stevige ouderlijke identiteit.

In deze studie wordt evidentie gevonden voor het verband tussen een verstoorde slaapkwaliteit en het ouderlijk welbevinden. Meer slaapproblemen bij jonge ouders hangen zowel samen met meer depressieve gevoelens en meer ouderlijke stress. Er wordt geen evidentie gevonden voor het modererend effect van de ouderlijke identiteit op het bestaande verband tussen slaapproblemen en depressieve gevoelens. Een stevige ouderlijke identiteit beschermt jonge ouders dus niet tegen de impact van slaapproblemen op de aanwezigheid van depressieve gevoelens. Er wordt eveneens slechts beperkte evidentie gevonden voor het modererend effect van de ouderlijke identiteit op het bestaande verband tussen slaapproblemen en ouderlijke stress. Enkel de identiteitsdimensie exploratie in de diepte tempert de negatieve impact van slaapproblemen op ouderlijke stress enigszins. Het gaat echter om een zwak verband, waarbij ouders die nagaan of de gemaakte keuzes in de ouderrol bij hen passen, minder ouderlijke stress ervaren, ondanks hun slaapproblemen. Aangezien het verband slechts randsignificant is en niet wordt teruggevonden voor meerdere dimensies van de

ouderlijke identiteit, wordt de ouderlijke identiteit niet weerhouden als een mogelijke moderator van het effect van slaapproblemen op ouderlijke stress.

Slaapkwaliteit, Opvoedingsvaardigheden en de Rol van Ouderlijke Identiteit

Een stevige ouderlijke identiteit werd eerder in verband gebracht met een autoritatieve opvoeding (Fadjukoff et al., 2019). Voorheen was er geen verdere evidentie voor de samenhang tussen ouderlijke identiteit en zowel positief als negatief ouderlijk gedrag. De resultaten uit deze studie tonen een verband tussen alle dimensies van de ouderlijke identiteit met (1) ouderlijke warmte als positief ouderlijk gedrag en (2) psychologische controle als negatief ouderlijk gedrag. Een stevig, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit hangt dus samen met meer ouderlijke warmte en minder psychologische controle in de opvoeding.

In een tweede onderzoeksvraag werd het verband tussen slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden onderzocht evenals de rol van ouderlijke identiteit in dit verband. Eerder onderzoek toonde het verband aan tussen slaapproblemen bij ouders en ouderlijk gedrag, waaronder een gebrek aan warmte en meer vijandigheid en prikkelbaarheid in ouder-kind interacties (Bayer et al., 2007; Cooklin et al., 2012,). Verder werd evidentie gevonden voor een competentiegevoel in de ouderlijke rol als mediator voor het verband tussen slaapkwaliteit en ouderlijk gedrag (Chau & Giallo, 2014). Op basis van de literatuur kan worden verwacht dat een stevige ouderlijke identiteit een buffer kan vormen tegen de negatieve impact van slaapproblemen bij jonge ouders op hun opvoedingsvaardigheden. Als zodanig kunnen ouders die over een stevige ouderlijke identiteit beschikken, meer adequate opvoedingsvaardigheden blijven vertonen ondanks hun slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders met een minder stevige ouderlijke identiteit.

Het verband tussen een verstoorde slaapkwaliteit en opvoedingsvaardigheden wordt in deze studie niet aangetoond. Meer slaapproblemen bij jonge ouders hangen bijgevolg niet samen met minder ouderlijke warmte en meer psychologische controle in de opvoeding. Verder wordt ook geen evidentie gevonden voor het modererend effect van de ouderlijke identiteit op het verband tussen slaapproblemen en ouderlijke warmte in de opvoeding. Jonge ouders met een stevige ouderlijke identiteit worden bijgevolg niet beschermd tegen de negatieve impact van slaapproblemen op het vertonen van ouderlijke warmte. Dit betekent dat jonge ouders met een verstoorde slaapkwaliteit evenveel ouderlijke warmte vertonen, ongeacht of ze over een goed gefundeerde ouderlijke identiteit beschikken. Er wordt wel evidentie gevonden voor de dimensie exploratie in de breedte als moderator van het verband tussen slaapproblemen en

psychologische controle. Jonge ouders die verschillende identiteitsalternatieven tegen elkaar afwegen over de ouderlijke identiteit, vertonen minder psychologische controle in de opvoeding ondanks hun slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders die minder alternatieven tegen elkaar afwegen in de ouderrol. Dit verband wordt niet gevonden voor andere dimensies van de ouderlijke identiteit.

De Unieke Rol van de Ouderlijke Identiteit bij Vaders

Er worden geslachtsverschillen gevonden in lijn met eerder onderzoek, waarbij de ouderlijke identiteit bij moeders op bepaalde dimensies meer geïntegreerd is. Moeders beschikken wellicht over een stevigere ouderlijke identiteit in vergelijking met vaders. Zo gaan moeders de verschillende identiteitsalternatieven meer afwegen en gaan ze de gemaakte keuzes vervolgens meer gaan evalueren. In vergelijking met moeders, piekeren vaders minder over hun identiteit als ouder. Piekeren omtrent de ouderlijke identiteit of ruminatieve exploratie, wordt beschouwd als een maladaptieve vorm van exploratie over de ouderlijke identiteit (Luyckx, 2008). Een stevige ouderlijke identiteit, hoofdzakelijk bij vaders, hing in eerder onderzoek samen met psychologisch en sociaal welbevinden (Fadjukoff et al., 2016).

In de derde en laatste onderzoeksvraag werden geslachtsverschillen nagegaan (1) in het samenspel tussen slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en ouderlijk welbevinden en (2) in het samenspel tussen slaapkwaliteit, ouderlijke identiteit en opvoedingsvaardigheden. Op basis van de literatuur kunnen geen eenduidige verwachtingen worden geformuleerd. Ten eerste kunnen er geen geslachtsverschillen worden gevonden, gegeven dat beide geslachten slaapproblemen rapporteren en onderhevig zijn aan de impact van een verstoorde slaapkwaliteit. Ten tweede kan de ouderlijke identiteit bij vaders een grotere bufferende rol innemen in vergelijking met moeders, vanuit de bevinding dat een geïntegreerde ouderlijke identiteit vooral bij vaders samenhangt met een hoger welbevinden (Fadjukoff et al., 2016). Daarnaast kunnen moeders meer last blijven hebben van de gevolgen van slaapproblemen dan vaders, zelfs wanneer er wordt gecontroleerd voor ouderlijke identiteit, gezien ze een grotere rol opnemen in de verzorging van hun kindje (Kenny et al., 2020). Ten derde kan de ouderlijke identiteit bij moeders een grotere bufferende rol innemen, gezien zij mogelijk over een meer geïntegreerde ouderlijke identiteit beschikken, in vergelijking met vaders (Fadjukoff et al., 2016).

De gevonden effecten uit Onderzoeksvraag 1b en 2b blijken niet van toepassing voor moeders en vaders apart. De dimensie exploratie in de diepte fungeert niet als moderator van het verband tussen slaapkwaliteit en ouderlijke stress voor moeders en/of

vaders apart. Ook de dimensie exploratie in de breedte is geen moderator van het verband tussen slaapproblemen en psychologische controle. Er werd wel evidentie gevonden voor de identiteitsdimensies binding, identificatie en een lage ruminatieve exploratie als buffer van het verband tussen slaapproblemen en psychologische controle bij vaders. Jonge vaders die bindingen aangaan en zich identificeren met hun ouderlijke identiteit, vertonen minder psychologische controle in de opvoeding ondanks hun slaapproblemen, in tegenstelling tot ouders die minder bindingen aangaan en zich minder identificeren met hun ouderlijke identiteit. Daarnaast vormt de afwezigheid van twijfels of ruminatie over de ouderlijke rol bij vaders een buffer die de impact van slaapproblemen op het voorkomen van psychologische controle doet afzwakken. Anders gesteld: twijfels over de ouderlijke rol bij vaders versterkt de impact van slaapproblemen op het gebruik van psychologische controle in de opvoeding. Drie van de vijf dimensies van de ouderlijke identiteit fungeren dus als moderator. Deze effecten worden niet gevonden voor moeders apart of in de totale steekproef. Jonge vaders met een stevige identiteit blijken daarom te worden beschermd tegen de impact van slaapproblemen op het uitoefenen van psychologische controle in de opvoeding. Dit suggereert dat bij uitstek vaders, die beschikken over een stevige ouderlijke identiteit, minder psychologische controle vertonen in de opvoeding ondanks de gerapporteerde slaapproblemen.

Theoretische en Klinische Implicaties

Ten eerste ondersteunen de bevindingen het belang van onderzoek naar de rol van ouderlijke identiteit bij slaapproblemen. De ouderlijke identiteit wordt in deze studie geïntroduceerd als een mogelijke protectieve factor in relatie tot de impact van slaapproblemen bij jonge ouders. Een goed gefundeerde ouderlijke identiteit lijkt vooral een beschermend mechanisme te zijn op het voorkomen van psychologische controle bij jonge ouders. Dit suggereert dat negatief ouderlijk gedrag (psychologische controle) eerder dan positief ouderlijk gedrag (ouderlijke warmte), bij slaapproblemen, beïnvloedbaar is door een goed gefundeerde ouderlijke identiteit. Toekomstig onderzoek zou meerdere positieve en negatieve opvoedingsdimensies kunnen betrekken om deze bevindingen verder te toetsen. Daarnaast is verder onderzoek nodig naar de verklarende mechanismen voorbij de verbanden. De dimensie exploratie in de breedte fungeert bijvoorbeeld als moderator van het verband tussen slaapproblemen en psychologische controle in de totale steekproef. Er wordt echter geen evidentie gevonden voor dit effect bij moeders en vaders apart. Vervolgonderzoek kan zich verder toeleggen op deze bijzondere bevindingen.

Gezien het veranderbare karakter van de ouderlijke identiteit, biedt dit nieuwe perspectieven in de ontwikkeling van preventie- en interventieprogramma's. De voorbije jaren werden tal van interventies ontwikkeld om de slaapkwaliteit van ouders te verbeteren. Deze interventies zijn vooral gedragstherapeutisch van aard (Hiscock & Wake, 2002; Hall, Moynihan, Bhagat, & Wooldridge, 2017). In een reviewstudie gaven Douglas en Hill (2013) overigens aan dat gedragstherapeutische interventies niet effectief bleken te zijn in de eerste zes levensmaanden. Toch moet blijvend aandacht worden besteed aan de impact van de verstoorde slaapkwaliteit bij jonge ouders. Ondanks een stevige identiteit als ouder, blijven slaapproblemen een negatieve invloed uitoefenen. Grote moderatie-effecten van de ouderlijke identiteit blijven in deze studie immers uit. Dit benadrukt nogmaals de cruciale rol van de basisbehoefte slaap voor jonge ouders. Dit doet vermoeden dat een gezond slaappatroon essentieel is om stevig te staan op psychologisch vlak, en dus ook om een duidelijk beeld te hebben over wie men als ouder wil zijn (de ouderlijke identiteit). Een volgende studie zou dus het mediatieverband kunnen nagaan waarin slaapproblemen een invloed hebben op het welbevinden of de opvoedingsvaardigheden, via de ouderlijke identiteit. De gezondheidszorg zou jonge ouders voldoende kunnen informeren over slaap. Daarnaast moet het onderwerp verder bespreekbaar worden gemaakt en moeten hulpkreten van ouders worden beluisterd. Jonge ouders worden nog te vaak gezegd dat het slaaptekort er nu eenmaal bij hoort. De eerstelijnszorg bijvoorbeeld, kan jonge ouders opvolgen om tijdig de alarmsignalen te herkennen en in te grijpen.

Aanvullend vormt de ouderlijke identiteit echter wel een belangrijk aangrijpingspunt in het bepalen van meer dynamische risico-en protectieve factoren voor de impact van slaapproblemen bij jonge ouders. Aanstaand onderzoek moet duidelijk maken hoe de ouderlijke identiteit bij jonge ouders kan worden gestimuleerd. Hiertoe kan de praktijk mogelijkheden creëren voor jonge ouders vanwaaruit zij kunnen reflecteren over hun waarden en visie op het ouderschap. Vervolgens kunnen ouders worden begeleid in het maken van de vertaalslag naar hun eigen gedragingen als ouder.

Ten derde wint ook de vaderrol aan belangstelling. Vaders worden de laatste decennia alsmaar meer betrokken in de opvoeding van hun kinderen en blijken evenzeer slecht te slapen. Een stevige ouderlijke identiteit blijkt in deze studie bij uitstek van belang te zijn voor vaders, om de negatieve impact van slaapproblemen op psychologische controle te bufferen. Dit impliceert, bovenop de maatschappelijke veranderingen, dat vaders het meest gebaat kunnen zijn met interventies gericht op de

ouderlijke identiteit. Deze maatschappelijke verandering en nieuwe inzichten dienen zich ook te vertalen in toekomstig onderzoek en in de klinische praktijk.

Tot slot is er in de gezondheidszorg steeds meer aandacht voor het welbevinden van moeders. Het 'Perinataal Zorgpad' (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens, & Lemmens, 2018) werd bijvoorbeeld ontwikkeld ter vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen. De bevindingen benadrukken enerzijds dat ook vaders niet mogen worden vergeten. Anderzijds verdient ook de ouderlijke identiteit belangstelling in dergelijke uitgewerkte richtlijnen. Sensibilisatiecampagnes kunnen daarnaast jonge ouders (en hun omgeving) attent maken op het belang van een duidelijke visie over welk soort ouder men wil zijn. Daarnaast dienen gelijksoortige programma's meer aandacht te vragen voor vaders en de vaderrol. Niet alleen omdat zij volgens dit onderzoek het meest gebaat kunnen zijn met interventies die zicht richten op de ontwikkeling van de ouderlijke identiteit, maar ook omdat vaders nog te weinig worden bereikt.

Sterktes en Beperkingen van Huidig Onderzoek

Enkele sterktes dragen bij aan de relevantie van dit onderzoek. Ten eerste is deze studie uniek in zijn onderzoek naar de rol van ouderlijke identiteit in relatie tot de gevolgen van slaapproblemen bij jonge ouders. Ten tweede bevat het onderzoek een grote steekproef, waarin zowel moeders als vaders worden meegenomen. Studies waarin vaders een stem krijgen, zijn schaars, maar in opmars. In deze studie werden dan ook extra inspanningen geleverd om vaders te bereiken. De steekproefgrootte draagt bij aan de representativiteit van het onderzoek. Een derde sterkte van het onderzoek is de theoretische afbakening van het concept jonge ouders. Onderzoek wijst uit dat het slaaptekort bij jonge ouders tot zes jaar lang kan aanhouden (Richter et al., 2019). Door enkel ouders te bevragen die niet langer dan zes jaar in het ouderschap stonden, bestond de steekproef alleen uit ouders in het jonge ouderschap. Van deze groep ouders is gekend dat zij de hoogste niveaus van slaapproblemen rapporteren. Dit maakt het relevant om de impact van slaapproblemen binnen deze doelgroep na te gaan, waardoor de uitspraken uniek gelden voor ouders in deze levensfase. Tenslotte zijn er ook op methodologisch vlak enkele sterktes. Zo werd er gebruikgemaakt van valide en betrouwbare instrumenten. De Cronbach's Alpha's voor de meeste metingen liggen voldoende hoog in deze studie, waardoor we spreken van betrouwbare metingen. Er is daarnaast voldoende convergente validiteit voor de constructen die het ouderlijk

welbevinden en de ouderlijke identiteit meten. Verder is er voldoende divergente validiteit tussen beide opvoedingsdimensies.

Net zoals elke studie beschikt ook dit onderzoek over enkele beperkingen. Een eerste beperking is het onderzoeksdesign van de studie. Huidige cross-sectionele studie laat geen uitspraken toe omtrent de causaliteit van de verbanden. Het verband tussen slaapproblemen en ouderlijke stress kan bijvoorbeeld in twee richtingen worden geïnterpreteerd. Zo kan een verstoorde slaapkwaliteit bij ouders een risicofactor zijn voor ouderlijke stress. Ouderlijke stress kan echter ook zorgen voor een toename in de slaapproblemen. Het verband kan ook wederkerig zijn, zoals voorgesteld door Christian en collega's (2018). Stress rond de opvoeding zorgt dan voor slaapproblemen, waarbij slaapproblemen de reeds aanwezig stress versterken.

Ten tweede kan de heterogeniteit van de steekproef in vraag worden gesteld. De steekproef bestaat vooral uit jonge ouders die relatief weinig depressieve gevoelens of ouderlijke stress ervaren. Ook de opvoedingsvaardigheden bij ouders bestaan vooral uit warmte en minder uit psychologische controle. Wellicht zijn vooral deze ouders bereikt, met weinig moeilijkheden op de genoemde gebieden. Een plausibele verklaring is dat jonge ouders met veel problemen op deze vlakken minder geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen. Ouders die onderuit gaan aan de eisen van het ouderschap hebben mogelijk weinig mentale ruimte of interesse om de vragenlijst in te vullen. Vrijwel alle ouders rapporteren daarentegen een verstoorde slaapkwaliteit. Weinig ouders rapporteren echter heel hoge niveaus van slaapproblemen. Het lijkt waarschijnlijk dat ook deze ouders niet bereid waren om deel te nemen aan de studie, gezien de inspanning die dit vergt. Daarnaast werd de diversiteit binnen hedendaagse gezinnen te weinig in rekening gebracht. De vragenlijst bleek minder toegankelijk te zijn voor plus- of adoptieouders. Eénoudergezinnen daarentegen, zijn wel vertegenwoordigd in de steekproef.

Een derde beperking is de relatief kleine sample vaders in vergelijking met het aantal moeders. Dit maakt dat de steekproef ongelijk is verdeeld. Vaders waren moeilijk warm te maken tot deelname, ondanks hun toegenomen betrokkenheid in de opvoeding. Vaders werden mogelijk niet voldoende bereikt via de gebruikte kanalen. Daarnaast is het aannemelijk dat vaders minder interesse hebben om deel te nemen aan onderzoek rond slaap bij jonge ouders. Nog aanwezige, dominante sociale perspectieven op gender en de rolverdeling in het gezin, kunnen hier eventueel aan de grondslag liggen. Sommige studies suggereren dat vaders minder slaaptekort lijden dan moeders. Derhalve kunnen zij minder intrinsiek gemotiveerd zijn om deel te nemen. In huidige studie blijkt dat vaders evenzeer lijden aan slaapproblemen. Vermoedelijk speelt extrinsieke motivatie een

grotere rol bij vaders om deel te nemen, waarbij vaak de partner of de omgeving aanspoort tot deelname.

Hoewel het onderzoek over een aantal methodologische sterktes beschikt, zijn er tot slot ook beperkingen op dit vlak. Zo is het niet duidelijk of de aanpassingen van de stress-schaal aan de ouderlijke rol voldoende valide zijn en bijgevolg effectief peilen naar stress in de opvoeding. De schaal heeft wel een goede betrouwbaarheid in deze studie. Tot slot bleken enkele items van de meting van ouderlijke warmte moeilijk te beantwoorden voor ouders met kleine baby's (bijvoorbeeld '*Ik neem tijd om te praten met mijn kind over wat belangrijk is voor hem/haar')*. Om deze reden werd nagegaan of de betrouwbaarheid van de meting toenam wanneer we enkel ouders selecteerden met kinderen ouder dan 1 jaar. En inderdaad, de betrouwbaarheid van de meting van ouderlijke warmte nam effectief toe bij deze selectie. Dit doet vermoeden dat deze items niet voldoende afgestemd zijn op gezinnen met een baby. Het is mogelijk dat bepaalde verbanden niet konden worden aangetoond door deze beperking. De resultaten moeten dus met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Suggesties voor Verder Onderzoek

Vanuit de beperkingen kunnen een aantal suggesties voor verder onderzoek worden geformuleerd. Ten eerste kan een longitudinaal onderzoeksdesign een antwoord bieden op de vraag naar de richting van de verbanden. Bovendien kunnen de ontwikkelingen en veranderingen binnen de ouderlijke identiteit doorheen de jaren via deze methode beter in kaart worden gebracht. Ten tweede zou het interessant zijn om dezelfde effecten na te gaan in een meer heterogene steekproef. Zo kan de relatie tot het kind worden geïmplementeerd als achtergrondvariabele, waardoor ook effecten kunnen worden nagegaan voor onder andere alleenstaande ouders, plusouders en adoptieouders. Vervolgens kan de toevoeging van een meer sub-klinische of klinische subgroep aan de steekproef de generaliseerbaarheid bevorderen. Dit roept echter een aantal ethische vragen op die moeten worden afgewogen. Ten derde zou het onderzoek kunnen worden gerepliceerd met een grotere sample vaders. Toch worden belangrijke effecten gevonden bij vaders, ondanks de ongelijke verdeling qua geslacht. Een groter aandeel vaders draagt bij aan de representativiteit van de resultaten en leent zich beter toe om geslachtsverschillen na te gaan. Het is hierbij belangrijk om na te gaan hoe vaders beter kunnen worden bereikt. Methodologisch werd er waar mogelijk gebruikt gemaakt van verkorte schalen. Op deze manier werd de duurtijd voor het invullen van de vragenlijst beperkt en werden de deelnemers niet overstelpt. Om het construct

ouderlijke stress te meten kan er gebruik worden gemaakt van een meer uitgebreid instrument zoals de *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index* (NOSI; Abidin et al., 1992) om de validiteit van het construct te verhogen. Vervolgonderzoek kan zich tevens focussen op het nagaan van de validiteit van de gebruikte stress-schaal uit de *DASS- 21* om stress in de ouderrol te meten. Om de betrouwbaarheid van het construct ouderlijke warmte te verhogen kunnen items uit andere schalen worden toegevoegd. Uit de *Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire* (CECPAQ; Verhoeven et al., 2017), kunnen bijvoorbeeld de schalen sensitiviteit, responsiviteit en affectie worden toegevoegd. Uit de *Schaal voor Ouderlijk Gedrag* (SOG; Van Leeuwen, 1999) kan onder andere de schaal positieve betrokkenheid worden afgenomen en uit de *Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst* (NOV; Gerris et al., 1993) kunnen de schalen affectie-expressie en responsiviteit worden toegevoegd aan de meting van ouderlijke warmte. Tot slot kan de repliceerbaarheid van dit onderzoek worden nagegaan, gezien deze studie nog uniek is in zijn onderzoek naar de rol van ouderlijke identiteit op de impact van slaapproblemen bij jonge ouders.

Conclusie

In deze studie werd de protectieve rol van ouderlijke identiteit in relatie tot de gevolgen van slaapproblemen bij jonge ouders voor het eerst onderzocht. Via moderatieanalyses werd nagegaan of de ouderlijke identiteit fungeert als moderator in twee verbanden: (1) het verband tussen slaapproblemen en ouderlijk welbevinden en (2) het verband tussen slaapproblemen en opvoedingsvaardigheden. Voor beide verbanden werden geslachtsverschillen nagegaan. Allereerst hangt een verstoorde slaapkwaliteit samen met meer depressieve gevoelens en meer ouderlijke stress. Het verband tussen slaapproblemen en de opvoedingsdimensies ouderlijke warmte en psychologische controle wordt niet aangetoond. De identiteitsdimensie exploratie in de diepte tempert de negatieve impact van slaapproblemen op ouderlijke stress enigszins. Een stevige, goed geïntegreerde ouderlijke identiteit blijkt vooral een buffer te zijn tegen de impact van slaapproblemen op het gebruik van psychologische controle in de opvoeding, en dit in het bijzonder voor vaders. De resultaten laten zien dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de vaderlijke identiteit. De beleving van de vaderrol wint hiermee aan belangstelling en dient te worden meegenomen in zowel toekomstig onderzoek als de klinische praktijk. Gezien het veranderbare karakter van de ouderlijke identiteit, bieden de bevindingen nieuwe perspectieven in de ontwikkeling van preventie- en interventieprogramma's. Toekomstig onderzoek moet duidelijk maken hoe de

ouderlijke identiteit bij jonge ouders kan worden gestimuleerd. Grote moderatie-effecten door de ouderlijke identiteit blijven in deze studie immers uit. Dit benadrukt de cruciale rol van de basisbehoefte slaap voor jonge ouders. De interacties tussen ouders en hun baby's hebben ook een effect op de ontwikkeling van het slaapgedrag bij de baby. Dagelijkse stress, culturele verwachtingen en slaap in het gezin, alsook het temperament van het kind en kenmerken van de ouders, oefenen hun invloed uit. Daarnaast is verder onderzoek nodig naar verklarende mechanismen voorbij de (uitblijvende) verbanden. Deze studie geeft daarom een aanzet tot verder onderzoek naar de rol van ouderlijke identiteit in relatie tot slaapproblemen bij jonge ouders.

Referenties

Abidin, A. R. R. (1995). *Parenting Stress Index–Short form: Manual* (3de editie). Psychological Assessment Resources.

Abidin, R. R., De Brock, A. J. L. L., & Gerris, J. R. M. (1992). *NOSI*. Harcourt Assessment.

Acheson, A., Richards, J. B., & de Wit, H. (2007). Effects of sleep deprivation on impulsive behaviors in men and women. *Physiology & Behavior*, *91*(5), 579–587. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.03.020

Adair, R. H., & Bauchner, H. (1993). Sleep problems in childhood. *Current problems in Pediatrics*, *23*(4), 147–142. https://doi.org/10.1016/0045-9380(93)90011-z

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions.* Newbury Park, CA: Sage Publications.

Alsteens, L. (2018, 25 juli). “Zo wanhopig dat je naar alle mogelijke oplossingen zoekt”. De Standaard. https://ap.lc/xvpMT

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5de editie.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anders, T. F., & Taylor, T. R. (1994). Babies and their sleep environment. *Children's Environments*, *11*(2),123-134. https://www.jstor.org/stable/41514920

Anders, T. F., Halpern, L. F., & Hua, J. (1992). Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics*, *90*(4), 554–560. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/90/4/554.full.pdf

Aquilino, W. S., & Supple, A. J. (2001). Long-term effects of parenting practices during adolescence on well-being: Outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues, 22*(3), 289–308. https://doi.org/10.1177/019251301022003002

Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry :The Journal of Mental Science*, *169*(1), 30–35. https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.30

Bai, L., Whitesell, C. J., & Teti, D. M. (2020). Maternal sleep patterns and parenting quality during infants’ first 6 months. *Journal of Family Psychology, 34*(3), 291–300. https://doi.org/10.1037/fam0000608

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, *67*(6), 3296–3319. https://doi.org/10.2307/1131780

Barker, P. (1998). *Basic Family Therapy*, (4de editie). Blackwell.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, *37*(4), 887–907. https://doi.org/10.2307/1126611

Bayer, J. K., Hiscock, H., Hampton, A., & Wake, M. (2007). Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *43*(1-2), 66–73. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01005.x

Brenning, K., & Soenens, B. (2017). A self-determination theory perspective on postpartum depressive symptoms and early parenting behaviors. *Journal of Clinical Psychology, 73*(12), 1729–1743. https://doi.org/10.1002/jclp.22480

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193–213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, *71*(1), 127–136. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00126

Campbell, R., Soenens, B., Beyers, W., & Vansteenkiste, M. (2018). University students' sleep during an exam period : the role of basic psychological needs and stress. *Motivation and Emotion, 42*(5), 671–681. https://doi.org/10.1007/s11031-018-9699-x

Cao, H., Mills-Koonce, W.R., Wood, C., & Fine, M.A. (2017). Identity transformation during the transition to parenthood among same-sex couples: An ecological, stress-strategy-adaptation perspective. *Journal of Family Theory and Review*, *8*(1), 30-59. https://doi.org/10.1111/jftr.12124

Carr, Al. (2012). *Family therapy (3*de editie). John Wiley & Sons.

Cast, A. D. (2004). Well-being and the transition to parenthood: An identity theory approach. *Sociological Perspectives*, *47*(1), 55–78. https://doi.org/10.1525/sop.2004.47.1.55

Chalmers, B., & Meyer, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *17*(1), 47–52. https://doi.org/10.3109/01674829609025663

Chau, V., & Giallo, R. (2015). The relationship between parental fatigue, parenting self-efficacy and behaviour: implications for supporting parents in the early parenting period. *Child: Care, Health and Development*, *41*(4), 626–633. https://doi.org/10.1111/cch.12205

Christian, L. M., Carroll, J. E., Porter, K., & Hall, M. H. (2019). Sleep quality across pregnancy and postpartum: Effects of parity and race. *Sleep Health*, *5*(4), 327–334. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.03.005

Christian, L. M., Kowalsky, J. M., Mitchell, A. M., & Porter, K. (2018). Associations of postpartum sleep, stress, and depressive symptoms with LPS-stimulated cytokine production among African American and White women. *Journal of Neuroimmunology*, *316*, 98–106. https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2017.12.020

Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Erlbaum.

Coo Calcagni, S., Bei, B., Milgrom, J., & Trinder, J. (2012). The relationship between sleep and mood in first-time and experienced mothers. *Behavioral Sleep Medicine*, *10*(3), 167–179. https://doi.org/10.1080/15402 002.2012.668147

Coo, S., Milgrom, J., Kuppens, P., Cox, P., & Trinder, J. (2014). Exploring the association between maternal mood and self-reports of sleep during the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *43*(4), 465–477. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12464

Cooklin, A. R., Giallo, R., & Rose, N. (2012). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child: Care, Health and Development*, *38*(5), 654–664. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01333.x

Cowan C. & Cowan P. (1995) Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, *44*(4), 412 -423. https://doi.org/10.2307/584997

Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, *140*(2), 111–117. https://doi.org/10.1192/bjp.140.2.111

Creasey, G., & Reese, M. (1996). Mothers' and fathers' perceptions of parenting hassles: Associations with psychological symptoms, nonparenting hassles, and child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *17*(3), 393–406. https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90033-7

Czeisler, C.A., 2015. Duration, timing and quality of sleep are each vital for health, performance and safety. *Sleep Health, 1* (1), 5–8. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.008.

Da Costa, D., Lai, J. K., & Zelkowitz, P. (2021). A prospective study on the course of sleep disturbances in first-time fathers during the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, *42*(2), 222–232. https://doi.org/10.1002/imhj.21911

Dahl R. E. (1998). The development and disorders of sleep. *Advances in Pediatrics*, *45*, 73–90.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993) Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487. https://doi.org/ 10.1037/0033-2909.113.3.487

Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Development, 77*(1), 44–58. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00855.x

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. *Journal of Pediatric Health*, *18*(3), 130–137. https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00150-0

Dawson, J. F. (2014). Moderation in management research: What, why, when and how. *Journal of Business and Psychology, 29,* 1-19. doi:10.1007/s10869-013-9308-7

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology, 10*(1), 45–59. https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.45

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, *61*, 88–96. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.022

Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(5), 389–395.https://doi.org/10.1007/s00127-007-0172-5

Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth, 32*(3), 187–193. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00368.x

Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *21*(3), 200–206. https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b

Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep, 32*(7), 847–855. https://doi.org/10.1093/sleep/32.7.847

Douglas, P. S., & Hill, P. S. (2013). Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: a systematic review. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP, *34*(7), 497–507. https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829cafa6

Dudley M., Roy K., Kelk N. & Bernard D. (2001) Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *19*, 187–202. https://doi.org/10.1080/02646830124397

Elek, S.M., Hudson, D.B., & Fleck, M.O. (2002). Couples'experiences with fatigue during the transition to parenthood. *Journal of Family Nursing*, *8*(3), 221–40. https://doi.org/ 10.1177/107484070200800305

Ellett, M. L., Appleton, M. M., & Sloan, R. S. (2009). Out of the abyss of colic: a view through the fathers' eyes. MCN. *The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, *34*(3), 164–171. https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000351704.35761.f1

Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle.* Norton.

Fadjukoff, P., Pulkkinen, L., Lyyra, A. L., & Kokko, K. (2016). Parental identity and its relation to parenting and psychological functioning in middle age. *Parenting*,*16*(2), 87–107. https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1134989

Ferber R. (1996). Childhood sleep disorders. *Neurologic clinics*, *14*(3), 493–511. https://doi.org/10.1016/s0733-8619(05)70271-1

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, *106*(5 Pt 1), 1071–1083. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Gay, C. L., Lee, K. A., & Lee, S. Y. (2004). Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biological Research for Nursing*, *5*(4), 311–318. https://doi.org/10.1177/1099800403262142

Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, *36*(4), 305–318. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x

Gerris, J. R. M., Van Boxtel, D. A. A. M., Vermulst, A. A., Janssens, J. M. A. M., Van Zutphen, R. A. H., & Felling, A. J. A. (1993). *Parenting in dutch families*. Nijmegen, Institute of Family Studies.

Gregory, A. M., Moffitt, T. E., Ambler, A., Arseneault, L., Houts, R. M., & Caspi, A. (2012). Maternal insomnia and children's family socialization environments. *Sleep*, *35*, 579–582. http://dx.doi.org/10.5665/sleep.1750

Hall, W. A., Moynihan, M., Bhagat, R., & Wooldridge, J. (2017). Relationships between parental sleep quality, fatigue, cognitions about infant sleep, and parental depression pre and post-intervention for infant behavioral sleep problems. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1284-x

Hanewald, G.J.F.P. (1987). CES- D De Nederlandse versie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit. Amsterdam, Vakgroep klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, interne publicatie.

Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, *11*(2), 66–72. https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(2000)11:2<66::aid-da3>3.0.co;2-d

Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*, *107*(6), 1317–1322.https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1317

Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ*, *324*(7345), 1062–1065. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7345.1062

Hockey, G. R. J., Maule, J. A., Clough, P. J. & Bdzola, L. (2000) Effects of negative mood states on risk in everyday decision making. *Cognition & Emotion*, *14*, 823–855. https://doi.org/10.1080/026999300501566654

Home. (z.d.). Mapi Research Trust. Geraadpleegd op 24 mei 2022, van https://www.mapi-trust.org/

Hou, Y., Huangfu, E., Zhang, L., & Miao, D.(2007). Changes in cognition and mood due to Hubbub, and Order Scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *16*(3), 429 – 444. http://dx.doi.org/10.1016/0193-3973(95)90028-4

Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D., & Yount, S. M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *38*(1), 60–68. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x

Insana, S. P., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: a field- and laboratory-based multimethod assessment. *Developmental Psychobiology*, *55*(4), 361–372. https://doi.org/10.1002/dev.21040

Jaccard, J. J., & Turrisi, R. (2003). Interaction effects in multiple regression. *Quantitative Applications in the Social Sciences, 72.* Sage Publications.

Johnson, B. D., Berdahl, L. D., Horne, M., Richter, E. A., & Walters, M.-G. (2014). A parenting competency model. *Parenting*, *14*(2), 92–120. https://doi.org/10.1080/15295192.2014.914361

Karacan, I., Williams, R. L., Hursch, C. J., McCaulley, M., & Heine, M. W. (1969). Some implications of the sleep patterns of pregnancy for postpartum emotional disturbances. *The British Journal of Psychiatry*, *115*(525), 929–935. https://doi.org/10.1192/bjp.115.525.929

Kazdin A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 271–281. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00053-m

Kennedy, H. P., Gardiner, A., Gay, C., & Lee, K. A. (2007). Negotiating sleep: a qualitative study of new mothers. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *21*(2), 114–122. https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000270628.51122.1d

Kenny, S., Burdayron, R., E M Lannes, É., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M. J., & Pennestri, M. H. (2020). Mothers' and fathers' sleep: Is there a difference between first-time and experienced parents of 6-month-olds?. *Journal of Sleep Research, 30*(4). https://doi.org/10.1111/jsr.13238

Kind en Gezin. (2021, 3 juni). *Moeilijk slapen*. Geraadpleegd op 22 mei 2022, van https://www.kindengezin.be/nl/thema/slapen/moeilijk-slapen

King, L. S., Rangel, E., Simpson, N., Tikotzky, L., & Manber, R. (2020). Mothers' postpartum sleep disturbance is associated with the ability to sustain sensitivity toward infants. *Sleep Medicine*, *65*, 74–83. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.017

Knox, M., Burkhart, K., & Khuder, S. A. (2011). Parental hostility and depression as predictors of young children's aggression and conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*(7), 800–811. https://doi.org/10.1080/10926771.2011.610772

Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother–child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, *66*, 236–254. http://dx.doi.org/10.2307/1131203

Kroger, J., & Marcia, J. E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. *Handbook of Identity Theory and Research*, 31–53. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_2

Lam, C. B., Chung, K. K. H., & Li, X. (2018). Parental warmth and hostility and child executive function problems: A longitudinal study of Chinese families. *Frontiers in Psychology, 9*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01063

Lee, K. A., Zaffke, M. E., & McEnany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, *95*(1), 14–18. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00486-x

Lee, S.Y., & Hsu, H.C. (2012). Stress and health-related well-being among mothers with a low birth weight infant: The role of sleep. *Social Science & Medicine*, *74*(7), 958–965. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.030

Leema, S.R., Mittal, S., Shobha, Jindal, V.L., Kumar, A., & Lalit.(2013). Psychological assessment of primiparous women during the ante and postnatal period a longitudinal study of 3 years. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, *4*(3), 170-175. https://doi.org/10.5958/j.0976-5506.4.3.102

Li, C. Y., Chen, S. C., Li, C. Y., Gau, M. L., & Huang, C. M. (2011). Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery, 27*(2), 181–186. https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.005

Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association, 83(*404*)*, 1198-1202. https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722

Loutzenhiser, L., McAuslan, P., & Sharpe, D. P. (2015). The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist, 19*(1), 15–27. https://doi.org/10.1111/cp.12048

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2de editie). Psychology Foundation.

Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., Beyers, W., & Vansteenkiste, M. (2005). Identity statuses based on 4 rather than 2 identity dimensions: Extending and refining Marcia's paradigm. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(6), 605–618. https://doi.org/10.1007/s10964-005-8949-x

Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the fourdimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality, 42*(1), 58–82. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.004

Manber, R., & Armitage, R. (1999). Sex, steroids, and sleep: a review. *Sleep*, *22*(5), 540–555. https://doi.org/10.1093/sleep/22.5.540

Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego–identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 551–558. https://doi.org/10.1037/h0023281

Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 313–328. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_3

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, *60*(2), 75–85. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00159-7

McBride, B. A., Brown, G. L., Bost, K. K., Shin, N., Vaughn, B., & Korth, B. (2005). Paternal Identity, Maternal Gatekeeping, and Father Involvement. *Family Relations*, *54*(3), 360–372. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2005.00323.x

McQueen, A., & Mander, R. (2003). Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(5), 463–469. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02645.x

McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D., & Deater-Deckard, K. (2019). Maternal stress, sleep, and parenting. *Journal of family*, *33*(3), 349–359. https://doi.org/10.1037/fam0000516

Medina, A. M., Lederhos, C. L., & Lillis, T. A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Systems & Health*, *27*(2), 153–160. https://doi.org/10.1037/a0015762

Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2012). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(8), 1008–1021. https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y

Mellor, G., & St John, W. (2012). Fatigue and work safety behavior in men during early fatherhood. *American Journal of Men's Health*, *6*(1), 80–88. https://doi.org/10.1177/1557988311423723

Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 67–73. https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.67

Mercer R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3), 226–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x

Miller, B. C., & Sollie, D. L. (1980). Normal stresses during the transition to parenthood. *Family Relations*, *29*(4), 459–465. https://doi.org/10.2307/584459

Milligan, R., Lenz, E. R., Parks, P. L., Pugh, L. C., & Kitzman, H.(1996). Postpartum fatigue: Clarifying a concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3), 279–291.https://www.proquest.com/docview/207665312/fulltextPDF/71C58AC2D46C45E5PQ/1?accountid=11077

Mindell J. A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of Pediatric Psychology*, *24*(6), 465–481. https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.6.465

Mindell, J. A., Owens, J. A., & Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8*(4), 695–725. https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30149-4

Montgomery-Downs, H. E., Insana, S. P., Clegg-Kraynok, M. M., & Mancini, L. M. (2010). Normative longitudinal maternal sleep: the first 4 postpartum months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *203*(5), 465.e1–465.e4657. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.057

Montgomery-Downs, H., Stremler, R., & Insana, S. (2013). Postpartum sleep in new mothers and fathers. *The Open Sleep Journal*, *6*(6), 87–97. doi:10.2174/1874620901306010087

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S. & Essex, M. J. (2002) Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, *64*, 461–471. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x

Mosack, V., & Shore, E. R. (2006). Screening for depression among pregnant and postpartum women. *Journal of Community Health Nursing, 23*(1), 37–47. https://doi.org/10.1207/s15327655jchn2301_4

Nash, C., Morris, J. & Goodman, B. (2008) A study describing mothers' opinions of the crying behaviour of infants under one year of age. *Child Abuse Review*, *17*(3), 191–200. https://doi.org/10.1002/car.1017

Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: when, why, and how is parenthood associated with more or less well-being? *Psychological Bulletin*, *140*(3), 846–895. https://doi.org/10.1037/a0035444

Nishihara, K., & Horiuchi, S. (1998). Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: relationships to their infants' movements. *Perceptual and Motor Skills*, *87*(3), 1043–1056. https://doi.org/10.2466/pms.1998.87.3.1043

Nyström, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *46*(3), 319–330. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x

O'Leary, S. G., Slep, A. M., & Reid, M. J. (1999). A longitudinal study of mothers' overreactive discipline and toddlers' externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(5), 331–341. http://dx.doi.org/ 10.1023/A:1021919716586

Okun, M. L., Hanusa, B. H., Hall, M., & Wisner, K. L. (2009). Sleep complaints in late pregnancy and the recurrence of postpartum depression. *Behavioral Sleep Medicine, 7*(2), 106–117. https://doi.org/10.1080/15402000902762394

Okun, M. L., Luther, J., Prather, A. A., Perel, J. M., Wisniewski, S., & Wisner, K. L. (2011). Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. *Journal of Affective Disorders, 130*(3), 378–384. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.015

Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics, 118*(2), 659-668. https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948

Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P.(1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press.

Piotrowski K. (2018). Adaptation of the Utrecht-Management of Identity Commitments Scale (U-MICS) to the measurement of the parental identity domain. *Scandinavian journal of psychology*, *59*(2), 157–166. https://doi.org/10.1111/sjop.12416

Pollmann-Schult, M.(2014). Parenthood and life satisfaction: Why don't children make people happy? *Journal of Marriage and Family*, *76*(2), 319-336. https://doi.org/10.1111/jomf.12095

Posmontier B. (2008). Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal*, *37*(6), 722–737. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00298.x

Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2006). Development of short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 102–112. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_09

Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: the Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development, 29*(3), 386–401. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.01.004

Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., & Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the Infant Behavior Questionnaire–Revised. *Journal of Personality Assessment, 96*, 445–458. doi:10.1080/00223891.2013.841171

Putnam, S. P., Jacobs, J. F., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2010). Early Childhood Behavior Questionnaire - Very Short Form. Development and assessment of short and very short forms of the Early Childhood Behavior Questionnaire [Poster presentation], International Conference on Infant Studies, Baltimore, MD. http://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/files/2016/08/ICIS_2010_ECBQ_sf_poster.pdf

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

Richter, D., Krämer, M. D., Tang, N., Montgomery-Downs, H. E., & Lemola, S. (2019). Long-term effects of pregnancy and childbirth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers. *Sleep*, *42*(4), zsz015. https://doi.org/10.1093/sleep/zsz015

Roffwarg, H. P., Muzio, J. N., & Dement, W. C. (1966). Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. *Science, 152*(3722), 604–619. https://doi.org/10.1126/science.152.3722.604

Rosen, L. A. (2008). Infant sleep and feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *37*(6), 706-714. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00299.x

Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(6), 457–466.https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00296.x

Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, *52*(2), 569–578. https://doi.org/10.2307/1129176

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), Handbook of Child Psychology. Vol. 3. Social, emotional, and personality development (pp. 99-166). Wiley.

Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M.E. Lamb & A.L. Brown (Eds.), Advances in developmental psychology (pp. 37-86). Erlbaum

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the Children's Behavior Questionnaire. *Child development, 72*(5), 1394–1408. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00355

Rychnovsky, J., & Hunter, L. P. (2009). The relationship between sleep characteristics and fatigue in healthy postpartum women. *Women's Health Issues*, *19*(1), 38–44. https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.07.015

Sadeh, A., Raviv, A., & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, *36*(3), 291–301. https://doi.org/10.1037//0012-1649.36.3.291

Sanberg, S., & Scovell, N. (2013). *Lean in: Woman, work, and the will to lead.* Ebury.

Schrooyen, C., Beyers, W., & Soenens, B. (2019, August). *How to avoid that parenting burns you out: On the importance of having a clear identity as a parent* [Paper presentation]. Paper presented at the 19th European Conference on Developmental Psychology (EDCP), Athens, Greece

Schwartz, S. J. (2001). The evolution of Eriksonian and, Neo-Eriksonian identity theory and research: A review and integration. *Identity*, *1*(1), 7–58. https://doi.org/10.1207/S1532706XSCHWARTZ

Selder, F. (1989). Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nursing & Health Care*, *10*(8), 437–451. https://www.researchgate.net/publication/270410915_Uncertainty

Shaki, D., Goldbart, A., Daniel, S., Fraser, D., & Shorer, Z. (2011). Pediatric epilepsy and parental sleep quality. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 7*(5), 502–506. https://doi.org/10.5664/JCSM.1318

Skinner, E., Johnson, S., & Snyder, T. (2005). Six Dimensions of Parenting: A Motivational Model. *Parenting, 5(*2), 175–235. https://doi.org/10.1207/s15327922par0502_3

Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Pediatrics and Child Health*, *43*(4), 284–290. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x

So, K., Buckley, P., Adamson, T. M., & Horne, R. S. (2005). Actigraphy correctly predicts sleep behavior in infants who are younger than six months, when compared with polysomnography. *Pediatric Research*, *58*(4), 761–765. https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000180568.97221.56

Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review, 30*(1), 74–99. https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.11.001

Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). 51 Clarifying the link be-tween perceived parental psychological control and adolescents' depressive feelings: Reciprocal versus unidirectional models of influence. *Merrill-Palmer Quarterly, 54*(4), 411–444. https://doi.org/10.1353/mpq.0.0005

Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., & O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *69*(1), 30–38. https://doi.org/10.1037/h0080379

Stickler, G. B., Salter, M., Broughton, D. D., & Alario, A. (1991). Parents' worries about children compared to actual risks. *Clinical Pediatrics*, *30*(9), 522–528. https://doi.org/10.1177/000992289103000901

Swain, A. M., O'Hara, M. W., Starr, K. R., & Gorman, L. L. (1997). A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, *90*(3), 381–386. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(97)89252-6

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn & Bacon.

Tribotti, S., Lyons, N., Blackburn, S., Stein, M., & Withers, J. (1988).Nursing diagnoses for the postpartum woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *17*(6), 410–416. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1988.tb004 67.x

Turek, F.W., & Zee, P. C. (1999). *Regulation of sleep and circadian rhythms*. M. Dekker.

Uddin, M. K. (2011) Parental warmth and academic achievement of adolescent children. *Journal of Behavioural Sciences*, *21*, 1–12.

Van Damme, R., Van Parys, A.-S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). *Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen : richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad*. UZ Gent ; Universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg.

Van Leeuwen. (1999). Het meten van opvoeding met de Schaal voor Ouderlijk Gedrag. *Diagnostiek-Wijzer*, *3*, 151–168.

Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). *Vitamines voor groei*. Acco.

Verhoeven, M., Deković, M., Bodden, D., & van Baar, A. L. (2017). Development and initial validation of the Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire (CECPAQ) for parents of 1–4 year-olds. *European Journal of Developmental Psychology, 14*(2), 233–247. https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1182017

Wagner, B. M., Cohen, P., & Brook, J. s. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *Journal of Adolescent Research, 11*(3), 347–374. https://doi.org/10.1177/0743554896113005

Waterman, A. S. (1999). Identity, the identity statuses, and identity status development: A contemporary statement. *Developmental Review*, *19*(4), 591-621. https://doi.org/10.1006/drev.1999.0493

Waters, M. A., & Lee, K. A. (1996). Differences between primigravidae and multigravidae mothers in sleep disturbances, fatigue, and functional status. *Journal of Nurse-midwifery*, *41*(5), 364–367. https://doi.org/10.1016/s0091-2182(96)00049-3

Weissbluth M. (1995). Naps in children: 6 months-7 years. *Sleep*, *18*(2), 82–87. https://doi.org/10.1093/sleep/18.2.82

Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D., F., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology, 8(1)*, 84-136. https://www.jstor.org/stable/270754

Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. (1968). "Postpartum blues" syndrome. A description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, *18*(1), 16–27. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1968.01740010018003

Zimmer-Gembeck, M. J., Webb, H. J., Thomas, R., & Klag, S. (2015). A new measure of toddler parenting practices and associations with attachment and mothers' sensitivity, competence, and enjoyment of parenting. *Early Child Development and* Care, 185(9), 1422–1436. https://doi.org/10.1080/03004430.2014.1001753

Bijlagen

Bijlage 1: Infobrief en Informed Consent

Beste ouder

De **overgang naar het ouderschap** is een levensingrijpende verandering in het leven van een persoon. Ook het jonge ouderschap vraagt aanpassing en flexibiliteit. Het ouderschap brengt vreugde en verrijking, maar is ook vaak intens en uitdagend. In dit onderzoek willen wij nagaan welke ervaringen u als moeder of vader heeft met het jonge ouderschap. Hoe beleef jij vandaag het ouder zijn?

Bent u moeder of vader en is uw oudste kindje maximum 6 jaar? Dan nodigen wij u graag uit om deze vragenlijst in te vullen en uw ervaringen met ons te delen. In deze vragenlijst zijn we vooral benieuwd naar de slaapkwaliteit van u en uw kindje en welke invloed dit heeft op uw ervaringen als ouder. Verder willen we graag ook meer weten over uw welbevinden. We horen graag hoe het ouderschap is voor u persoonlijk. Er zijn dus geen foute of juiste antwoorden, het enige wat telt is uw eerlijke beleving.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer **20 minuten** van uw tijd in beslag. Deelname aan dit onderzoek gebeurt op vrijwillige basis en u kan uw deelname indien gewenst op elk moment stopzetten. Uw antwoorden worden uitsluitend gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Dankzij uw deelname kunnen wij begrijpen hoe wij jonge ouders beter kunnen ondersteunen en begeleiden in de uitdagingen van het ouderschap. We willen u daarom hartelijk bedanken!

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben met betrekking tot dit onderzoek, kunt u zich steeds wenden tot Phaedra Couchez via het e-mailadres Phaedra.Couchez@Ugent.be.

Alvast bedankt voor uw interesse en bijdrage aan dit onderzoek!

Groeten
Phaedra Couchez
Studente klinische psychologie

Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar hierbij dat ik, met mijn deelname aan een onderzoek van de Onderzoeksgroep Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Gent,

1) de **uitleg over de aard van de vragen** die me tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden heb gelezen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

2) totaal **uit vrije wil** deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek.

3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op **vertrouwelijke wijze** te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op **ieder moment stop te zetten**.

5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten **geen enkel gevolg** heeft.

6) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag een **samenvatting** van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

O Ik ga akkoord (1)
O Ik ga niet akkoord (2)

Bijlage 2: Online Vragenlijst

Slaap bij Jonge Ouders

Start of Block: Standaard vragenblok

Deze vragenlijst focust zich op het jonge ouderschap. We verkiezen daarom enkel ouders te bevragen die maximaal 6 jaar in het ouderschap staan. Is uw oudste kindje maximaal 6 jaar?

- ○ Ja (1)
- ○ Nee (U kan aan deze studie niet deelnemen, de vragenlijst wordt afgesloten) (2)

Skip To: End of Survey If Deze vragenlijst focust zich op het jonge ouderschap. We verkiezen daarom enkel ouders te bevrage... = Nee (U kan aan deze studie niet deelnemen, de vragenlijst wordt afgesloten)

Q6
Wij zouden u willen vragen om de stellingen eerlijk te beantwoorden. We benadrukken graag nog even dat er in deze vragenlijst geen goede of foute antwoorden zijn, enkel **uw eigen** persoonlijke ervaring telt. Het invullen van deze vragenlijst is volledig vertrouwelijk. Gelieve alle vragen te beantwoorden.

Tijdens het invullen van de vragenlijst hebben wij graag dat u uw **jongste kindje in gedachten** houdt. De vragen hebben namelijk allemaal betrekking op uw jongste kindje.

Dankuwel!

Q7 Ik ben een ...

- ○ ... moeder (1)
- ○ ... vader (2)

Q8 Wat is uw leeftijd?

_____

Q9 Wat is uw nationaliteit?

- ○ Belg (1)
- ○ Andere, namelijk (2) _____

Q10 Ik ben momenteel ...

- ○ ... in een relatie met de moeder/vader van mijn kindje(s) (1)
- ○ ... in een vaste relatie met een andere partner dan de moeder/vader van (één van) mijn kindje(s) (2)
- ○ ... alleenstaand (3)
- ○ ... andere, namelijk (4) _____

Q31 Hoeveel kinderen heeft u?

- 1 (1)
- 2 (2)
- 3 (3)
- 4 (6)
- meer dan 4 (7)

Display This Question:
If Hoeveel kinderen heeft u? = 1

Q74 In deze vragenlijst zal steeds gevraagd worden naar uw 'jongste kindje'. Aangezien u één kindje heeft past deze beschrijving ('jongste kindje') natuurlijk niet helemaal goed. We laten hierbij graag weten dat dit om praktische redenen over alle ouders heen zo is beschreven. U kan dus gewoon steeds over uw kindje antwoorden!

Q32 Wat is het geslacht van uw jongste kindje?

- Jongen (1)
- Meisje (2)

Q11 Wat is de specifieke **leeftijd** van uw jongste kindje op dit moment?

- Jaar (1) _____
- Maand (2) _____

Display This Question:
If Hoeveel kinderen heeft u? = 2
Or Hoeveel kinderen heeft u? = 3
Or Hoeveel kinderen heeft u? = 4
Or Hoeveel kinderen heeft u? = meer dan 4

Q73 Wat is de specifieke **leeftijd** van uw oudste kindje op dit moment?

- Jaar (1) _____
- Maand (2) _____

End of Block: Standaard vragenblok

Start of Block: Slaap

Q34 De volgende vragen hebben betrekking op uw **slaap** gedurende de **afgelopen maand**. We begrijpen dat de vragen sterk kunnen afhangen van dag tot dag maar we willen u vragen een zo nauwkeurig mogelijke weergave te geven van de meerderheid van de dagen en nachten gedurende deze periode.

Hoe laat ging u 's avond meestal naar bed gedurende de afgelopen maand? (uu:mm) (1)
_____

○ Hoeveel minuten duurde het de afgelopen maand gewoonlijk elke nacht vooraleer u in slaap viel? (2)
_____

○ Hoe laat stond u tijdens de afgelopen maand 's morgens op? (3)
_____

○ Aan hoeveel uren SLAAP kwam u gemiddeld per nacht tijdens de afgelopen maand? (Dat kan verschillen van het aantal uren dat u in bed doorbracht) (4)
_____

Q35 Geef aan wat voor jou **op dit moment** het meest van toepassing is

Hoe vaak had u tijdens de afgelopen maand **moeilijkheden met slapen**, omdat u …

	Niet tijdens de afgelopen maand (1)	Minder dan éénmaal per week (2)	Één- of tweemaal per week (3)	Drie- of meermaals per week (4)
... niet binnen 30 minuten in slaap viel? (1)	○	○	○	○
... midden in de nacht of in de vroege morgen wakker werd? (2)	○	○	○	○
... naar het toilet moest gaan? (3)	○	○	○	○
... niet makkelijk kon ademhalen? (4)	○	○	○	○
... luid hoestte of snurkte? (5)	○	○	○	○
... het te koud had? (6)	○	○	○	○
... het te warm had? (7)	○	○	○	○
... nachtmerries had? (8)	○	○	○	○
... pijn had? (9)	○	○	○	○
... (een) andere reden (en) had? Omschrijf (10)	○	○	○	○

Q36 Hoe vaak nam u gedurende de afgelopen maand **geneesmiddelen** in (al dan niet voorgeschreven) als **hulp bij het slapen**?

- niet tijdens de afgelopen maand (1)
- minder dan één maal per week (2)
- één- of tweemaal per week (3)
- drie- of meermaals per week (4)

Q37 Hoe vaak had u het de afgelopen maand **moeilijk om wakker te blijven** tijdens het autorijden, het eten of deelname aan een sociale activiteit?

- niet tijdens de afgelopen maand (1)
- minder dan één maal per week (2)
- één- of tweemaal per week (3)
- drie- of meermaals per week (4)

Q38 In welke mate was het de afgelopen maand voor u een probleem om met **voldoende enthousiasme** uw dagelijkse activiteiten uit te voeren?

- Geen enkel probleem (1)
- Slechts een klein probleem (2)
- Enigszins een probleem (3)
- Een heel groot probleem (4)

Q39 Hoe zou u uw **globale slaapkwaliteit** tijdens de afgelopen maand beoordelen?

- Zeer slecht (1)
- Eerder slecht (2)
- Redelijk goed (3)
- Zeer goed (4)

End of Block: Slaap

Start of Block: Welbevinden ouders

Q27 Hieronder vind je een lijst met **gevoelens** die je de voorbije week kan gehad hebben. Duid bij elke uitspraak aan hoe vaak je je zo hebt gevoeld gedurende de voorbije week.

Gedurende de voorbije week...

	0 Zelden of nooit (minder dan 1 dag) (1)	1 Een paar keer (1 tot 2 dagen) (2)	2 Nu en dan of regelmatig (3 tot 4 dagen) (3)	3 Meestal of de hele tijd (5 tot 7 dagen) (4)
... voelde ik me net zo goed als anderen. (1)	○	○	○	○
… kon ik er moeilijk mijn gedachten bijhouden als ik met iets bezig was. (2)	○	○	○	○
… voelde ik me gedeprimeerd (depressief). (3)	○	○	○	○
… kostte alles wat ik deed moeite. (4)	○	○	○	○
… had ik vertrouwen in de toekomst. (5)	○	○	○	○
…heb ik slecht geslapen. (6)	○	○	○	○
… was ik goedgezind. (7)	○	○	○	○
… waren de mensen onvriendelijk. (8)	○	○	○	○
… genoot ik van het leven. (9)	○	○	○	○
… had ik huilbuien. (10)	○	○	○	○
… had ik het gevoel dat men een hekel aan mij had. (11)	○	○	○	○
… geraakte ik niet op gang. (12)	○	○	○	○

Q42 De volgende items hebben betrekking op uw **belevingen over** uw rol als ouder en in de **opvoeding** van uw (jongste) kindje. Duid aan in welke mate de volgende uitspraken van toepassing zijn door een cijfer van 0 ('Helemaal niet of nooit van toepassing') tot 3 ('Zeer zeker of meestal van toepassing') aan te duiden.

Tijdens de afgelopen week ...

	0 Helemaal niet of nooit van toepassing (1)	1 Een beetje of soms van toepassing (2)	2 Behoorlijk of vaak van toepassing (3)	3 Zeer zeker of meestal van toepassing (4)
..vond ik het moeilijk om mezelf te kalmeren (1)	○	○	○	○
..had ik de neiging om overdreven te reageren op situaties (2)	○	○	○	○
..was ik erg opgefokt (3)	○	○	○	○
..merkte ik dat ik onrustig was (4)	○	○	○	○

End of Block: Welbevinden ouders
Start of Block: Ouderlijke identiteit

Q19 De volgende vragen gaan over hoe jij het **ouderschap** ziet: jouw visie op zaken zoals de waarden die je wil meegeven aan jouw kind, de hoeveelheid tijd die je investeert in het ouderschap (en de combinatie met andere activiteiten in het leven), en de
manier waarop je jouw (jongste) kind opvoedt. Gelieve bij elk van de stellingen aan te duiden in welke mate je akkoord gaat, door een cijfer van 1 ('Helemaal niet waar') tot 5 ('Helemaal waar') aan te duiden.

	1 Helemaal niet waar (1)	2 Eerder niet waar (2)	3 Deels niet waar, deels wel waar (3)	4 Eerder waar (4)	5 Helemaal waar (5)
Ik heb een beslissing genomen over welk soort ouder ik wil zijn. (1)	○	○	○	○	○
Ik denk actief na over de verschillende manieren waarop ik de opvoeding van mijn kind kan invullen. (2)	○	○	○	○	○
Ik twijfel over wat ik echt wil bereiken als ouder. (3)	○	○	○	○	○
Ik sta stil bij hoe ik de opvoeding van mijn kind aanpak. (4)	○	○	○	○	○

De manier waarop ik mijn ouderrol opneem, komt overeen met mijn interesses en waarden. (23)	○	○	○	○	○
Ik heb plannen over hoe ik in de toekomst het ouderschap kan aanpakken. (5)	○	○	○	○	○
Ik denk na over verschillende zaken die ik als ouder kan doen in de toekomst. (6)	○	○	○	○	○
Ik pieker over wat ik als ouder moet aanvangen. (7)	○	○	○	○	○
Ik praat met anderen over mijn invulling van het ouderschap. (8)	○	○	○	○	○
De manier waarop ik het ouderschap aanpak, geeft me zelfvertrouwen. (24)	○	○	○	○	○
Ik weet welke doelen ik als ouder wil bereiken. (9)	○	○	○	○	○
Ik overweeg een aantal verschillende manieren van opvoeden die bij me kunnen passen. (10)	○	○	○	○	○
Ik blijf zoeken naar welke richting ik uit wil bij de opvoeding van mijn kind. (11)	○	○	○	○	○
Ik denk actief na over de doelen die ik nu als ouder heb. (12)	○	○	○	○	○
Ik voel me zeker over mezelf als ouder. (25)	○	○	○	○	○
Ik heb een duidelijk beeld van hoe ik in de toekomst mijn rol als ouder kan opnemen. (13)	○	○	○	○	○

Ik denk na over verschillende doelen die ik als ouder kan nastreven. (14)	○	○	○	○	○
Ik blijf me afvragen hoe ik het ouderschap zou kunnen invullen. (15)	○	○	○	○	○
Ik praat met mijn vrienden over de opvoeding van mijn kind. (16)	○	○	○	○	○
Ik voel dat de keuzes die ik maak over de opvoeding van mijn kind echt bij mij passen. (26)	○	○	○	○	○
Ik heb een keuze gemaakt over de plaats van het ouderschap in mijn leven. (17)	○	○	○	○	○
Ik denk na over verschillende manieren waarop ik een goede ouder kan zijn. (18)	○	○	○	○	○
Ik kan moeilijk stoppen met na te denken over de richting die ik uit wil als ouder. (19)	○	○	○	○	○
Ik sta stil bij de waarden die ik belangrijk vind voor mijn kind. (20)	○	○	○	○	○
Ik weet zeker dat de richting die ik uit wil als ouder de juiste is voor mij. (27)	○	○	○	○	○

End of Block: Ouderlijke identiteit

Start of Block: Opvoedingsvaardigheden: warmte en vijandigheid

Q41 Hieronder vindt u een aantal stellingen of uitspraken over de **relatie met uw jongste kind**. Gelieve bij elk van de stellingen aan te duiden in welke mate je akkoord gaat, door een cijfer van 1 ('Helemaal niet waar') tot 5 ('Helemaal wel waar') aan te duiden.

	1 Helemaal niet waar (1)	2 Eerder niet waar (2)	3 Soms wel en soms niet waar (3)	4 Eerder wel waar (4)	5 Helemaal wel waar (5)
Ik weet hoe mijn kind denkt over zaken. (1)	○	○	○	○	○
Ik doe leuke dingen met mijn kind. (2)	○	○	○	○	○
Ik neem tijd om te praten met mijn kind over wat belangrijk is voor hem/haar. (3)	○	○	○	○	○
Ik maak altijd tijd voor mijn kind. (4)	○	○	○	○	○
Ik probeer regelmatig de mening van mijn kind te veranderen. (5)	○	○	○	○	○
Ik verander soms van gespreksonderwerp wanneer mijn kind iets te vertellen heeft. (6)	○	○	○	○	○
Ik onderbreek mijn kind vaak. (7)	○	○	○	○	○
Ik geef mijn kind soms de schuld van de problemen van andere gezinsleden. (8)	○	○	○	○	○
Ik rakel soms de vroegere fouten van mijn kind op wanneer ik hem of haar bekritiseer. (9)	○	○	○	○	○
Ik ben minder vriendelijk tegen mijn kind wanneer hij of zij de dingen niet op mijn manier ziet. (10)	○	○	○	○	○

Ik praat niet meer met mijn kind als hij of zij mijn gevoelens heeft gekwetst, tot hij of zij mij weer plezier doet. (11)	○	○	○	○	○
Ik vermijd mijn kind aan te kijken wanneer hij of zij mij heeft teleurgesteld. (12)	○	○	○	○	○

End of Block: Opvoedingsvaardigheden: warmte en vijandigheid

Start of Block: Motivationele boodschap

Q52
U bent **over het midden** van de vragenlijst! Na minder dan 10 minuten zal u de vragenlijst kunnen afronden.

In wat volgt zullen we nog 2 zaken bevragen:

1. Enkele kenmerken van de **zwangerschap** en **bevalling**.
2. Het **gedrag** van uw kindje

Hou nog even vol! Heel erg bedankt!

End of Block: Motivationele boodschap

Start of Block: Kenmerken zwangerschap en bevalling

Q14 In wat volgt bevragen we enkele aspecten over de **zwangerschap** en **bevalling** van **uw jongste kindje**.

Q53 De zwangerschap ...

- ○ ... kwam op natuurlijke wijze tot stand (1)
- ○ ... kwam met medische hulp tot stand (2)

Q54 De zwangerschap...

- ○ ... kwam eerder onverwachts (1)
- ○ ... kwam na 1 of enkele maanden vanaf de wens om zwanger te worden (2)
- ○ ... kwam na 6 maanden tot 1 jaar vanaf de wens om zwanger te worden (3)
- ○ ... kwam na 1 of meerdere jaren vanaf de wens om zwanger te worden (4)

Q15 Op **welke wijze** bent u/ is uw partner bevallen?

- ○ Thuis met een vroedvrouw (1)
- ○ In het ziekenhuis, natuurlijke bevalling zonder verdoving (2)
- ○ In het ziekenhuis, natuurlijke bevalling met verdoving (3)
- ○ In het ziekenhuis, keizersnede (4)
- ○ Andere, namelijk (5) _____

Q13 Is uw jongste kindje **prematuur** geboren (zwangerschapsduur <37 weken)?

- Ja, na hoeveel weken? (1) _____
- Nee (2)

Q16 Waren er bij de bevalling **complicaties** bij de moeder of bij de baby?

- Nee (1)
- Ja, namelijk: (2) _____

Q19 Sommige vrouwen voelen zich kort na de bevalling enkele dagen wat somber. In de volksmond wordt dit vaak de **babyblues** genoemd. In welke mate zou u van uzelf/ van uw partner zeggen dat u/uw partner de babyblues hebt/heeft gehad (of nog steeds hebt/heeft)?

- Helemaal niet (1)
- Eerder niet (2)
- Eerder wel (3)
- Helemaal wel (4)

End of Block: Kenmerken zwangerschap en bevalling

Start of Block: Kindkenmerken

Q25 De volgende vragen gaan over uw **jongste kindje.** Duid bij de volgende vragen aan op een schaal van 1 tot 10:

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed), hoe zou u momenteel de **gezondheid** van uw jongste kindje beoordelen? ()	
Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed), hoe zou u het **eten/drinken** van uw jongste kindje beoordelen? ()	
Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed), hoe zou u het **slapen** van uw jongste kindje beoordelen? ()	

End of Block: Kindkenmerken

Start of Block: Temperament tot 12 maand

Q71

De volgende vragen gaan over het gedrag van uw jongste kindje. Aangezien de volgende vragen aangepast zijn op de leeftijdscategorie van uw kindje, vragen we nogmaals de leeftijdscategorie aan te duiden waarbinnen uw kindje valt.

Wat is de **leeftijd** van uw **jongste kindje** op dit moment?

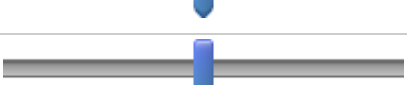
- 0 - 12 maand (1)
- 12 - 36 maand (2)
- 3 - 6 jaar (3)

Display This Question:
If De volgende vragen gaan over het gedrag van uw jongste kindje. Aangezien de volgende vragen aange... = 0 - 12 maand

Q58 Elk kind is anders. Het is boeiend om het gedrag van uw kindje te observeren. Hieronder volgen uitspraken die **gedragingen van een kindje** kunnen beschrijven. We vragen om voor elke uitspraak het cijfer aan te duiden dat het beste aangeeft **HOE VAAK** u het beschreven gedrag bij uw jongste kindje hebt geobserveerd **tijdens de afgelopen week** (de voorbije zeven dagen).

"Niet van toepassing" kunt u aangeven als de beschreven situatie niet is voorgekomen tijdens de afgelopen week. 'Nooit' wordt gebruikt als de situatie wel is voorgekomen, maar uw kind het beschreven gedrag niet heeft vertoond. Bijvoorbeeld: als uw kind tijdens de afgelopen week wel eens moest wachten op de voeding (= situatie), maar nooit huilde (= gedrag), duidt u "1" (nooit) aan. Als uw kind tijdens de afgelopen week niet hoefde te wachten op zijn/haar voeding, duidt u "niet van toepassing" aan.

	Nooit 1 2 3 4 5 6 7 Altijd Niet van toepassing
Tijdens het aan- en uitkleden kronkelde uw baby. ()	
Wanneer uw baby speels in de lucht werd gehouden, lachte hij/zij. ()	
Wanneer uw baby moe was, was hij/zij van streek. ()	
Wanneer uw baby kennismaakte met een onbekende volwassene, klampte hij/zij zich aan u of de andere ouder vast. ()	
Wanneer u aan uw baby een verhaaltje voorlas, leek hij/zij hiervan te genieten. ()	
Wanneer uw baby in het water van het bad werd gelegd, lachte hij/zij. ()	
Bij het wakker worden huilde uw baby als er niemand binnen de paar minuten kwam. ()	
Terwijl u uw baby in uw schoot voedde, leek hij/zij snel weg te willen van zodra hij/zij gedaan had met eten. ()	
Wanneer u zong voor of sprak tegen uw baby, troostte dit hem/haar onmiddellijk. ()	
Wanneer uw baby op de rug werd gelegd, kronkelde hij/zij zich. ()	
Tijdens een kiekeboe-spelletje lachte uw baby. ()	

Wanneer de telefoon ging, keek uw baby op tijdens het spelen. ()	
Wanneer u uw baby in de wieg achterliet, leek hij/zij boos te zijn (huilen en jammeren). ()	
Uw baby schrok van een plotselinge verandering in lichaamspositie (bv. bij plotseling verplaatst worden). ()	
Uw baby leek te genieten van het horen van woordjes, zoals in kinderrijmpjes. ()	
Wanneer uw baby een nieuwe plaats bezocht, werd hij/zij opgewonden over het verkennen van de nieuwe omgeving. ()	
Uw baby glimlachte of lachte wanneer hem/haar een speeltje gegeven werd. ()	
Op het einde van een opwindende dag werd uw baby wat verdrietig. ()	
Uw baby protesteerde wanneer hij/zij ergens ingezet werd dat de bewegingsvrijheid beperkte (babystoel, box, autozitje...) ()	
Wanneer uw baby vastgehouden werd, leek hij/zij te genieten. ()	
Wanneer u uw baby iets gaf om naar te kijken, troostte dit hem/haar onmiddellijk. ()	
Wanneer het haar van uw baby werd gewassen, maakte hij/zij hierbij geluidjes. ()	
Wanneer uw baby kennismaakte met een onbekende volwassene, weigerde hij/zij om naar de onbekende persoon te gaan. ()	
Wanneer u bezig was met een andere activiteit, en uw baby slaagde er niet in uw aandacht te trekken, dan huilde hij/zij. ()	
Uw baby genoot van zachte ritmische activiteiten, zoals schommelen en wiegen. ()	
Uw baby staarde gedurende 5 minuten of langer naar een voorwerp (bv. mobieltje, rand van de wieg of prent). ()	
Wanneer uw baby in aanwezigheid van verschillende onbekende volwassenen was, klampte hij/zij zich aan u of de andere ouder vast. ()	
Wanneer uw baby werd gewiegd of geknuffeld, leek hij/zij te genieten. ()	
Wanneer u zachtjes klopte of wreef op een deel van het lichaam van uw baby, troostte dit hem/haar onmiddellijk. ()	
Uw baby maakte b(r)abbelgeluidjes wanneer hij/zij in een rijdende auto zat. ()	
Wanneer uw baby in een kinderzitje of een autozitje werd gezet, kronkelde hij/zij of draaide hij/zij zich om. ()	

End of Block: Temperament tot 12 maand

Start of Block: Temperament 12maand tot 36maand

Display This Question:

If De volgende vragen gaan over het gedrag van uw jongste kindje. Aangezien de volgende vragen aange... = 3 - 6 jaar

Q66
Elk kind is anders. Het is boeiend om het gedrag van uw kind te observeren. Hieronder volgen een aantal uitspraken die de reacties van kinderen in verschillende situaties beschrijven.

Wilt u aangeven wat de reactie van uw jongste kind in deze situaties (waarschijnlijk) zal zijn? We vragen om voor elke uitspraak het cijfer aan te duiden dat het beste aangeeft **HOE VAAK** u het beschreven gedrag bij **uw jongste kind** hebt geobserveerd **tijdens de afgelopen zes maanden**.

Wanneer u een vraag niet kunt beantwoorden, omdat u uw kind nooit in die situatie heeft gezien (bijvoorbeeld als gevraagd wordt hoe uw kind reageert wanneer u zingt, maar u zingt nooit voor hem), duidt u dan "niet van toepassing" aan (Nooit in die situatie gezien).

Mijn kind...

	Helemaal niet van toepassing 1	2	3	Volledig van toepassing 4	5	6	Niet van toepassing 7
..lijkt altijd haast te hebben om van de ene plek naar de andere te gaan ()							
..raakt erg gefrustreerd wanneer iemand hem/haar belemmert in wat hij wil doen ()							
..is erg geconcentreerd bezig wanneer hij/zij tekent of kleurt ()							
..glijdt graag van hoge glijbanen af, of doet graag andere spannende dingen ()							
..is erg van streek door een sneetje of blauwe plek ()							
..bereidt zich voor op uitstapjes door uit te zoeken wat hij/zij nodig zal hebben ()							
..stort zich vaak in nieuwe situaties ()							
..wordt droevig als gezinsplannen niet uitkomen ()							
..vindt het leuk als iemand voor hem/haar zingt ()							
..voelt zich bij bijna iedereen op zijn/haar gemak ()							
..is bang voor inbrekers of "spoken" ()							
..merkt het op wanneer zijn/haar ouders iets nieuws aan hebben ()							
..Vindt rustige spelletjes leuker dan actieve ()							

..als hij/zij boos is, duurt dat meestal tien minuten of langer ()	
..wanneer hij/zij iets bouwt of in elkaar zet, gaat hij/zij er helemaal in op en werkt dan lang door ()	
..gaat graag hard en hoog op de schommel ()	
.lijkt terneergeslagen wanneer hij/zij iets niet kan ()	
..volgt instructies goed op ()	
..doet er lang over zich in nieuwe situaties te begeven ()	
..klaagt zelden wanneer hij/zij verkouden is ()	
..vindt de klank van woorden prettig, zoals rijmpjes ()	
..is soms zelfs verlegen bij mensen die hij/zij al lang kent ()	
..is erg moeilijk te kalmeren wanneer hij/zij van streek is ()	
..heeft snel door wanneer er iets nieuws in de huiskamer staat ()	
..zit boordevol energie, zelfs 's avonds ()	
..is niet bang in het donker ()	
..gaat soms helemaal op in een plaatjesboek en blijft er lange tijd in kijken ()	
..houdt niet van wilde en ruwe spelletjes ()	
..raakt niet erg van streek van sneetjes of blauwe plekken ()	
..benadert plekken waarvoor hij/zij is gewaarschuwd langzaam en voorzichtig ()	
..beslist rustig en ongehaast over zijn/haar volgende stappen ()	
..wordt boos wanneer hij/zij een speeltje niet kan vinden ()	
..vindt het prettig om zachtjes te wiegen of te schommelen ()	
..wendt zich soms verlegen af van nieuwe kennissen ()	
..raakt van streek als geliefde vrienden of kennissen na een bezoek vertrekken ()	

End of Block: Temperament 3 tot 7 jaar

Start of Block: Verdere contactering

Q28 Wilt u graag nog iets kwijt over deze bevraging in het algemeen? Wilt u graag nog iets toevoegen/verduidelijken met betrekking tot uw antwoorden?

_____
_____
_____
_____
_____

Q4 U bent aan het **einde** van de vragenlijst. Van harte bedankt voor het volledig invullen van alle vragen.

Duidt hieronder aan of u op de hoogte wil worden gebracht via mail omtrent de **resultaten van het onderzoek** en/of u gecontacteerd wenst te worden voor een eventuele **vervolgbevraging**.

☐ Ik wil op de hoogte worden gebracht via mail omtrent de resultaten van het onderzoek (1)

☐ Ik wens gecontacteerd te worden voor een eventuele vervolgbevraging. (2)

Display This Question:
If U bent aan het einde van de vragenlijst. Van harte bedankt voor het volledig invullen van alle vr... = Ik wil op de hoogte worden gebracht via mail omtrent de resultaten van het onderzoek
Or U bent aan het einde van de vragenlijst. Van harte bedankt voor het volledig invullen van alle vr... = Ik wens gecontacteerd te worden voor een eventuele vervolgbevraging.

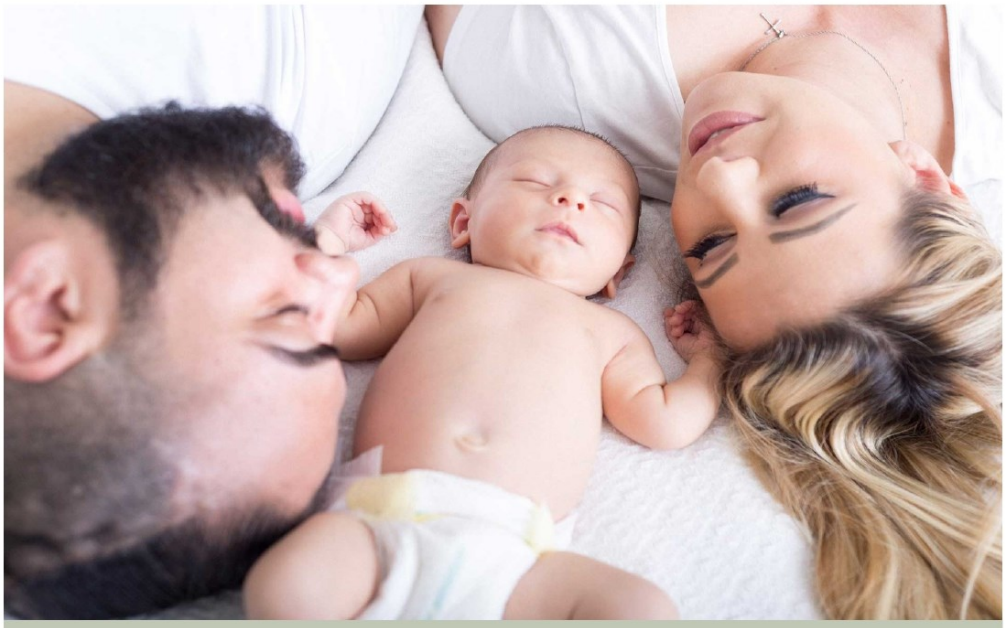
Q57 U gaf aan dat u op de hoogte wil worden gebracht via mail omtrent de resultaten van het onderzoek en/of gecontacteerd wenst te worden voor een eventuele vervolgbevraging.

Hiervoor vragen wij graag u e-mail. Deze gegevens worden uiteraard volledig losgekoppeld van uw antwoorden op de vragen. Na afloop van de studie worden deze persoonsgegevens verwijderd.

○ e-mail (1) _____

End of Block: Verdere contactering

Bijlage 3: Flyers Slaap bij Jonge Ouders



SLAAP BIJ JONGE OUDERS

Ben jij ouder en is uw oudste kindje maximum 6 jaar?

Laat ons weten hoe JIJ het OUDERSCHAP ERVAART!

Dankzij uw deelname kunnen wij begrijpen hoe wij jonge ouders beter kunnen ondersteunen in de uitdagingen van het ouderschap.

UNIVERSITEIT GENT

Ga naar https://ap.lc/H6yAc

Vragen? Phaedra.Couchez@UGent.be



SLAAP BIJ JONGE VADERS

Ben jij vader en is uw oudste kindje maximum 6 jaar?

Laat ons weten hoe **JIJ** het **OUDERSCHAP ERVAART**!

Dankzij uw deelname kunnen wij begrijpen hoe wij jonge vaders beter kunnen ondersteunen in de uitdagingen van het ouderschap.

UNIVERSITEIT GENT

Ga naar https://ap.lc/H6yAc

Vragen? Phaedra.Couchez@UGent.be

Bijlage 4: Scoring PSQI

Het scoren van de PSQI

De volgorde van de PSQI items is veranderd tov de originele volgorde, om ervoor te zorgen dat de eerste 9 items, wat ook de items zijn die meetellen voor de score, op 1 pagina passen.

De PSQI score is in 7 componenten verdeeld. Elke component wordt gescoord van 0 (geen probleem) tot 3 (groot probleem). De scores per component worden opgeteld om een totaalscore te maken (van 0-21).
Hogere scores houden een steeds slechtere slaapkwaliteit in.

Component 1: Subjectieve slaapkwaliteit – VRAAG 18

Antwoord op vraag 18	component 1 score
Zeer goed	0
Eerder goed	1
Redelijk slecht	2
Zeer goed	3

Component 1 score:……

Component 2: latentietijd tot slaap – VRAAG 2 en 5

Antwoord op vraag2	component 2/vr 2 subscore
≤15 min	0
16-30 min	1
31-60 min	2
>60 min	3

Antwoord op vraag 5	component 2/vr5 subscore
Niet gedurende deze maand	0
Minder dan 1 keer per week	1
1 of 2 keer per week	2
3 of meer keer per week	3

Tel de subscores vr2 en vr 5 op	component 2 score
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 2 score: ……..

Component 3: slaapduur – VRAAG 4

Antwoord op vraag4	component 3 score
>7 uur	0
6-7 uur	1
5-6 uur	2
<5 uur	3

Component 3 score: ……

Component 4: hoeveelheid ECHTE slaap – VRAAG 1, 3 en 4

Echte slaap = (#slaapuren/#uren in bed) x 100%

#geslapen uren—vraag 4

#uren in bed – berend uit de antwoorden op vraag 1 en 3

Hoeveelheid echte slaap	component 4 score
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Component 4 score: ……

Component 5: slaapverstoringen – VRAAG 6- 14

Vragen 6 - 14 moeten als volgt gescoord worden:

niet gedurende de laatste maand	0
minder dan 1 keer per week	1
1 of 2 keer per week	2
3 of meer keer per week	3

Scores van 6-14 opgeteld	component 5 score
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Component 5 score: …….

Component 6: gebruik van slaapmiddelen – VRAAG 15

Antwoord op vraag 15	component 6 score
niet gedurende de laatste maand	0
minder dan 1 keer per week	1
1 of 2 keer per week	2
3 of meer keer per week	3

Component 6 score: …….

Component 7: dagelijks dysfunctioneren – VRAAG 16 en 17

Antwoord op vraag16	component 7/vr16 subscore
niet gedurende de laatste maand	0
minder dan 1 keer per week	1
1 of 2 keer per week	2
3 of meer keer per week	3

Antwoord op vraag 17	component 7/vr17subscore
geen enkel probleem	0
een klein probleem	1
enigszins een probleem	2
een groot probleem	3

Scores van vr16 en vr17 opgeteld	component 7 score
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 7 score: …….

Totale PSQI Score: de optelsom van de 7 componenten: ……

Een totaalscore >5 is indicatief voor een slechte slaapkwaliteit.

Copyright notice: The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) is copyrighted by Daniel J. Buysse, M.D.
Permission has been granted to reproduce the scale on this website for clinicians to use in their practice and for researchers to use in non-industry studies. For other uses of the scale, the owner of the copyright should be contacted.

Citation: Buysse, DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ, The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI):
A new instrument for Psychiatric research and practice. Psychiatric Research 28:193-213, 1989