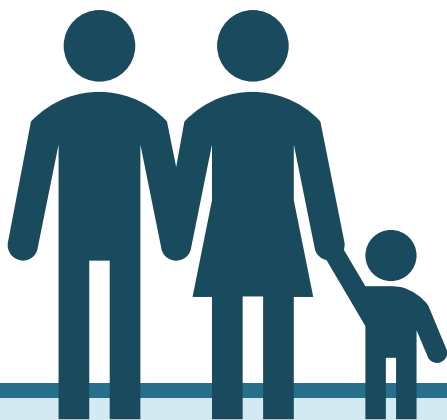


RICHTLIJNADVIEZEN TER PREVENTIE VAN WIEGENDOOD; OPGEVOLGD OF IN DE WIND GESLAGEN?

*EEN ONDERZOEK NAAR DE MATE VAN NALEVING VAN DE
RICHTLIJNADVIEZEN BETREFFENDE DE SLAAPHOUDING EN
SLAAPPLEK EN BEWEEGREDEKENEN VOOR AFWIJKING ERVAN.*



Eline Beens (s1552570); Lea Hornstra (s1605437)
e.beens@student.utwente.nl; g.l.hornstra@student.utwente.nl
BACHELOROPDRACHT; GZW; UNIVERSITEIT TWENTE
1^E BEGELEIDER: DR. M.M. BOERE-BOONEKAMP
2^E BEGELEIDER: A.A.J. KONIJNENDIJK, MSC
JULI, 2017

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is geschreven door Eline Beens en Lea Hornstra, derdejaars studenten Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Dit rapport bevat het afrondende onderzoek voor de bacheloropleiding. De bacheloropdracht is uitgevoerd aan de Universiteit Twente en is onderdeel van de Peiling Veilig slapen 2017. In dit rapport wordt beschreven in welke mate de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood betreffende de slaaphouding en slaapplek worden nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud, wonende in Nederland. Tevens zijn de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en de slaapplek achterhaald en geanalyseerd.

Wij willen graag alle mensen bedanken die hebben deelgenomen aan het onderzoek voor hun inzet. Tevens willen wij de docenten van de Universiteit Twente bedanken voor hun kennis en hulp. In het bijzonder bedanken wij onze begeleiders, Dr. M.M. Boere-Boonekamp en A.A.J. Konijnendijk, voor al hun kennis, hulp en moeite.

Wij hebben de afgelopen maanden veel energie en tijd geïnvesteerd in de uitvoering van het onderzoek en het opstellen van dit onderzoeksrapport. We zijn dankbaar voor de kennis die wij hebben opgedaan en de ontwikkeling die wij hebben doorgemaakt als Gezondheidswetenschapper in spé.

Enschede, juli 2017

Eline Beens en Lea Hornstra

Samenvatting

Achtergrond

Wiegendood is het plotseling en onverwacht overlijden van een zuigeling onder de leeftijd van twee jaar, die ogenschijnlijk gezond of in elk geval niet duidelijk ziek was en bij wie geen lichamelijke afwijking is vastgesteld die op zichzelf het overlijden verklaart. Wiegendood gebeurt dikwijls tijdens de slaap. De belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor wiegendood zijn buikligging, roken, gebruik van een dekbed en samen slapen in het ouderlijk bed.

Sinds 1987 worden steeds meer risicofactoren voor wiegendood ontdekt die worden verwerkt in de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood. Hierdoor werd intensieve preventie mogelijk. In 1985 was de incidentie nog 107 per honderdduizend levendgeborenen in Nederland. De incidentie nam af tot nog maar negen per honderdduizend levendgeborenen in 2004.

Door de lage incidentie van wiegendood in Nederland, in de huidige situatie, kan het idee postvatten bij ouders en zorgverleners dat preventie niet meer nodig is. Door dit verminderde bewustzijn van wiegendood kan het zijn dat ouders meer risicogedrag zullen vertonen in de verzorging van hun zuigeling omtrent het slapen. Het is daarom van belang om met regelmaat peilingen te houden naar verzorgingsfactoren bij ouders van zuigelingen. Zo kan het huidige gedrag van de ouders met betrekking tot de verzorging van de zuigeling in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen trends rondom de verzorging van zuigelingen worden gemonitord.

De doelstelling van dit onderzoek is dan ook om inzicht te krijgen in hoeverre de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood worden nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud, wonende in Nederland. Daarnaast worden de beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnadviezen in kaart gebracht. Hierbij wordt de focus gelegd op de naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek. De naleving van de richtlijnadviezen volstaat als de zuigeling op de rug te slapen wordt gelegd. Wat betreft de slaapplek van de zuigeling volstaat de naleving van de richtlijnadviezen als de zuigeling niet te slapen wordt gelegd in het ouderlijk bed.

Methode

Het in kaart brengen van de mate van de naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood omtrent de slaaphouding en slaapplek is gedaan met behulp van kwantitatief beschrijvend onderzoek in de vorm van een landelijke survey.

Het inzicht verkrijgen in de beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen, is gedaan aan de hand van kwalitatief verklarend onderzoek in de vorm van verkennende interviews. De uitkomsten van de interviews zijn geanalyseerd aan de hand van het ASE-model. Het ASE-model is ontwikkeld als een model voor het verklaren van beredeneerd gedrag en gedragsbehoud. Het fungeert als basis voor de ontwikkeling van interventies om gezond gedrag te bevorderen. Het ASE-model stelt

dat er verscheidene determinanten bestaan die de intentie tot een bepaald gedrag van een individu beïnvloeden. Deze determinanten zijn attitude, sociale invloed/norm en zelfeffectiviteit.

Resultaten

In de periode van half februari tot eind april 2017 zijn er 920 online vragenlijsten ingevuld die gebruikt zijn voor de analyse in SPSS. Er hebben in april en mei 2017 drie interviews plaatsgevonden met ouders van zuigelingen die hun zuigeling niet op de rug te slapen leggen. Daarnaast zijn er vier interviews gehouden met ouders van zuigelingen die samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed slapen.

Uit het onderzoek is gebleken dat 74,8% van de respondenten de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding naleeft. De mate van naleving neemt toe naarmate het opleidingsniveau van de moeder stijgt. Van de laagopgeleide moeders leeft 71,4% de richtlijnadviezen na, van de middelbaaropgeleide moeders is dit percentage 73,0% en van de hoogopgeleide moeders leeft 77,1% de richtlijnadviezen na. Deze verschillen tussen de opleidingsniveaus zijn echter niet significant. Moeders met een Nederlandse herkomst leven de richtlijnadviezen beter na dan moeders met een migratieachtergrond (resp. 76,3% en 66,2%). Dit verschil is significant.

De mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaapplek is 95,9% onder de respondenten. De verschillen in de mate van naleving naar het opleidingsniveau van de moeder zijn minimaal. Moeders met een Nederlandse herkomst leven de richtlijnadviezen beter na dan moeders met een migratieachtergrond (resp. 96,5% en 92,1%). Dit is een significant verschil.

Het afwijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding lijkt, op basis van het onderzoek, het beste te kunnen worden verklaard door te kijken naar de attitude van de ouders ten opzichte van de richtlijnadviezen. In deze categorie zijn de meeste redenen gevonden. Ouders lijken de behoefte van de zuigeling voor het volgen van de richtlijnadviezen te stellen. De sociale omgeving heeft weinig invloed op het gedrag. Gewoonte is wel een belangrijk element in het afwijken van de richtlijnadviezen. Gebrek aan kennis lijkt geen reden te zijn voor het afwijken van de richtlijnadviezen. Wel bezaten sommige ouders onjuiste kennis. Ook wijken de ouders af van de richtlijnadviezen doordat zij barrières, zoals ziekte, ervaren in het volgen van de richtlijnadviezen.

Het afwijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaapplek is eveneens het beste te verklaren door de attitude van de ouders ten opzichte van de richtlijnadviezen. Ook omtrent de slaapplek is de ouder van mening dat de behoefte van de zuigeling zwaarder weegt dan het volgen van de richtlijnadviezen. Eveneens zijn barrières belangrijk in de verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen. Ouders ervaren barrières voor het naleven van de richtlijnadviezen, zoals het niet willen slapen van de zuigeling op een andere plek, bijvoorbeeld een wieg of ledikant. Een gebrek aan kennis en ook de sociale omgeving zijn geen redenen om af te wijken van de richtlijnadviezen. Een goed gevoel over de slaapplek van de zuigeling is wel reden voor ouders om af te wijken.

Discussie en conclusie

De mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding is 74,8% in de steekproef. De mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding is 95,9% in de steekproef. De verwachting is dat deze prevalentie in werkelijkheid lager ligt, omdat uit de literatuur bleek dat er een taboe heerst op het samen slapen. Beide prevalenties kunnen overschat zijn vanwege sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten, hoewel dit effect wel zoveel mogelijk is weggevangen in het onderzoek. Daarnaast kan door de ondervertegenwoordiging van ouders met een migratieachtergrond de prevalentie eveneens overschat zijn, aangezien ouders met een migratieachtergrond de richtlijnadviezen in mindere mate naleven.

De resultaten wijzen uit dat de mate van naleving verschilt voor de herkomst van de moeder. Moeders met een Nederlandse herkomst leven de richtlijnadviezen beter na dan moeders met een migratieachtergrond. Hierom is het van belang om in het preventieprogramma meer aandacht te besteden aan de groep met een migratieachtergrond. De mate van naleving naar het opleidingsniveau van de moeder lijkt te verschillen wat betreft de naleving met betrekking tot de slaaphouding. Bij de mate van naleving met betrekking tot de slaapplek zijn er minimale verschillen tussen de opleidingsniveaus.

De reden dat ouders afwijken van de richtlijnadviezen kan worden gezocht in de attitude die de ouders hebben ten opzichte van de richtlijn en niet zozeer in sociale norm, zelfeffectiviteit, kennis en vaardigheden en barrières en support. De ouders lijken de behoefte van hun zuigeling belangrijker te vinden dan het volgen van de richtlijn, waarbij zij niet altijd lijken te beseffen dat het volgen van de richtlijn in het belang van hun zuigeling is. Deze attitude zal moeten worden veranderd om te zorgen voor een hogere mate van naleving. De attitude van de ouders is deels gebaseerd op cognitie en deels gebaseerd op emotie. Dit betekent dat alleen het vergroten van de kennis, door middel van bijvoorbeeld flyers of websites, van ouders met een zuigeling niet zal leiden tot een betere naleving van de richtlijnadviezen. Ook zal op emotioneel niveau moeten worden ingezet. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld meer de arts op het consultatiebureau erbij te betrekken, omdat de heuristiek bestaat dat de deskundige er verstand van heeft.

Deze uitspraken lijken echter niet als algemeen geldend te kunnen worden beschouwd voor de Nederlandse populatie, omdat de steekproef niet geheel overeenkomt met de Nederlandse populatie en er significante verschillen bestaan. De groep met een migratieachtergrond is ondervertegenwoordigd. Daarnaast zijn de respondenten voor de interviews niet willekeurig geworven en is er niet geïnterviewd tot het saturatiepunt, vanwege een lage respons. Hierdoor zijn ook deze resultaten minder valide en is het lastig uitspraken te doen die algemeen geldend zijn voor de Nederlandse populatie. Toch leveren de interviews, samen met de informatie uit de open tekstvakken in de vragenlijst, belangrijke informatie op over de beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnadviezen. Hiermee kan de praktijk verder door zich meer te richten op de attitude van de ouders. Vervolgonderzoek moet verder uitwijzen hoe het afwijken van de richtlijnadviezen kan worden verklaard.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	8
2. Theoretisch kader	12
2.1 Beïnvloedbare risicofactoren en beschermende factoren	12
2.1.1 Slaaphouding	12
2.1.2 Slaapplek	13
2.2 Niet beïnvloedbare risico- en beschermende factoren.....	14
2.2.1 Sociaal economisch status	14
2.2.2 Herkomst	14
2.3 Richtlijnadvies ter preventie van wiegendood.....	15
2.4 Gedragsverklaringsmodel.....	17
3. Methode.....	19
3.1 Onderzoeksdesign	19
3.2 Onderzoekspopulatie	19
3.3 Dataverzameling.....	19
3.3.1 Meetinstrument.....	19
3.3.2 Procedure	22
3.4 Steekproefgrootte	23
3.5 Statistische analyse.....	23
3.6 Kwalitatieve analyse.....	25
3.7 Ethische beschouwing	25
4. Kwantitatieve resultaten	27
4.1 Respons	27
4.2 Steekproefomschrijving.....	27
4.3 Gedrag	30
4.4 Vergelijking naar achtergrond kenmerken	31
4.4.1 Slaaphouding	31
4.4.2 Slaapplek	32
5. Kwalitatieve resultaten	34
5.1 Beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadvies m.b.t. de slaaphouding	34
5.1.1 Interviews	34
5.1.2 Vragenlijsten	36
5.1.3 ASE-model	37

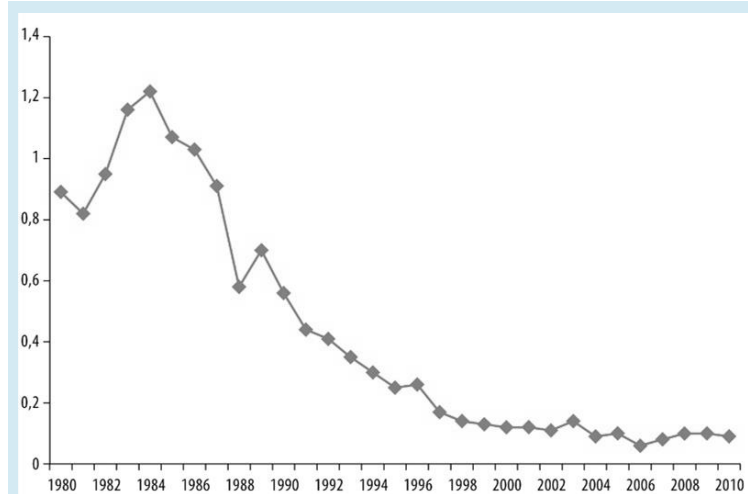
5.2 Beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen m.b.t. de slaapplek	39
5.2.1 Interviews	39
5.2.2 Vragenlijsten	42
5.2.3 ASE-model	42
6. Discussie.....	45
6.1 Interpretatie van de resultaten	45
6.1.1 Naleving	45
6.1.2 Gedragsverklaring	46
6.2 Sterke en zwakke eigenschappen van het onderzoek	50
7. Conclusie	54
8. Aanbevelingen.....	55
8.1 Aanbevelingen betreffende de wetenschap	55
8.2 Aanbevelingen voor praktijk	56
Referentielijst	58
Bijlage A: Vragenlijst.....	61
Bijlage B: Semigestructureerde interview.....	67
Bijlage C: Proefpersonen Informatie Brief (PIB).....	68
Bijlage D: Variabelenoverzicht statistische analyse.....	71

1. Inleiding

Wiegendood is het plotseling en onverwacht overlijden van een zuigeling onder de leeftijd van twee jaar, die ogenschijnlijk gezond of in elk geval niet duidelijk ziek was en bij wie geen lichamelijke afwijking is vastgesteld die op zichzelf het overlijden verklaart [1]. Wiegendood gebeurt dikwijls tijdens de slaap [2]. Het stellen van de diagnose wordt idealiter gedaan op basis van een zorgvuldige anamnese, onderzoek ter plaatse van het overlijden, postmortaal onderzoek en een volledige autopsie [1]. In 1997 is wiegendood opgenomen in de internationale registratie van medische diagnoses en in Nederland erkend als een officiële doodsoorzaak [3].

De definitie van de Engelse term van wiegendood, ofwel Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), verschilt met de Nederlandse definitie. SIDS is het onverwachts overlijden van een ogenschijnlijk gezonde zuigeling tot twaalf maanden oud. Daarnaast is bij het stellen van de diagnose van SIDS kindergeneeskundig en postmortaal onderzoek verplicht [4]. Dit is in tegenstelling met de Nederlandse begripsbepaling, waarbij dit niet verplicht is. De criteria voor wiegendood zijn dus bij de definitie van SIDS strenger dan de Nederlandse definitie. Eveneens verschilt de leeftijd in de twee definities. Door de strengere criteria voor SIDS kunnen er gevallen bestaan die wel worden geschaard onder wiegendood, maar niet onder SIDS, waardoor de incidentie lager kan uitvallen voor SIDS. In dit onderzoek wordt de leeftijd van een zuigeling tot twaalf maanden oud aangehouden, vanwege de vergelijkbaarheid van de uitkomsten met die van internationale onderzoeken.

Nederland heeft verreweg de laagste incidentie van wiegendood in Noord- en West-Europa. Sinds 1987 is de incidentie van wiegendood in Nederland sterk gedaald. Dit gebeurde parallel aan het terugdringen van buikligging bij jonge zuigelingen. [5] Figuur 1 geeft het aantal sterfgevallen weer door wiegendood, per jaar in Nederland [6].



Figuur 1: Aantal sterfgevallen per jaar per 1000 levendgeborenen [2]

De belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor wiegendood zijn buikligging, roken, gebruik van een dekbed en het in één bed samen slapen met één of beide ouders. De belangrijkste beschermende factor is het krijgen van borstvoeding [5]. Het op de buik liggen van de zuigeling tijdens het slapen verhoogt de kans op wiegendood aanzienlijk (Odds Ratio(OR) varieert tussen 3,5 en 9,3). Het risico op wiegendood bij samen slapen in het ouderlijk bed is ook duidelijk verhoogd (OR 2,7). Onder de leeftijd van vier maanden is bij samen slapen in het ouderlijk bed de kans op wiegendood het meest verhoogd (OR 5,1). [2]

Sinds 1987 worden steeds meer oorzakelijke factoren voor wiegendood ontdekt die worden verwerkt in de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood. Hierdoor werd intensieve preventie mogelijk. In 1985 was de incidentie nog 107 per honderdduizend levendgeborenen in Nederland. De incidentie nam af tot nog maar negen per honderdduizend levendgeborenen in 2004. Dit kan onder andere worden toegeschreven aan de intensieve preventie. [5]

Door de lage incidentie van wiegendood in Nederland in de laatste jaren kan het idee postvatten bij ouders en zorgverleners dat preventie niet meer nodig is. Dit is het bekende fenomeen dat succesvolle preventie neigt te worden verwaarloosd [5]. Door dit verminderde bewustzijn van wiegendood kan het zijn dat ouders meer risicogedrag zullen vertonen in de verzorging van hun zuigeling omtrent het slapen. Zo blijkt uit onderzoek, uit 1999 en 2004, dat zonder herhaalde voorlichting de zuigeling steeds vaker te slapen wordt gelegd op de buik tijdens de eerste zes levensmaanden [7].

Het is daarom van belang om met regelmaat peilingen te houden naar verzorgingsfactoren bij ouders van zuigelingen. Zo kan het huidige gedrag van de ouders met betrekking tot de verzorging van hun zuigeling in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen trends rondom de verzorging van zuigelingen worden gemonitord. Er zijn tien dergelijke peilingen gehouden, onder andere in 2003, 2005 en 2011 [3, 8]. Mede op basis van gegevens uit deze peilingen naar verzorgingsfactoren zijn preventieve adviezen aangepast, waardoor vanaf 1987 het aantal gevallen van wiegendood sterk is afgenomen.

Naast het in kaart brengen van het gedrag van de ouders omtrent de verzorging van hun zuigeling is het ook van belang dat er meer inzicht wordt verkregen in de redenen waarom ouders afwijken van de richtlijnadviezen betreffende de preventie van wiegendood. Dit blijkt ook uit twee onderzoeken waarin het belang van verder onderzoek naar specifieke redenen van slechte naleving van de richtlijnadviezen wordt onderstreept. Daarnaast kwam naar voren dat er beperkt bewijs beschikbaar is over de mate waarin ouders de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood naleven. [9, 10] Een ander onderzoek suggereert dat toekomstig onderzoek nodig is waarbij de besluitvorming van ouders wordt onderzocht betreffende de keuze voor de slaapplek van de zuigeling, waarin wordt meegenomen hoe ouders persoonlijke redenen en bronnen van advies laten meewegen in hun keuzes. [11] De beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnadviezen zijn van belang om te achterhalen waar preventie specifiek op moet worden ingezet.

In de literatuur zijn verschillende redenen gevonden om af te wijken van het advies ‘rugligging’. Zo blijkt uit een kwalitatieve studie in 2016 dat een hogere kans op een afgeplat hoofd reden kan zijn om af te wijken van de richtlijnadviezen om de zuigeling op de rug te laten slapen [12]. Uit een onderzoek onder Afro-Amerikaanse vrouwen in Amerika in 2010 bleek dat vrouwen kozen voor buikligging met als reden dat zij dachten dat dit veiliger was dan de rugligging. Daarnaast werd als reden de behoefte aan slaap van de ouder genoemd; doordat een zuigeling die op de buik slaapt minder snel wakker wordt zal de ouder beter kunnen doorslapen. Ook de perceptie van het risico op SIDS door de ouders heeft invloed op de slaaphouding van de zuigeling, als de ouder een lagere perceptie van het risico heeft zal hij minder snel geneigd zijn het advies op te volgen. [13]

Naast redenen om af te wijken van het advies ‘rugligging’ zijn er ook redenen voor samen slapen in het ouderlijk bed gevonden in de literatuur. Uit verschillende onderzoeken blijkt borstvoeding een reden te zijn voor samen slapen in het ouderlijk bed; als men samen slaapt is het gemak bij het geven van borstvoeding namelijk groter. Daarnaast wordt ook het monitoren van de zuigeling als reden genoemd. Men heeft het idee meer waakzaam te zijn tijdens de slaap als de zuigeling met de ouder samen slaapt. [11, 14] Verder worden er nog zeven verschillende redenen aangedragen. Ten eerste het vergemakkelijken van het troosten van de zuigeling; ten tweede het beter slapen van zowel de ouder als de zuigeling; ten derde het verbeteren van de band tussen moeder en zuigeling; ten vierde een beperkende omgeving, doordat er bijvoorbeeld geen ledikant aanwezig is; ten vijfde om huilen tegen te gaan; ten zesde het oneens zijn met het verhoogde risico op wiegendood en als laatste vanuit traditie. [11] Moeders met een laag inkomen gebruiken het samen slapen in het ouderlijk bed ook als bescherming tegen de omgevingsgevaar als ongedierte en ontvoering. [14]

Het afwijken van het advies vanuit traditie en het feit dat moeders met een laag inkomen afwijken van het advies duidt op het mogelijk verschillend omgaan met de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood door ouders met verschillende achtergronden.

De bovenstaande resultaten uit eerdere onderzoeken zijn vaak verouderd of niet één op één toe te passen op de situatie in Nederland. Derhalve kan worden gezegd dat informatie over hoe vaak en waarom ouders afwijken van de richtlijnadviezen in de huidige situatie in Nederland schaars is. Dit betekent dat er kennis ontbreekt over zowel de mate waarin de richtlijnadviezen betreffende de preventie van wiegendood worden nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud wonende in Nederland, als wat de beweegredenen zijn om af te wijken van de richtlijnadviezen betreffende de preventie van wiegendood.

Hieruit volgt de doelstelling van dit onderzoek: inzicht verkrijgen in hoeverre de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood worden nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud wonende in Nederland en het in kaart brengen van de beweegredenen van ouders om af te wijken van deze richtlijnadviezen. Hierbij wordt de focus gelegd op de opvolging van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek. Dit zijn namelijk beiden belangrijke risicofactoren. Buikligging is sinds 1987 sterk afgenomen, van zestig procent naar acht procent in 2004, maar blijft een van de belangrijkste risicofactoren. Samen slapen in het ouderlijk bed is sinds 1987 toegenomen van vrijwel nul procent naar vijf procent in 2004 [5]. Beide factoren zijn daarom van belang om te monitoren.

Uit de doelstelling volgt de volgende hoofdvraag met deelvragen:

In hoeverre worden de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud, wonende in Nederland, met verschillende achtergronden, en wat zijn beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek in 2017?

De volgende deelvragen zijn opgesteld voor ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud, wonende in Nederland, in 2017:

1. Wat is de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadvies ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek?
2. In hoeverre verschilt deze prevalentie bij ouders met verschillende opleidingsniveaus?
3. In hoeverre verschilt deze prevalentie bij ouders met een verschillende herkomst?
4. Welke beweegredenen hebben ouders om af te wijken van de richtlijnadvies ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding?
5. Welke beweegredenen hebben ouders om af te wijken van de richtlijnadvies ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaapplek?

In hoofdstuk twee is het theoretisch kader horende bij dit onderzoek weergegeven. Hierin worden begrippen nader toegelicht die betrekking hebben op dit onderzoek en benodigde modellen besproken. In hoofdstuk drie wordt de methode beschreven. Hierin zal onder andere onderzoekspopulatie, statistische analyse en ethische beschouwing aan bod komen. In hoofdstuk vier worden de kwantitatieve resultaten besproken. In hoofdstuk vijf de kwalitatieve resultaten. In hoofdstuk zes is de discussie weergegeven en in hoofdstuk zeven de conclusie. Als laatste worden, in hoofdstuk acht, aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek en voor de praktijk.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden achtereenvolgens de volgende onderwerpen nader toegelicht. Ten eerste de verschillende risicofactoren en beschermende factoren van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek. Ten tweede wordt een samenvatting gegeven van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood. Ten derde wordt een gedrag verklarend model nader toegelicht ter verheldering van het begrip ‘beweegredenen’.

2.1 Beïnvloedbare risicofactoren en beschermende factoren

2.1.1 Slaaphouding

Er bestaan verscheidene risicofactoren voor wiegendood. Een belangrijke risicofactor is slapen op de buik (OR varieert van 3,5 tot 9,3) [2, 6]. De verklaring hiervoor is dat de cerebrale zuurstofvoorziening bij een zuigeling tijdens de slaap in buikligging wordt verminderd. Deze vermindering kan een negatief effect hebben op de wekbaarheid van een zuigeling tijdens de slaap [15]. Tevens wordt de wek-drempel beïnvloed door een verhoogde lichaamstemperatuur. De kans op warmtestuwing bij de buikligging wordt verhoogd wegens een verminderd warmteverlies via het gezicht wat leidt tot een verhoogde lichaamstemperatuur [6].

Het risico op wiegendood is het hoogst bij zuigelingen die voor het eerst op de buik slapen, de zogenoemde ‘onervaren buikslapers’. Opvallend bij dit soort gevallen van wiegendood is dat zij dikwijls werden aangetroffen met het gezicht naar beneden. Een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel is dat het beschermingsmechanisme om het hoofd zijwaarts te draaien onvoldoende is ontwikkeld bij onervaren buikslapers [16].

Het op de zij liggen van de zuigeling tijdens het slapen is eveneens een risicofactor (OR 2,27). Dit komt doordat de zijligging het gevaar met zich mee brengt dat de zuigeling omrolt op de buik [6]. De meeste zuigelingen zijn vanaf ongeveer drie maanden in staat om zichzelf vanuit de rugligging op de buik te draaien, de zogenaamde secundaire buikligging [16].

Zowel de buik- als zijligging vergroten het gevaar op het opnieuw inademen van uitgedemde gassen. Dit kan leiden tot een verhoogd CO₂-gehalte in het bloed of een verminderde zuurstofvoorziening naar bepaalde weefsels in het lichaam [4-6].

Tegenwoordig worden veel zuigelingen in de rugligging te slapen gelegd. Dit heeft als gevolg dat secundaire buikligging bij zuigelingen met wiegendood zowel percentueel als in absolute zin sterk is toegenomen. In 1984-1991 was dit percentage 16% ten opzichte van 1996-2001 met 42%. [1] Daarentegen nam het percentage zuigelingen dat in de primaire buikligging te slapen werd gelegd af van 60% in 1987 naar nog maar 8% in 2004. Bij de primaire buikligging wordt de zuigeling bij het slapen gaan op de buik gelegd door de ouders/verzorgers [5].

In 2011 vond de tiende ‘landelijke peiling veilig slapen’ plaats. Uit dit onderzoek is gebleken dat in 2011 meer dan 80% van de zuigelingen op de rug te slapen werd gelegd. Het percentage zuigelingen dat in de avond op de rug te slapen werd gelegd, steeg naarmate de leeftijd van de zuigeling

toenam. Van de 0-2 maanden oude zuigelingen werd 75,3% op de rug te slapen gelegd in tegenstelling tot 86,2% van de 5-6 maanden oude zuigelingen. Bij zuigelingen van 9-11 maanden oud daalde dit percentage weer tot 74,8%. Deze trend kwam overeen met de slaaphouding overdag. [3]

2.1.2 Slaapplek

Een andere risicofactor voor wiegendood is het samen slapen met de zuigeling in het ouderlijk bed. Dit leidt tot een 2,7 keer verhoogde kans op wiegendood. Deze kans is zelfs nog groter bij zuigelingen jonger dan vier maanden (OR 5,1) [2]. Eén op de vier zuigelingen die overleed aan wiegendood in de eerste zes levensmaanden tussen 1996 en 2003, stierf tijdens het samen slapen met de ouders in één bed [7]. Het samen in hetzelfde bed slapen verhoogt de kans op wiegendood met name als dit wordt gedaan in combinatie met dat de ouder rookt, alcohol heeft genuttigd, vermoeid is en/of een dekbed gebruikt. Er bestaat een sterke correlatie tussen samen slapen in het ouderlijk bed en het geven van borstvoeding. Samen slapen in het ouderlijk bed kan namelijk het borstvoeding geven vergemakkelijken. [17] In vergelijking met 1987 is er een toename te zien in het samen slapen met een of beide ouders. In 1987 kwam dit nauwelijks voor en in 2004 was dit 5%. [5]

Het gebruik van een dekbed en kussen, in zowel het ouderlijk bed als het bed van de zuigeling, is riskant tot de leeftijd van twee jaar, wegens een verhoogde kans op warmtestuwing en het risico dat het gezicht van de zuigeling tegen of onder het dekbed of het kussen komt. Dit kan leiden tot het opnieuw inademen van de uitgeademde lucht of een ademhalingsobstructie. [6] Het gebruik van een dekbed leidt tot een viervoudig verhoogd risico op wiegendood [7]. In 1987 was het dekbedgebruik om de zuigeling toe te dekken nog 85%, dit is gedaald naar 18% in 2004 [5]. Uit de ‘landelijke peiling veilig slapen’ in 2011 is gebleken dat het aantal ouders die gebruik maakten van een dekbed om de zuigeling toe te dekken minimaal was. Slechts 2,5% van het totaal aantal ouders dekte hun zuigeling alleen toe met een dekbed. Het grootste percentage ouders, 36%, maakte gebruik van een deken en een laken. [3]

Ook kan een babynestje worden gebruikt als hulpmiddel om het kind te slapen te leggen. Een babynestje is een bedverkleiner wat als doel heeft om de zuigeling een geborgen gevoel te geven tijdens het slapen. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid adviseert dit product niet te gebruiken omdat de veiligheid van het hulpmiddel nog niet is aangetoond. [18]

Daarnaast kan de aerosleep worden gebruikt. De aerosleep is een product van polyester met een honingraatstructuur dat fungeert als toplaag in een matras of als een losse matrashoes. Volgens de fabrikant zorgt de Aerosleep voor luchtdoorlaatbaarheid en heeft het een warmte regulerende werking. Er wordt geclaimd dat de Aerosleep bepaalde mogelijke risico's op wiegendood verkleint. [19]

Naast risicofactoren bestaan er ook beschermende factoren met betrekking tot de slaapplek van de zuigeling. Zo is het van belang dat de ouder in de buurt van de zuigeling blijft tijdens het slapen. De natuurlijke waakzaamheid van een ouder verlaagt namelijk het risico [20]. De kans op wiegendood is verlaagd wanneer de zuigeling op dezelfde kamer als de ouders, in een eigen bed, slaapt (OR 0,19). Dit positieve effect is sterker bij jonge zuigelingen [7].

Daarnaast heeft borstvoeding ook een beschermende werking op wiegendood. Als de moeder borstvoeding geeft, heeft de zuigeling drie keer zo'n kleine kans op wiegendood als zuigelingen die geen borstvoeding krijgen [7]. Het mechanisme hiervan is echter nog niet duidelijk. De meest voorkomende verklaring is dat de kans op wiegendood wordt vergroot door virale infecties en dat borstvoeding een beschermend effect heeft op deze infecties. Tevens zijn er studies die uitwijzen dat zuigelingen die borstvoeding krijgen een lagere arousal-drempel hebben, wat betekent dat zij beter te wekken zijn. [21] Echter, moeders die borstvoeding geven, kunnen hun zuigeling uit gemak in hetzelfde bed laten slapen. Het nadelige effect van samen slapen in het ouderlijke bed in de eerste levensmaanden van de zuigeling is dominant ten opzichte van de beschermende werking van borstvoeding op wiegendood. [7]

2.2 Niet beïnvloedbare risico- en beschermende factoren

2.2.1 Sociaal economisch status

De sociaal economische status (SES) wordt geassocieerd met de mate van risicovol gedrag van de ouders ten aanzien van wiegendood [22]. Belangrijke kenmerken die vaak als indicatoren van sociaaleconomische status dienen, zijn opleiding, beroep en inkomen. Deze drie indicatoren worden gebruikt om de positie van mensen te bepalen in de sociale stratificatie die loopt van 'laag' naar 'hoog'. Dikwijls wordt opleiding gebruikt, waarbij wordt geïnformeerd naar de hoogst genoten opleiding van de respondent. [23]

Bij een lage SES is er vaak een combinatie van verscheidene risicofactoren voor wiegendood aanwezig. Uit onderzoek is gebleken dat wiegendood vaker voorkomt bij moeders met een lage SES. De sociaal economische status werd bepaald door verscheidene kenmerken van de moeder met betrekking tot huisvesting en onderwijs [24]. Het vaker voorkomen van wiegendood bij moeders met een lage SES kan worden verklaard door de bovenstaande associatie tussen SES en het voorkomen van risicofactoren. Aspecten als de jonge leeftijd van de moeder bij de geboorte van de eerste zuigeling, alleenstaand ouderschap of een lage opleiding spelen hierbij een rol. De opleiding van de moeder is een van de belangrijkste risicofactoren voor wiegendood. Het relatieve risico van een lage opleiding is 4,4 ten opzichte van een middelbare en hoge opleiding. [7]

Dikwijls hebben laag opgeleide moeders evenveel kennis ten aanzien van de risicofactoren als hoogopgeleide moeders. Echter leidt deze kennis niet tot een gedragsverandering bij de laag opgeleide moeders [7]. Het gedrag van ouders met verschillende opleidingsniveaus is vergeleken in de 'landelijke peiling veilig slapen' uit 2011. De prevalentie van risicovol gedrag was hoger bij laag opgeleide ouders. Het percentage buik- en zijligging van de zuigeling en dekbedgebruik was hoger bij deze groep. Echter leek het erop dat de verschillen zijn afgenomen in vergelijking met 2005. [3]

2.2.2 Herkomst

Er bestaan tevens verschillen in de incidentie van wiegendood tussen etnische groeperingen in Nederland. Deze verschillen komen met name tot stand door de verschillende methoden van

zuigelingen door de ouder. Het voorkomen van risicofactoren zoals rookgedrag van de ouders, het gebruik van beddengoed en kussens en de slaaphouding verschilt. [7]

De Nederlandse bevolking bestaat uit circa 17 miljoen mensen waarvan 3,8 miljoen inwoners met een migratieachtergrond [25]. De grootste groep inwoners met een migratieachtergrond is afkomstig uit Islamitische landen als Turkije of Marokko. Daarnaast komt een grote groep uit Suriname en de Nederlandse Antillen [26].

Historisch gezien hebben zuigelingen uit Antilliaanse, Surinaamse en Turkse gezinnen meer kans op wiegendood dan andere zuigelingen [27]. In 2001 is er een onderzoek gepubliceerd waaruit bleek dat het risico op wiegendood voor Turkse zuigelingen 1,2 keer zo hoog is als voor Nederlandse zuigelingen [28].

In 2003 is er opnieuw onderzoek gedaan naar etnische verschillen ten aanzien van de incidentie van wiegendood. Hieruit is gebleken dat de verhoogde incidentie van wiegendood bij Turkse zuigelingen proportioneel daalde met de daling van de incidentie van wiegendood bij Nederlandse zuigelingen. De verschillen in incidentie van wiegendood bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse zuigelingen zijn geminimaliseerd. De incidentie per etnische groep is berekend over de periode 1996-2000. De incidentie bij Marokkaanse zuigelingen was 0,28 per 1000 levend geboren, de incidentie bij Turkse zuigelingen was 0,24 en de incidentie bij Nederlandse zuigelingen was 0,16 per 1000 levend geboren. [26]

Preventieve maatregelen, zoals het belang van een veilige slaaphouding, zijn vaak minder bekend bij ouders met een migratieachtergrond. Uit onderzoek bleek dat in de periode 2003-2004, 18% van de Nederlandse moeders onveilig slaapgedrag ten aanzien van hun zuigeling vertoonde. Onder onveilig slaapgedrag werd verstaan dat de zuigeling te slapen werd gelegd onder een warm dekbed, met een hoofdkussen, bij de ouders in bed of in de buikligging. Dit percentage was aanzienlijk hoger bij de Turkse moeders en de Ghanese moeders, respectievelijk 70% en 68%. Bij de Surinaamse moeders was het 63%. Daarentegen was het percentage van onveilig slaapgedrag lager bij de Marokkaanse en Antilliaanse moeders, respectievelijk 50% en 48%. [27]

Het onderzoek waarin de incidentie van wiegendood voor verschillende bevolkingsgroepen is berekend, stelde ook de bekendheid van wiegendood vast. Opvallend was dat 54% van de Turkse ouders nooit eerder had gehoord van wiegendood. Bij de Marokkaanse populatie was dit 52%. Dit percentage viel veel lager uit bij de Nederlandse ouders waarbij 3% nooit eerder van wiegendood had gehoord. Het onderzoek wees uit dat er meer aandacht moet worden besteed aan voorlichting voor etnische minderheden. Met name moet de voorlichting gericht zijn op oververhitting van de zuigeling, het gebruik van dekbed en kussens, roken en het aantal lagen beddengoed. [26]

2.3 Richtlijnadvies ter preventie van wiegendood

Op basis van de risicofactoren en de beschermende factoren zijn er landelijke richtlijnen opgesteld om wiegendood te voorkomen. Een richtlijn bevat adviezen die zijn gebaseerd op wetenschappelijk

onderzoek en is bedoeld als ondersteuning van de zorgprofessional en de zorggebruiker [29]. Een professional mag beredeneerd afwijken van de richtlijnen. Wel moet dit dan genoteerd worden.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) geeft een samenvatting van deze richtlijnadviezen, gebaseerd op de richtlijn preventie wiegendood uit 2007 opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland [7]. Deze samenvatting komt overeen met de richtlijn voor veilig slapen ter preventie van wiegendood, verschenen in 2016 in het tijdschrift Praktische Pediatrie [2].

Tijdens de contacten met de JGZ worden ouders ten eerste geadviseerd om de zuigeling altijd op de rug te laten slapen. Hierbij moet het hoofd van de zuigeling afwisselend naar links en rechts worden gelegd, om het afgeplat hoofd syndroom te voorkomen. [7]

Ten tweede wordt geadviseerd om niet te roken tijdens de zwangerschap, ook niet na de geboorte in het bijzijn van de zuigeling [7].

Ten derde wordt geadviseerd om ervoor te zorgen dat de zuigeling het niet te warm heeft, een dekbed wordt daarom de eerste twee jaren na de geboorte afgeraden. Zolang de voeten van de zuigeling warm aanvoelen heeft de zuigeling het niet te koud. [7]

Ten vierde wordt geadviseerd om te zorgen voor een veilige slaapomgeving. Een veilige slaapomgeving bevat verschillende componenten. Het beste kan de zuigeling de eerste zes maanden na de geboorte te slapen worden gelegd in een eigen bed op de slaapkamer van de ouders. Samen slapen in een bed met de ouders wordt sterk afgeraden. Een dekbed, hoofdkussen en hoofdbeschermer horen de eerste twee jaren niet in het bed te liggen. Het bed kan het beste laag worden opgemaakt met een enkele deken op een stevig matras zonder zeil onder het onderlaken bij het hoofdeinde. Een trappelpak kan worden gebruikt als alternatief van de deken. Fixatiemiddelen worden afgeraden. Andere voorwerpen zoals speelgoed of grote knuffelbeesten horen niet thuis in het ledikant. Als de zuigeling zichzelf al kan draaien, wordt het inbakeren afgeraden. Als de zuigeling gewend is aan een fopspeen, moet deze consequent gebruikt worden. [7]

Ten vijfde wordt geadviseerd om te zorgen voor een veilige omgeving als de zuigeling wakker is. Hieronder valt het in de gaten houden van de zuigeling wanneer deze begint met op de buik draaien, maar nog niet zelfstandig kan terugdraaien. Speelgoed met een snoer of koord is niet veilig om in de box te leggen, evenals een kussen. Volle zon op de box wordt afgeraden, net als het alleen laten van de zuigeling in de auto. Bij het gebruik van een draagzak moet erop worden gelet dat de neus en mond van de zuigeling worden vrijgehouden en dat de zuigeling het niet te warm krijgt. Verder zijn geneesmiddelen met een slaapverwekkende bijwerking ongeschikt voor de zuigeling. [7]

Ten zesde wordt geadviseerd om borstvoeding te geven, vanwege de beschermende werking tegen wiegendood [7].

2.4 Gedragsverklaringsmodel

Er bestaan verschillende modellen om het gedrag van mensen te verklaren. Het is van belang om een dergelijk model te gebruiken in dit onderzoek, omdat er wordt gekeken naar de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen, dus naar een verklaring voor het gedrag van de ouders.

Een bekend gedragsverklaringsmodel is ‘The theory of planned behaviour’ (TPB), ontwikkeld door Ajzen. TPB is één van de meest prominente modellen om gedrag te verklaren. TPB is een raamwerk voor het begrijpen, voorspellen en veranderen van menselijk gedrag in specifieke contexten. Volgens de theorie is intentie de onmiddellijke voorspeller van gedrag. De theorie komt voort uit de ‘Theory of reasoned action’, die al eerder werd ontwikkeld door Icek Ajzen. Empirische ondersteuning voor de theorie komt van studies die het vermogen van de theorie om intenties en gedrag te voorspellen demonstreren. [30]

Het ASE-model is gebaseerd op de TPB en eveneens ontwikkeld als een model voor het verklaren van beredeneerd gedrag en gedragsbehoud [31]. In Nederland wordt er regelmatig gebruik gemaakt van het ASE-model. Het model fungeert als basis voor de ontwikkeling van interventies om gezond gedrag te bevorderen [32]. Het ASE-model stelt dat er verscheidene stadia bestaan die de mens doorloopt voordat er sprake is van zichtbaar gedrag. Deze stadia zijn te verdelen in drie componenten; attitude, sociale invloed/norm en zelfeffectiviteit [31].

Het ASE-model wordt ook wel het ASE-determinantenmodel genoemd. Dit komt omdat attitude, sociale invloed/norm en zelfeffectiviteit de belangrijkste determinanten zijn voor de gedragsintentie. De gedragsintentie is de beste voorspeller van het uit te voeren gedrag [31].

Het ASE-model kan worden toegepast om de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek te onderzoeken. Dankzij dit model kunnen de beweegredenen van ouders om de richtlijnadviezen niet na te leven worden onderverdeeld onder de drie determinanten. Het is belangrijk om inzichtelijk te maken welke determinanten het niet naleven van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood verklaren, zodat duidelijk wordt op welke determinant(en) de preventie van wiegendood kan ingrijpen om het gewenste gedrag te bevorderen.

De intentie voor bepaald gedrag wordt dus door drie determinanten beïnvloed. Ten eerste de attitude. Deze determinant staat voor de ideeën en opvattingen die de mens heeft over een bepaald gedrag. In dit geval het niet naleven van de richtlijnadviezen. Tevens behoren de overwegingen en beleving van de voor- en nadelen van het niet naleven bij attitude. Ook het geloof ten aanzien van de inschatting over de verwachte uitkomsten van het gedrag wordt geschaald onder deze determinant. [33]

Ten tweede wordt de intentie volgens het ASE-model beïnvloed door de sociale norm, oftewel de ideeën, opvattingen en feitelijke gedraging van mensen in de directe leefomgeving. De sociale norm heeft te maken met de manier waarop de naasten van de mens denken over hoe iemand zich moet gedragen. Tevens behoort hierbij de mate waarin iemand zich denkt hieraan te moeten aanpassen. [33]

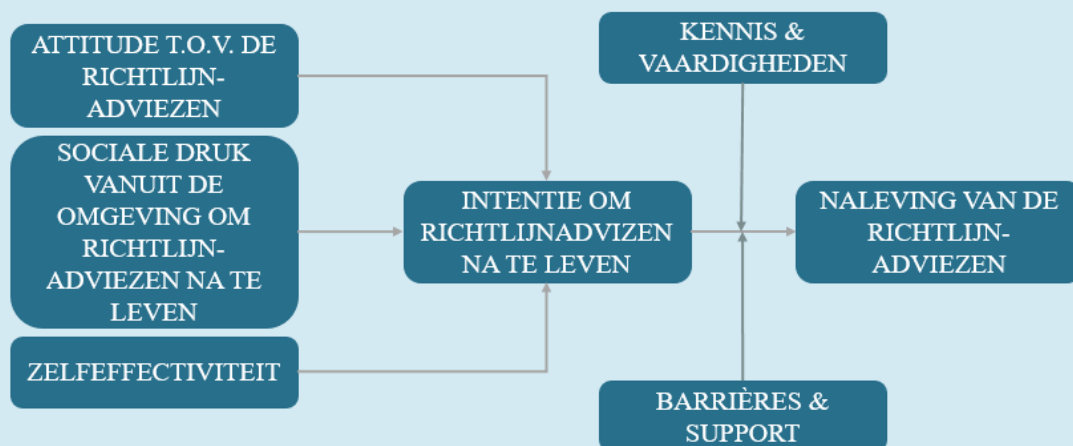
Het gaat er dus om hoe de directe leefomgeving denkt over het niet naleven van de richtlijnadviezen en welke druk zij uitoefenen op de ouders.

Ten derde wordt de intentie volgens het ASE-model beïnvloed door de zelfeffectiviteit. Dit betreft de mate waarin het individu denkt dat zij in staat is om het voorgenomen gedrag uit te kunnen voeren. Relevant bij deze determinant zijn zelfbeeld, faalangst, positieve en negatieve ervaringen en persoonlijke kenmerken [33].

Deze drie concepten zullen de intentie vormen voor een bepaald gedrag. Tevens zijn er in het ASE-model twee andere concepten die invloed hebben op het zichtbare gedrag; barrières en support en kennis en vaardigheden. Beide concepten refereren aan de (on)mogelijkheden die het individu heeft om zijn intentie om te zetten in zichtbaar gedrag. Barrières en support bevatten de externe mogelijkheden en invloeden. Hierbij kan gedacht worden aan een lichamelijke aandoening, als Spina Bifida, waardoor de ouder ervaart de richtlijnadviezen niet te kunnen naleven. Vaardigheden en kennis refereren aan gedragsmogelijkheden en de cognitie van het individu. [34] De ouders kunnen geen of onjuiste kennis bezitten omtrent de slaaphouding en slaapplek van de zuigeling wat kan leiden tot het niet naleven van de richtlijnadviezen.

Het ASE-model is dynamisch en de concepten kunnen veranderen als gevolg van negatieve of positieve ervaringen voortvloeiend uit bepaald gedrag [34]. Het uitvoeren van gedrag kan dus leiden tot veranderingen ten aanzien van de determinanten van dat gedrag [32].

In Figuur 2 worden, specifiek voor de naleving van de richtlijnadviezen, de relaties tussen de attitude, de sociale invloed/norm, de zelfeffectiviteit, de intentie, barrières en support, kennis en vaardigheden en het gedrag schematisch weergegeven.



Figuur 2: Het ASE-model voor de naleving van de richtlijnadviezen ten aanzien van de slaaphouding en slaapplek

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Hierin wordt achtereenvolgens het onderzoeksdesign beschreven, de onderzoekspopulatie, de dataverzameling en de statistische en kwalitatieve analyse. De laatste paragraaf geeft een ethische beschouwing van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek passend bij de onderzoeksvraag is een combinatie van een kwantitatief beschrijvend onderzoek en een kwalitatief verklarend onderzoek. Het in kaart brengen van de mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood is kwantitatief beschrijvend, omdat het gaat om registratie en systematische ordening van wat zich voordoet op een bepaald gebied, in dit geval dus de mate van naleving van de richtlijnadviezen. Hierbij wordt niet gestreefd naar de ontwikkeling van een theorie of het formuleren van een hypothese, maar gaat het puur om het in kaart brengen van de huidige situatie. Het andere deel van het onderzoek, het inzicht verkrijgen in beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen is kwalitatief verklarend, omdat wordt getracht een verklaring te zoeken voor het afwijken van de richtlijnadviezen door ouders. [35]

Doordat het gaat om een combinatie van kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek is er sprake van ‘mixed methods research’. Hierbij kunnen drie verschillende procedures worden gebruikt, namelijk de opeenvolgende procedure, de gelijktijdige procedure en de transformerende procedure. In dit onderzoek is de gelijktijdige procedure gebruikt, waarbij de kwantitatieve data en kwalitatieve data gelijktijdig is verzameld en is geïntegreerd bij de interpretatie van de resultaten [36].

De vorm van onderzoek voor het kwantitatieve deel was een beschrijvende survey. Hiermee wordt de mate waarin de richtlijnadviezen door de steekproefpopulatie wordt nageleefd, achterhaald. De vorm van onderzoek voor het kwalitatieve deel was een kwalitatief verkennend interview. Hierbij gaat het om het ontwikkelen van een verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen bij de ouders, wat betekent dat de beweegredenen van ouders om af te wijken worden onderzocht.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit ouders van zuigelingen jonger dan twaalf maanden oud, wonende in Nederland. Hierbij waren de enige inclusiecriteria dat de zuigeling jonger dan twaalf maanden oud is en de ouders in Nederland wonen. Ouders die de Nederlandse taal niet voldoende beheersten en geen tolk ter beschikking hadden, zijn geëxcludeerd. De vragenlijst moest volledig zijn ingevuld door één van de ouders/verzorgers om te worden geïncludeerd in het onderzoek.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Meetinstrument

Om de benodigde data te verzamelen om de deelvragen te beantwoorden en daarmee uiteindelijk de onderzoeksvraag, is gebruik gemaakt van een vragenlijst en interviews.

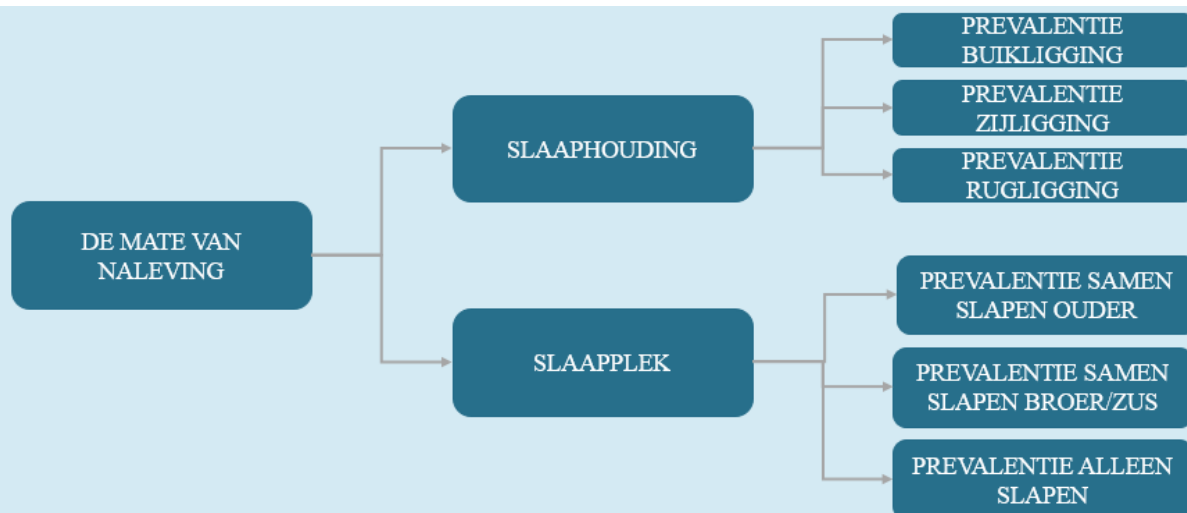
Vragenlijst

De data nodig voor het achterhalen van de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen is verzameld door middel van een online vragenlijst. Deze online vragenlijst was de Peiling Veilig Slapen 2017, die is gehouden om de verzorgingsfactoren van ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud in kaart te brengen.

De vragenlijst bestond uit maximaal 52 vragen, waarvan de meeste vragen meerkeuze dienden te worden beantwoord. In veel gevallen hoefde de respondent minder dan 52 vragen te beantwoorden, omdat er vervolgvragen werden gesteld afhankelijk van de antwoorden die de respondent gaf. Een aantal vragen waren open, hierin werden ouders gevraagd naar redenen van het gedrag. De duur om de vragenlijst in te vullen was ongeveer tien minuten. De vragenlijst werd volledig anoniem ingevuld. Alle vragen waren verplicht om in te vullen. Hierdoor was de verwachting dat er weinig missende waarden zijn. In de vragenlijst werden tien onderwerpen behandeld.

Ten eerste is er gevraagd naar de gegevens van de ouder die de vragenlijst invult. Hierbij is gevraagd naar wie de vragenlijst invult, wat de vier cijfers van hun postcode zijn en onder welke JGZ-organisatie het consultatiebureau valt, die de ouders met hun zuigeling bezoeken. Ten tweede is er gevraagd naar de gegevens van de zuigeling, zoals de geboortedatum, het geslacht en het geboortegewicht. Ten derde is er gevraagd naar de slaaphouding van de afgelopen vier weken. Ten vierde is er gevraagd naar de slaapplek van de afgelopen vier weken. Ten vijfde is er gevraagd naar het fopspeengebruik. Ten zesde is er gevraagd naar het inbakeren. Ten zevende is er gevraagd naar overige verzorgingsfactoren zoals oppas. Ten achtste is gevraagd naar de slaaphouding en slaapplek specifiek voor de afgelopen nacht. Ten negende is gevraagd naar kennis van bepaalde websites en folders over veilig slapen. Ten tiende is gevraagd naar kenmerken van ouders, zoals de herkomst en het opleidingsniveau. In bijlage A is de vragenlijst opgenomen.

Eén van de uitkomsten in het onderzoek is de mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek. Dit is een objectieve uitkomst. Echter is de mate van naleving niet een direct meetbaar begrip. De mate van naleving betreffende de slaaphouding is door middel van de vragenlijst gemeten in de door de ouders gerapporteerde prevalentie van buikligging, prevalentie van zijligging en prevalentie van rugligging. De mate van naleving betreffende de slaapplek is gemeten in de door de ouders gerapporteerde prevalentie van samen slapen met de ouder, prevalentie van samen slapen met broertje/zusje en prevalentie van alleen slapen. Er is voor gekozen om, wat betreft de slaapplek, de focus te leggen op het samen slapen in het ouderlijk bed, omdat dit steeds meer voorkomt en een hoog risico geeft op wiegendood, zoals is genoemd in het theoretisch kader. In Figuur 3 is schematisch de operationalisering van de mate van naleving weergegeven. In de praktijk kan ook een combinatie van deze gegevens voorkomen, zo kan bijvoorbeeld de zuigeling zowel op de buik als op de rug worden neergelegd.



Figuur 3: Operationalisering van het gedrag betreffende de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek

De mate van naleving van de richtlijnadviezen is vergeleken voor twee achtergrondkenmerken van de ouders, namelijk de herkomst en de SES. De herkomst is bepaald aan de hand van de definitie van het Centraal Bureau van Statistiek (CBS): “Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf.” [37] Hierbij weegt het geboorteland van de moeder zwaarder dan het geboorteland van de vader, tenzij de moeder in Nederland is geboren en de vader niet. In zo’n situatie is uitgegaan van het geboorteland van de vader. Bijvoorbeeld in de situatie dat de moeder van de zuigeling is geboren in Nederland, de moeder van de moeder ook, maar de vader van de moeder is geboren in Duitsland, dan is de herkomst van de moeder Duits.

De SES kan worden gemeten aan de hand van drie indicatoren, namelijk het opleidingsniveau, het salaris en het beroep. In de meeste gevallen wordt gebruik gemaakt van het opleidingsniveau. [23] In dit onderzoek is ook hiervan uitgegaan.

Het CBS houdt een standaardindeling aan voor het opleidingsniveau. “Laagopgeleid is iedereen waarvoor de hoogst behaalde opleiding basisonderwijs of vmbo, mbo 1, avo onderbouw is. Middelbaar opgeleid is iedereen waarvoor de hoogst behaalde opleiding havo, vwo, mbo 2, 3, 4 is. Hoogopgeleid is iedereen waarvoor de hoogst behaalde opleiding hbo, wo bachelor, wo masters, doctor is.” [38] Vanuit deze indeling is een vertaling gemaakt naar de SES. Een laag opleidingsniveau duidt op een lage SES; een middelbaar opleidingsniveau duidt op een middelbare SES; een hoog opleidingsniveau duidt op een hoge SES.

Interviews

De data nodig voor het achterhalen van de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen is verzameld door middel van semigestructureerde interviews en de eerder genoemde open vragen in de vragenlijst, waarin is gevraagd naar de beweegredenen voor het gedrag van de ouders. De duur van de interviews was 10-20 minuten.

De semigestructureerde interviews zijn opgesteld aan de hand van de theorie van het geplande gedrag, omschreven in het theoretisch kader. In de interviews zijn vijf onderwerpen behandeld. Ten

eerste welk gedrag de ouder vertoont; het samen slapen in het ouderlijk bed of de zuigeling op de buik of zij leggen. Ten tweede de reden die de ouder zelf aandraagt voor dit gedrag. Ten derde is gevraagd naar de houding van de ouder ten opzichte van de richtlijnadviezen, hier is onder andere gevraagd naar kennis van en geloof in de richtlijnadviezen. Ten vierde is gevraagd naar de sociale norm, hier is onder andere gevraagd naar het gedrag van de omgeving en de druk die de ouder voelt vanuit de omgeving. Ten vijfde is gevraagd naar de middelen en mogelijkheden die de ouder heeft om de richtlijnadviezen na te leven. De leidraad voor het interview is opgenomen in bijlage B.

3.3.2 Procedure

Vragenlijst

Respondenten voor de vragenlijst zijn geworven via consultatiebureaus, die medewerking verleenden aan de peiling veilig slapen, door heel Nederland. Zodoende is het mogelijk om de resultaten van de steekproef te generaliseren naar de hele Nederlandse populatie.

Er zijn in totaal 35 JGZ-organisaties aangeschreven, waarvan zeventien wilden meewerken aan het onderzoek. Bij zestien van deze organisaties zijn flyers uitgedeeld. Deze flyers bevatten de vraag of de ouder wil meewerken aan het onderzoek, de link naar de online vragenlijst en een kortingscode voor vijf euro korting bij Greetz om zo de respons te verhogen. Met de flyer konden de ouders vervolgens thuis, op een tijdstip voor hun geschikt, de vragenlijst online invullen. Bij één organisatie werd de vragenlijst alleen afgenomen op locatie. In de periode van 12 februari tot 30 april werden de flyers uitgedeeld en was het mogelijk om de vragenlijst in te vullen.

Bij tien van de zestien organisaties die flyers uitdeelden was een aantal dagdelen het ook mogelijk ter plekke de vragenlijsten dan wel online, dan wel op papier in te vullen. Hier waren onderzoekers of onderzoeksassistenten aanwezig om ouders actief te benaderen voor deelname aan het onderzoek en eventueel te helpen met het invullen van de vragenlijst. De organisaties waarbij dit gebeurde, zijn geselecteerd aan de hand van de SES, om de groep met een lage SES ook voldoende te includeren in het onderzoek. Wanneer de vragenlijsten op papier werden ingevuld, waren de onderzoekers of onderzoeksassistenten verantwoordelijk om deze vragenlijsten online in te voeren.

Interviews

Respondenten voor de interviews zijn geworven tijdens het afnemen van vragenlijsten op consultatiebureaus. Als door de onderzoeker werd waargenomen dat de ouder afwijkt van de adviezen omtrent slaaphouding en slaapplek, werd door de onderzoeker gevraagd of de ouder wilde meewerken aan een verdiepend gesprek naar de beweegredenen achter de verzorging van hun zuigeling. Toen bleek dat op deze manier niet voldoende respondenten konden worden geïncludeerd, zijn ouders gevraagd of zij in hun omgeving ouders kenden die afwijken van de adviezen omtrent slaaphouding en slaapplek. Daarnaast is het netwerk van de onderzoekers gebruikt om respondenten te werven en is een bericht geplaatst op het forum ‘Ouders van nu’.

De respondenten kregen via de mail een proefpersoneninformatiebrief (PIB) opgestuurd, om de ouder voor te lichten over het doel en de methode van het onderzoek en de verwerking van de resultaten. Deze PIB is opgenomen in bijlage C. Via de mail is een afspraak gemaakt met de ouders voor het interview op een locatie naar de ouders' keuze. De ouders moesten een toestemmingsverklaring ondertekenen voorafgaand aan het interview. Het interview is opgenomen. De opname is gebruikt voor het transcriberen, na het transcriberen is de opname vernietigd. Om het interview anoniem te houden zijn geen persoonlijke gegevens, data of locaties genoteerd tijdens het interview.

3.4 Steekproefgrootte

De gemiddelde respons van een email-survey is 24,8% [39]. Uit onderzoek is gebleken dat de respons van een email-survey vergelijkbaar is met de respons voor een online vragenlijst [40]. Zoals in de procedure is beschreven is de vragenlijst niet alleen online, maar ook ter plekke afgenomen op consultatiebureaus. Daarom was de verwachting dat de respons hoger is dan de gemiddelde online vragenlijst. De respons is geschat op ongeveer 28%. Het was de bedoeling om 2500 respondenten te krijgen voor de vragenlijst. Daarvoor zijn negen duizend flyers uitgedeeld.

Het doel was om interviews te houden tot er sprake was van een zekere saturatie. Saturatie betekent dat er in kwalitatief onderzoek net zolang wordt door gegaan met de dataverzameling, totdat er geen nieuwe informatie meer wordt gevonden [35]. De verwachting was dat ongeveer tien interviews genoeg zouden zijn. Na de afronding van de interviews werden deze getranscribeerd.

3.5 Statistische analyse

De data verkregen uit de vragenlijst is omgezet naar een SPSS bestand. Alle analyses en berekeningen vonden vervolgens plaats in SPSS. Eerst is alle data opgeschoond, deze handeling is verricht door de hoofdonderzoeker van de Peiling Veilig Slapen. Wanneer een respondent op één van de variabelen een ontbrekende waarde had, is die respondent volledig uitgesloten voor de analyse. Dit is gedaan vanuit de verwachting dat er weinig missende waardes zouden zijn, omdat in de vragenlijst alle vragen verplicht waren om in te vullen. Bij alle analyses is een standaard betrouwbaarheidsinterval gebruikt van 95 procent.

Na de opschoning van het bestand is ten eerste de steekproef omschreven. Dit is gedaan aan de hand van verschillende gegevens van de zuigeling; namelijk de leeftijd, het geslacht, het geboortegewicht, de duur van de zwangerschap en de rangorde van de zuigeling in het gezin. Verder werd de herkomst van de ouders, opleidingsniveau van de ouders en het rookgedrag en alcoholgebruik omschreven. Verscheidene variabelen, zoals het geslacht van de zuigeling, het geboortegewicht en de opleidingsniveau van de ouders zijn vergeleken met nationale gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De gegevens ten aanzien van de kenmerken van het kind komen uit 2015. De gegevens ten aanzien van de kenmerken van de ouders komen uit het eerste kwartaal van 2017. Met de chi-kwadraattoets en t-toets, afhankelijk van het aantal variabelen, is onderzocht of de steekproef

representatief was voor de Nederlandse populatie. Een overzicht met alle variabelen en hun mogelijke waarden zijn weergegeven in bijlage D.

Ten tweede werd het gedrag omtrent de slaaphouding en slaapplek beschreven met gebruik van beschrijvende statistiek. Hiermee is de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek achterhaald. De prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding was de prevalentie van rugligging. De prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek was de prevalentie van het niet in het ouderlijk bed slapen.

Bij deze twee prevalenties zijn de betrouwbaarheidsintervallen berekend met behulp van onderstaande formule:

$$p \pm 1,96 \times \sqrt{\frac{p \times (1 - p)}{n}}$$

Hierin is p de steekproefproportie, in dit geval de prevalentie van de rugligging en de prevalentie van het alleen slapen. In de formule is n de totale steekproef.

Bij de prevalenties van de mate van naleving van de richtlijnadviezen omtrent slaaphouding en slaapplek is nog een sub-analyse uitgevoerd, waarbij is gekeken of de prevalenties verschillen voor de leeftijd van de zuigeling. Hierbij zijn vijf leeftijdscategorieën genomen, gebaseerd op de leeftijdscategorieën die zijn gebruikt in Peiling Veilig Slapen 2011. Deze zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1: Leeftijdscategorieën

Categorie	Leeftijd
1	0-2 maanden
2	3-4 maanden
3	5-6 maanden
4	7-8 maanden
5	9-12 maanden

Ook is gekeken of de prevalenties van de mate van naleving van de richtlijnadviezen omtrent slaaphouding en slaapplek verschillen voor het opleidingsniveau van de moeder. Er was hierbij sprake van een afhankelijke variabele, namelijk wel rugligging/niet rugligging en wel alleen slapen/niet alleen slapen. Daarnaast was er sprake van een onafhankelijke variabele, namelijk het opleidingsniveau met drie categorieën; een laag opleidingsniveau, een middelbaar opleidingsniveau en een hoog opleidingsniveau. De variabelen zijn categorisch en zijn gemeten in proporties. Daarom werden de verschillen in de prevalenties voor het opleidingsniveau verder geanalyseerd met de chi-kwadraattoets.

Als laatste is gekeken of de prevalenties van de mate van naleving van de richtlijnadviezen omtrent slaaphouding en slaapplek verschillen voor de herkomst van de moeder. Dit is eveneens gebeurd met een chi-kwadraattoets, omdat hier ook sprake was van een afhankelijke variabele en een onafhankelijke variabele, die categorisch zijn en zijn gemeten in proporties.

3.6 Kwalitatieve analyse

Voor de analyse van de interviews is de gefundeerde theoriebenadering [35] gebruikt. Dit is een veelgebruikte methode die is ontwikkeld door Glaser en Straus. Deze methode bestaat uit vijf stappen. Stap één is het ordenen van gegevens. Hierbij is gekeken wat bij elkaar hoort, waarbij de interviews zijn opgedeeld in fragmenten, ook wel informatie-eenheden genoemd. Vervolgens is in stap twee gekeken naar de relevantie van de verschillende informatie-eenheden. Informatie-eenheden die niet relevant zijn, zijn in het document doorgestreept. Deze zijn niet verwijderd, omdat later toch kon blijken dat ze relevant zijn. In stap drie zijn alle relevante informatie-eenheden open gecodeerd. Hierbij zijn de informatie-eenheden gelabeld, waarbij het label het fragment samenvat en er zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst is gebleven. Er mocht nog niet teveel interpretatie plaatsvinden. Toen alle informatie-eenheden waren gecodeerd, zijn alle gelijke labels samengevoegd, waarbij is genoteerd hoe vaak het label voorkomt. In stap vier zijn de labels onderverdeeld in categorieën, dit heet het axiaal coderen. In stap vijf is gezocht naar centrale begrippen waar de categorieën konden worden ondergeschaald. Hierbij is geprobeerd een hoger abstractieniveau te bereiken, dit heet het selectief coderen.

Bij de gefundeerde theoriebenadering worden de interviews in verschillende rondes geanalyseerd. Eerst worden een aantal interviews gehouden. De data die dit oplevert wordt geanalyseerd volgens de eerder beschreven vijf stappen. Dit levert een idee op van de beweegredenen die ouders hebben om af te wijken van de richtlijnadviezen. Met dit idee worden opnieuw interviews gehouden, waarna deze weer worden geanalyseerd aan de hand van de vijf stappen, maar wel gebruikmakend van de informatie uit de eerste analyse. Dit proces wordt herhaald totdat zich geen nieuwe informatie meer aandient of nieuwe inzichten worden verworven. Op dat moment is het saturatiepunt bereikt.

Voor het analyseren van de kwalitatieve data uit de vragenlijst, de redenen die ouders daar noemen voor het afwijken van de richtlijnadviezen, zijn ook de vijf stappen van de gefundeerde theoriebenadering gebruikt. Echter heeft hierbij geen herhaling van de stappen plaatsgevonden, omdat de data in één keer werd verzameld.

3.7 Ethische beschouwing

Aangezien er sprake is van deelname van respondenten in dit onderzoek spelen ethische overwegingen een rol. Het onderzoek moest daarom voldoen aan de beginselen zoals vermeld in de Verklaring van Helsinki. Dit betekent dat de onderzoeker handelt vanuit het belang van de respondent. Verder staat in de Verklaring van Helsinki beschreven dat de klinische relevantie van het onderzoek groter moet zijn dan de risico's en belasting voor de deelnemers [41].

Deelname aan zowel de vragenlijst als het interview waren volkomen vrijwillig en de respondent kon te allen tijde stoppen. Voor de respondent waren er geen consequenties verbonden aan het wel of niet deelnemen aan het onderzoek. Voor deelname is de respondent voorgelicht over het doel, de methode en verwerking van de resultaten van het onderzoek. Bij de vragenlijst werd dit gedaan door middel van de flyer. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een PIB met informed consent. Dit is een essentieel onderdeel van ethisch correct gedrag [42]. De belasting van de respondent in het

onderzoek is minimaal geweest. Er waren geen risico's verbonden aan deelname aan het onderzoek en de respondent hoefde geen lange afstanden te reizen. De enige belasting die de respondent heeft ervaren is de tijd die het invullen van de vragenlijst en het geven van het interview heeft gekost. Om deze redenen is geen proefpersonenverzekering afgesloten en krijgt de respondent geen vergoeding, met uitzondering van de vijf euro korting bij Greetz.

De Wet bescherming persoonsgegevens is in acht genomen tijdens het onderzoek. Deze wet beschrijft alle rechten van de deelnemers en plichten van de onderzoekers [43]. De data verzameld door zowel de vragenlijsten als de interviews zijn anoniem verwerkt. Dit betekent dat de gegevens niet zijn te herleiden naar de respondent. De opname van het interview zal uitsluitend voor de analyse worden gebruikt en daarna worden vernietigd. Wanneer de informatie met derden wordt gedeeld zal dit volledig anoniem gebeuren.

Het onderzoek is van belang doordat aan de hand van de prevalentie van de mate van naleving kan worden gekeken waar meer preventie moet worden ingezet. Door het achterhalen van de beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnadviezen kan worden bekeken hoe preventie beter kan worden ingezet. Zo kunnen voorlichtingscampagnes beter aansluiten bij de doelgroep en een effectievere werking hebben. Dit kan het gewenste gedrag van ouders bevorderen en leiden tot het terugdringen van de risicofactoren ten aanzien van wiegendood. Zo kan het incidentiecijfer van wiegendood stabiel blijven of zelfs nog verder dalen.

Er kan worden geconcludeerd dat het belang van de respondent in acht is genomen en dat de klinische relevantie zwaarder weegt dan de belasting van de respondent. De ethische commissie van de 'faculteit Behavioural, Management and Social Sciences' van de Universiteit Twente heeft dan ook toestemming verleend voor dit onderzoek (Aanvraagnummer: 17207).

4. Kwantitatieve resultaten

In dit hoofdstuk worden de kwantitatieve resultaten beschreven, voortkomend uit het vragenlijstonderzoek. Allereerst zal de respons worden weergegeven, vervolgens zal een beschrijving worden gegeven van de steekproef aan de hand van verschillende achtergrondkenmerken van de zuigeling en de ouders. Daarna zal het gedrag omtrent de slaaphouding en slaapplek worden omschreven waaruit de prevalentie van de mate van naleving is berekend. Ten slotte zal worden gekeken of de prevalentie verschilt voor de leeftijd van de zuigeling, de herkomst van de moeder en het opleidingsniveau van de moeder.

4.1 Respons

Er zijn 35 organisaties aangeschreven, hiervan wilden zeventien organisaties (48,6 %) meewerken aan het onderzoek. Er zijn op 139 consultatiebureaulocaties, behorende bij deze zeventien organisaties, flyers uitgedeeld. Daarnaast zijn op 21 locaties binnen elf JGZ-organisaties vragenlijsten afgenomen, waaronder twee locaties van CJG Den Haag, die niet meededen aan het uitreiken van flyers.

Op de locaties waar vragenlijsten zijn afgenomen, zijn 455 respondenten benaderd, waarvan 309 wilden meewerken (67,9%). In totaal zijn er in de periode van 12 februari tot 30 april 2017 965 (10,7%) vragenlijsten volledig ingevuld. Hiervan waren er 36 deelnemers met een zuigeling ouder dan één jaar. De vragenlijst is negen keer ingevuld door een oma, opa, nicht of gastouder. Deze respondenten zijn geëxcludeerd. Hierna bleven 920 vragenlijsten over waarvan de data kon worden geanalyseerd.

4.2 Steekproefomschrijving

In deze paragraaf wordt de steekproef beschreven. Dit zal worden gedaan aan de hand van de leeftijd van de zuigeling, het geslacht van de zuigeling, het geboortegewicht van de zuigeling, de duur van de zwangerschap, de rangorde van de zuigeling in het gezin, het opleidingsniveau van de ouders, de herkomst van de moeder en de herkomst van de vader en het rook- en drinkgedrag van de ouders. In Tabel 2 worden deze kenmerken weergegeven en waar mogelijk vergeleken met de Nederlandse populatie.

Leeftijd zuigeling

De gemiddelde leeftijd van de zuigeling in de steekproef is vijf maanden (SD = 3,3, range 0-11). De gemiddelde leeftijd van de zuigeling in dagen is 165 (SD = 100,8, range 4-364). In Tabel 2 wordt de verdeling van de steekproef in de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven.

Geslacht zuigeling

Het geslacht van de zuigelingen in de steekproef is ongeveer gelijk verdeeld, 50,1% was jongen, 49,9% meisje. Deze verdeling is vergeleken met de Nederlandse populatie in 2015 [44]. Hierin is te zien dat de verdeling van jongens en meisjes in de steekproef goed overeenkomt met de verdeling van jongens en meisjes in de Nederlands populatie, het verschil is niet significant (chi-kwadraat 0,058; Z-waarde=3,841).

Geboortegewicht zuigeling

Het gemiddelde geboortegewicht van de zuigeling in de steekproef was 3495 gram (SD=550, range 975-6570). Het gemiddelde geboortegewicht in de Nederlandse populatie in de periode 2011 tot 2013 was 3467 (SD=13) gram [45]. Het gemiddelde geboortegewicht in de steekproef lijkt hiermee vergelijkbaar te zijn. Echter blijkt dat het kleine verschil wel significant is, wanneer de t-toets wordt berekend ($T=32,188$; $T\text{-waarde}=1,960$)

Duur zwangerschap

De duur van de zwangerschap is verdeeld in drie categorieën, namelijk ‘minder dan 32 weken’, ‘32-37 weken’ en ‘meer dan 37 weken’. Bij 92,3% van de vrouwen in de steekproef duurde de zwangerschap meer dan 37 weken.

Rangorde zuigeling

De verdeling van de zuigelingen naar de rangorde van de bevalling van de moeder is vergeleken met de Nederlandse populatie in 2015 [46]. Hierin is te zien dat de verdeling naar de rangorde van de zuigeling in de steekproef verschilt van de verdeling in de Nederlandse populatie. De moeders met een eerste zuigeling lijkt oververtegenwoordigd te zijn in de steekproef. Echter blijkt dat deze verschillen niet significant zijn, wanneer de chi-kwadraat wordt berekend (chi-kwadraat 4,3; $Z\text{-waarde}=5,991$).

Opleidingsniveau ouders

De verdeling van het opleidingsniveau van de vader en moeder in de steekproef is vergeleken met de Nederlandse populatie van 25-45 jaar oud in het eerste kwartaal van 2017 [47]. De verdeling naar opleidingsniveau lijkt aardig overeen te komen met de verdeling in de Nederlandse populatie, zowel voor de mannen als de vrouwen. Wanneer de chi-kwadraat wordt berekend, blijkt dit ook te kloppen (opleidingsniveau mannen: chi-kwadraat 2,7; $Z\text{-waarde}=5,991$; opleidingsniveau vrouwen: chi-kwadraat 3,6; $Z\text{-waarde}=5,991$). Er bestaan geen significante verschillen tussen de steekproef en de Nederlandse populatie in opleidingsniveau.

Herkomst ouders

De verdeling in de steekproef naar de herkomst van de ouders is vergeleken met de Nederlandse populatie van 25-45 jaar oud in het eerste kwartaal van 2017 [48]. De Nederlandse bevolking lijkt oververtegenwoordigd te zijn in de steekproef, terwijl de groep met een migratieachtergrond is ondervertegenwoordigd. Dit geldt zowel voor de vader, als voor de moeder. De steekproef bestaat voor 15,1 % uit vrouwen met een migratieachtergrond, terwijl de Nederlandse populatie voor 29,4 % uit vrouwen met een migratieachtergrond bestaat (hierbij zijn de vrouwen waarvan de herkomst onbekend is, niet meegerekend). De steekproef bestaat voor 15,6 % uit mannen met een migratieachtergrond, terwijl de Nederlandse populatie uit 25,5 % mannen met een migratieachtergrond bestaat (hierbij zijn de mannen waarvan de herkomst onbekend is, niet meegerekend). Wanneer de chi-kwadraat wordt berekend voor de verschillende groepen in herkomst blijkt er geen significant verschil te zijn (Herkomst mannen: chi-kwadraat 5,9; $Z\text{-waarde}=12,592$; Herkomst vrouwen: chi-kwadraat 10,6; $Z\text{-$

waarde=12,592). Echter is er wel een significant verschil in de verdeling naar Nederlandse herkomst en de groep met een migratieachtergrond, voor zowel de mannen als de vrouwen. Voor de mannen kan met 95% zekerheid worden gezegd dat de steekproef verschilt van de Nederlandse populatie in de groep met een migratieachtergrond. Voor de vrouwen is dit zelfs voor 99% zeker. (Mannen: chi-kwadraat 5,2; Z-waarde=3,841; Vrouwen: chi-kwadraat 10,6; Z-waarde=3,841)

Rookgedrag en drinkgedrag ouders

De vaders lijken aanzienlijk meer te roken dan de moeders, respectievelijk 21,1% en 7,4%. Het aantal glazen alcohol dat wordt weergegeven, zijn het aantal glazen alcohol die de ouders in de steekproef hebben genuttigd de avond voor het invullen van de vragenlijst. De vaders lijken eveneens meer alcohol te drinken dan de moeders. Van de vaders heeft 72,5% de avond voor het invullen nul glazen alcohol gedronken, bij de moeders was dit percentage 91,6%.

Tabel 2: Steekproefbeschrijving naar verschillende achtergrondkenmerken van ouders en zuigeling, waarbij voor een aantal variabelen de Peiling Veilig Slapen is vergeleken met de Nederlandse populatie

Variabele	Mogelijke waarden	STEEKPROEF PEILING VEILIG SLAPEN 2017 (n=920)		NEDERLANDSE POPULATIE	
		Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Leeftijd zuigeling	0-2 maanden	283	30,8%	-	-
	3-4 maanden	194	21,2%	-	-
	5-6 maanden	157	17,1%	-	-
	7-8 maanden	86	9,3%	-	-
	9-12 maanden	200	21,7%	-	-
Geslacht zuigeling	Jongen	461	50,1%	87.427	51,3%
	Meisje	459	49,9%	83.083	48,7%
Geboortegewicht	0 - ∞ gram	3495 gram		3467 gram	
Duur zwangerschap	Minder dan 32 weken	5	0,5%	-	-
	32-37 weken	66	7,2%	-	-
	Meer dan 37 weken	849	92,3%	-	-
Rangorde	1e zuigeling	511	55,5%	77.666	45,5%
	2e zuigeling	292	31,7%	62.811	36,8%
	3e zuigeling of hoger	117	12,7%	30.033	17,6%
Opleidingsniveau mannen	Laag	167	18,2%	357.000	17,4%
	Middelbaar	300	32,6%	863.000	42,1%
	Hoog	413	44,9%	829.000	40,5%
	Onbekend	10	1,1%	-	-
	Missende waarden	30	3,3%	-	-
Opleidingsniveau vrouwen	Laag	140	15,2%	281.000	13,7%
	Middelbaar	270	29,3%	805.000	39,1%
	Hoog	497	54,0%	972.000	47,2%
	Onbekend	6	0,7%	-	-
	Missende waarden	7	0,8%	-	-
Herkomst mannen	(Voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba	11	1,2%	23.000	1,1%
	Suriname	14	1,5%	45.000	2,2%
	Marokko	10	1,1%	50.000	2,4%

	<i>Turkije</i>	16	1,7%	65.000	3,1%
	<i>Nederland</i>	772	83,9%	1.551.000	74,4%
	<i>Anders</i>	92	10,0%	348.000	16,7%
	<i>Onbekend</i>	5	0,5%	4.000	0,2%
Herkomst vrouwen	<i>(Voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba</i>	4	0,4%	25.000	1,2%
	<i>Suriname</i>	12	1,3%	55.000	2,6%
	<i>Marokko</i>	11	1,2%	67.000	3,2%
	<i>Turkije</i>	12	1,3%	76.000	3,6%
	<i>Nederland</i>	781	84,9%	1.467.000	70,3%
	<i>Anders</i>	100	10,9%	392.000	18,8%
	<i>Onbekend</i>	-	-	6.000	0,3%
Rookgedrag mannen	<i>Ja</i>	194	21,1%	-	-
	<i>Nee</i>	696	75,7%	-	-
	<i>Onbekend</i>	1	0,1%	-	-
	<i>Missende waarden</i>	29	3,2%	-	-
Rookgedrag vrouwen	<i>Ja</i>	68	7,4%	-	-
	<i>Nee</i>	848	92,2%	-	-
	<i>Onbekend</i>	-	-	-	-
	<i>Missende waarden</i>	4	0,4%	-	-
Alcohol gebruik vader	<i>0 glazen</i>	667	72,5%	-	-
	<i>1-2 glazen</i>	167	18,2%	-	-
	<i>3-5 glazen</i>	34	3,7%	-	-
	<i>6 of meer glazen</i>	7	0,8%	-	-
	<i>Onbekend</i>	7	0,8%	-	-
	<i>Missende waarden</i>	-	-	-	-
Alcohol gebruik moeder	<i>0 glazen</i>	843	91,6%	-	-
	<i>1-2 glazen</i>	57	6,2%	-	-
	<i>3-5 glazen</i>	8	0,9%	-	-
	<i>6 of meer glazen</i>	-	-	-	-
	<i>Onbekend</i>	-	-	-	-
	<i>Missende waarden</i>	12	1,3%	-	-

4.3 Gedrag

In deze paragraaf wordt het gedrag omtrent de slaaphouding en slaapplek in de steekproef beschreven, hieruit volgend wordt de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen bepaald met bijbehorend betrouwbaarheidsinterval. In Tabel 3 wordt weergegeven in welke houding de zuigelingen in de steekproef gewoonlijk te slapen werden gelegd in de vier weken voor het invullen van de vragenlijst. Daarnaast wordt weergegeven of de zuigelingen in de steekproef wel of niet gewoonlijk te slapen worden gelegd in het ouderlijk bed.

Ongeveer driekwart van de ouders legt hun zuigeling gewoonlijk op de rug in bed en volgt hiermee op wat de richtlijnen adviseren. Dit is de mate van naleving van de richtlijnadviezen. Elke andere vorm van slaaphouding of combinatie van verschillende houdingen valt onder het niet naleven van de richtlijnadviezen.

Hieruit volgt dat de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding 74,8% (95%-BI: 72,0% tot 77,6%) is. Dit betekent dat met 95% zekerheid kan worden vastgesteld dat de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding tussen de 72,0% en de 77,6% ligt.

Van de ouders in de steekproef slapen 95,9% niet samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed. Wanneer de zuigeling niet in het ouderlijk bed slaapt, wordt de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek nageleefd. Hieruit volgt dat de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek 95,9% (95%-BI: 94,6% tot 96,9%) is.

Tabel 3: Mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek in de steekproef

Variabele	Mogelijke waarden	Aantal	Percentage (n=920)
Slaaphouding	Op de rug	688	74,8%
	Op de zij	26	2,8%
	Op de buik	62	6,7%
	Wisselend op de rug en de zij	81	8,8%
	Wisselend op de rug en de buik	25	2,7%
	Wisselend op de zij en de buik	12	1,3%
	Wisselend op de rug, de buik en de zij	26	2,8%
Slaapplek	Wel in ouderlijk bed	38	4,1%
	Niet in ouderlijk bed	882	95,9%

4.4 Vergelijking naar achtergrond kenmerken

In deze paragraaf wordt de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek in de steekproef vergeleken voor de leeftijd van de zuigeling, het opleidingsniveau van de moeder en de herkomst van de moeder. Dit is weergegeven in Tabel 4.

4.4.1 Slaaphouding

Leeftijd van de zuigeling

Het verschil in de prevalentie van de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding tussen de leeftijdscategorieën is significant (chi-kwadraat 10,9; $p=0,028$). De prevalentie van de mate van naleving laat de eerste maanden een stijging zien, waarna het weer daalt. De mate van naleving verbetert tot ongeveer 5-6 maanden. Daarna daalt de prevalentie weer.

Opleidingsniveau moeder

Er is te zien dat er een stijging is in de mate van naleving naarmate het opleidingsniveau van de moeder toeneemt. Van de laagopgeleide moeders leeft 71,4% de richtlijnadviezen na; van de middelbaaropgeleide moeders 73,0%; van de hoogopgeleide moeders 77,1%. Echter zijn de verschillen tussen de opleidingsniveaus niet significant (chi-kwadraat 2,9; $p=0,409$).

Herkomst moeder

Moeders met een Nederlandse herkomst of van de Nederlandse Antillen of Aruba leven de richtlijnadviezen het beste na, respectievelijk 76,3% en 75,0%. Moeders met een Turkse afkomst of een

andere afkomst volgen daarna in het naleven, respectievelijk 66,7% en 68,0%. Bij Surinaamse en Marokkaanse moeders is de mate van naleving het minst, respectievelijk 58,3% en 54,5%. Echter zijn de verschillen in mate van naleving naar herkomst niet significant (chi-kwadraat 7,9; $p=0,16$).

Wanneer de groepen met een migratiachtergrond worden samengenomen tot één groep en deze vervolgens wordt vergeleken met de moeders met een Nederlandse herkomst, blijkt er wel een verschil te zijn, respectievelijk 66,2% en 76,3%. Dit verschil is significant (chi-kwadraat 6,4; $p=0,011$)

4.4.2 Slaapplek

Leeftijd van de zuigeling

Er is geen bijzondere stijging of daling te zien in de prevalentie van het wel en niet naleven van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek naar de leeftijd van de zuigeling. De verschillen in prevalentie tussen de leeftijdscategorieën zijn niet significant (chi-kwadraat 1,6; $p=0,799$).

Opleidingsniveau moeder

Er lijkt een minimaal verschil te zijn in de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek naar het opleidingsniveau van de moeder. De moeders met een hoog opleidingsniveau leven de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek beter na, 96,2%, dan de moeders met een laag en middelbaar opleidingsniveau, respectievelijk 95,7% en 95,6%. Echter zijn deze verschillen niet significant (chi-kwadraat 0,4; $p=0,93$).

Herkomst moeder

Er lijken verschillen te zijn in de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek naar de herkomst van de moeder. Moeders van de Nederlandse Antillen, Aruba of Suriname leven de richtlijnadviezen het beste na, allen 100%. De Marokkaanse en Turkse moeders leven de richtlijnadviezen het minst goed na, samen met de moeders met een andere herkomst, respectievelijk 90,9%, 91,7% en 91,0%. De Nederlandse moeders zitten er tussen in met een mate van naleving van 95,5%. Echter zijn de verschillen niet groot genoeg om significant te zijn (chi-kwadraat 8,8; $p=0,118$).

Wanneer de groepen met een migratiachtergrond worden samengenomen tot één groep en deze vervolgens wordt vergeleken met de moeders met een Nederlandse herkomst, blijkt dat moeders met een Nederlandse herkomst volgzamer zijn als het gaat om de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek, respectievelijk 92,1% en 96,5%. Dit verschil is wel significant (chi-kwadraat 5,9; $p=0,015$)

Tabel 4: Mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek naar de leeftijd van de zuigeling en het opleidingsniveau en de herkomst van de moeder.

Variabele	Mogelijke waarden		Wel naleven richtlijnadviezen met betrekking tot slaaphouding	Niet naleven richtlijnadviezen met betrekking tot slaaphouding	Wel naleven richtlijnadviezen met betrekking tot slaapplek	Niet naleven richtlijnadviezen met betrekking tot slaapplek
Leeftijd zuigeling	0-2 maanden	Aantal	205	78	271	12
		Percentage (n=283)	72,4%	27,6%	95,8%	4,2%
	3-4 maanden	Aantal	145	49	184	10
		Percentage (n=194)	74,7%	25,3%	94,8%	5,2%
	5-6 maanden	Aantal	131	26	152	5
		Percentage (n=167)	83,4%	16,6%	96,8%	3,2%
	7-8 maanden	Aantal	68	18	84	2
		Percentage (n=86)	79,1%	20,9%	97,7%	2,3%
	9-12 maanden	Aantal	139	61	191	9
		Percentage (n=200)	69,5%	30,5%	95,5%	4,5%
Opleidings-niveau moeder	Laag	Aantal	100	40	134	6
		Percentage (n=140)	71,4%	28,6%	95,7%	4,3%
	Middelbaar	Aantal	197	73	258	12
		Percentage (n=270)	73,0%	27,0%	95,6%	4,4%
	Hoog	Aantal	383	114	478	19
		Percentage (n=497)	77,1%	22,9%	96,2%	3,8%
	Onbekend	Aantal	4	2	6	0
		Percentage (n=6)	66,7%	33,3%	100,0%	0,0%
Herkomst moeder	(Voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba	Aantal	3	1	4	0
		Percentage (n=4)	75,0%	25,0%	100,0%	0,0%
	Suriname	Aantal	7	5	12	0
		Percentage (n=12)	58,3%	41,7%	100,0%	0,0%
	Marokko	Aantal	6	5	10	1
		Percentage (n=11)	54,5%	45,5%	90,9%	9,1%
	Turkije	Aantal	8	4	11	1
		Percentage (n=12)	66,7%	33,3%	91,7%	8,3%
	Nederland	Aantal	596	185	754	27
		Percentage (n=781)	76,3%	23,7%	96,5%	3,5%
	Anders	Aantal	68	32	91	9
		Percentage (n=100)	68,0%	32,0%	91,0%	9,0%
	Migratie-achtergrond	Aantal	92	47	128	11
		Percentage (n=139)	66,2%	33,8%	92,1%	7,9%

5. Kwalitatieve resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven uit de kwalitatieve analyse. Dit is de analyse van de interviews en de open tekstvakken in de vragenlijst. Ten eerste zullen de resultaten uit de interviews en de vragenlijst worden weergegeven voor de slaaphouding, vervolgens worden de resultaten uit de interviews en de vragenlijst weergegeven voor de slaapplek. De getranscribeerde en gecodeerde interviews en de gecodeerde beweegredenen voortkomend uit de open tekstvakken in de vragenlijst zijn op te vragen bij de onderzoekers.

5.1 Beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen m.b.t. de slaaphouding

Voor het gedrag ten aanzien van buikligging zijn drie interviews afgenomen. Eén van deze respondenten is geworven via de vragenlijst, de tweede via het netwerk van de onderzoekers en de derde via het forum. De gemiddelde duur van de interviews was elf minuten en 35 seconden. Daarnaast is in de vragenlijst 232 keer het open tekstvak ingevuld voor de reden om af te wijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding. Hieruit zijn 218 redenen geïnccludeerd. Veertien open tekstvakken waren niet ingevuld met een reden voor het gedrag en zijn daarom niet geïnccludeerd.

Eerst zullen de resultaten van de interviews worden besproken en vervolgens de resultaten uit de vragenlijst. Daarna wordt het ASE-model ingevuld met de redenen voortkomend uit de interviews en de vragenlijsten.

5.1.1 Interviews

Kenmerken

Twee respondenten zijn woonachtig in Apeldoorn en de andere respondent is wonende in Dronten. De leeftijd en het geslacht van de zuigelingen, het opleidingsniveau en de herkomst van de ouders is weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5: Kenmerken van de zuigelingen en ouders van de interviews gehouden om de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding te achterhalen.

# zuigeling	Leeftijd zuigeling	Rangorde kind	Geslacht zuigeling	Opleidingsniveau vader	Opleidingsniveau moeder	Herkomst vader	Herkomst moeder
Zuigeling 2	8 maanden	Eerste kind	Jongen	Onbekend	HBO	Nederlands	Nederlands
Zuigeling 3	3 maanden	Derde kind	Jongen	HBO	HBO	Nederlands	Nederlands
Zuigeling 6	10 maanden	Eerste kind	Jongen	MBO	HBO	Nederlands	Nederlands

Gedrag

Ouders van zuigeling 2 (acht maanden oud) leggen de zuigeling op de buik te slapen. De zuigeling was erg onrustig toen hij op zijn rug te slapen werd gelegd. De ouders hebben toen geprobeerd om de zuigeling op de buik in slaap te laten vallen. Dit had een positieve invloed op de zuigeling. Vervolgens hebben de ouders een aerosleep aangeschaft om het slapen zo veilig mogelijk te maken voor de zuigeling. Ook wordt er gebruik gemaakt van een camera om de zuigeling in de gaten te houden. Ten tijde van het interview was de zuigeling in staat om zijn hoofd te draaien en reageerde hij op prikkels, bijvoorbeeld als zijn gezicht tegen een kussen komt. Als de zuigeling op zijn rug wordt gelegd, draait de zuigeling zelf naar de buik. Af en toe draait de zuigeling op zijn zij.

De ouders van zuigeling 3 (drie maanden oud) leggen de zuigeling op de buik, zij en rug te slapen. De zuigeling wordt in een bepaalde positie gelegd afhankelijk van de positie waarin hij het grootste gedeelte van de dag heeft gelegen. De ouders leggen de zuigeling meestal op zijn zij en dan draait de zuigeling zelf op de rug. Nadat de zuigeling de fles heeft gekregen, wordt het op zijn buik gelegd vanwege het eventueel teruggeven van voeding. De ouder heeft een voorkeur om de zuigeling op zijn zij te leggen in plaats van op de buik, omdat de zuigeling af en toe met zijn hoofd in een kussen ligt. Als de zuigeling op de zij wordt gelegd, wordt er gebruik gemaakt van opgerolde deken om hem in de juiste positie te houden. Tevens wordt er gebruik gemaakt van een aerosleep. De ouders gaan frequent polshoogte nemen bij de zuigeling.

De ouders van zuigeling 6 (tien maanden oud) leggen hun zuigeling op de buik te slapen, sinds de eerste week na thuiskomst uit het ziekenhuis na de bevalling. Na een paar weken zijn ze begonnen met inbakeren, in die tijd werd hij wel op de rug gelegd. Na vierehalve maand kon hij rollen, toen zijn ze gestopt met inbakeren en legden ze hem weer op zijn buik neer. De ouders maken gebruik van aerosleep om het matras, omdat het de ouders een veiliger gevoel geeft. De eerste vijf maanden stond het wiegje op de ouderslaapkamer, daarna is die verplaatst naar een eigen kamer. Wanneer de zuigeling wel op de rug wordt gelegd, draait hij zelfstandig naar de buik.

Beweegredenen

Uit de drie interviews kwamen acht redenen om af te wijken van de richtlijnadviezen. Deze acht redenen zijn in Tabel 6 weergegeven met het aantal keer dat het als reden wordt aangedragen.

Tabel 6: Beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding voortkomend uit de interviews.

Beweegreden en om de zuigeling op de buik of zij te leggen	Aantal keer genoemd
Beter slapen zuigeling	2
Voorkeurshouding van de zuigeling	2
Angst voor reflux met als gevolg verstikking	2
Angst voor afgeplat hoofd	1
Anders niet slapen zuigeling	1
Beter slapen ouder	1
Lichamelijke aandoening	1
Advies zorgverlener	1

Attitude

De ouders van de drie zuigelingen laten zich niet beïnvloeden door de mogelijke gevolgen van buikligging tijdens het slapen. Ze vinden het belangrijk om te kijken naar wat voor de zuigeling het prettigst is. De ouders van zuigeling 2 en zuigeling 6 gaven aan zelf te bepalen of een richtlijnadvies waardevol en van toepassing is. De ouders van zuigeling 6 gaan hierbij af op hun intuïtie. De ouders van zuigeling 3 schatten het risico op mogelijke gevolgen van buikligging minder hoog in dan de richtlijnadviezen weergeven.

Sociale norm/omgeving

De ouders van de drie zuigelingen bespreken de slaaphouding van de zuigeling met hun omgeving. De ouders van zuigeling 2 laten zich niet beïnvloeden door de mening van anderen. De mening over de verzorging van de zuigeling verschilt in hun omgeving. Jongere mensen zijn het meestal eens met hun plan van aanpak in tegenstelling tot oudere mensen. De ouders van zuigeling 3 laten zich nu minder beïnvloeden door de mening van anderen dan bij hun eerste zuigeling. Dit geldt ook voor de invloed van de richtlijnadviezen, bij hun eerste zuigeling waren de ouders gevoeliger voor richtlijnadviezen dan bij hun derde zuigeling. De mening van de omgeving van de ouders van zuigeling 6 verschilt eveneens. Een deel geeft bevestiging waardoor het besluit om de zuigeling op de buik te leggen wordt vergemakkelijkt. Een ander deel keurt het juist af, toen de zuigeling jonger was had dit meer invloed op de ouders dan nu de zuigeling wat ouder is, doordat de ouders bevestiging kregen dat het op de buik leggen werkte.

Zelfeffectiviteit

De ouders van zuigeling 3 hebben tevens hun eerste twee zuigelingen afwisselend op de rug, zij en buik gelegd. Hiermee hebben ze een positieve ervaring, waardoor ze dit nu ook bij hun derde zuigeling doen.

Kennis

De ouders van de drie zuigelingen zijn zich bewust van de mogelijke gevolgen van de zuigeling te slapen leggen op de buik. Tevens kennen zij de richtlijnadviezen veilig slapen. De ouders van zuigeling 2 hebben de informatie ingewonnen via het internet en zijn zo in aanraking gekomen met de richtlijnadviezen veilig slapen. Ouders van zuigeling 6 kennen de richtlijnadviezen door de kraamverzorgster.

Barrières en support

De ouders van zuigeling 3 ervaren dat de zuigeling de uitvoering van wat de richtlijnadviezen voorschrijft niet prettig vindt en zien dit als een beperking voor het naleven van de richtlijnadviezen. De ouders van zuigeling 6 ervaren de lichamelijke aandoening van hun zuigeling als een barrière voor rugligging.

5.1.2 Vragenlijsten

De achtergrondkenmerken van de ouders in de steekproef die hun zuigeling op de buik of zij leggen zijn terug te vinden in hoofdstuk 4 paragraaf 4.4. De gedragskenmerken zijn terug te vinden in Tabel 4 in paragraaf 4.3.

Beweegredenen

Uit de vragenlijsten kwamen 22 verschillende redenen om de richtlijnadviezen niet na te leven. Voorkeurshouding en beter slapen van de zuigeling waren de voornaamste redenen om ervoor te kiezen de zuigeling niet op de rug te laten slapen, respectievelijk 74 en 55 keer werd dit als reden genoemd. Daarnaast waren het anders niet willen slapen, de aanwezigheid van reflux en angst voor een afgeplat

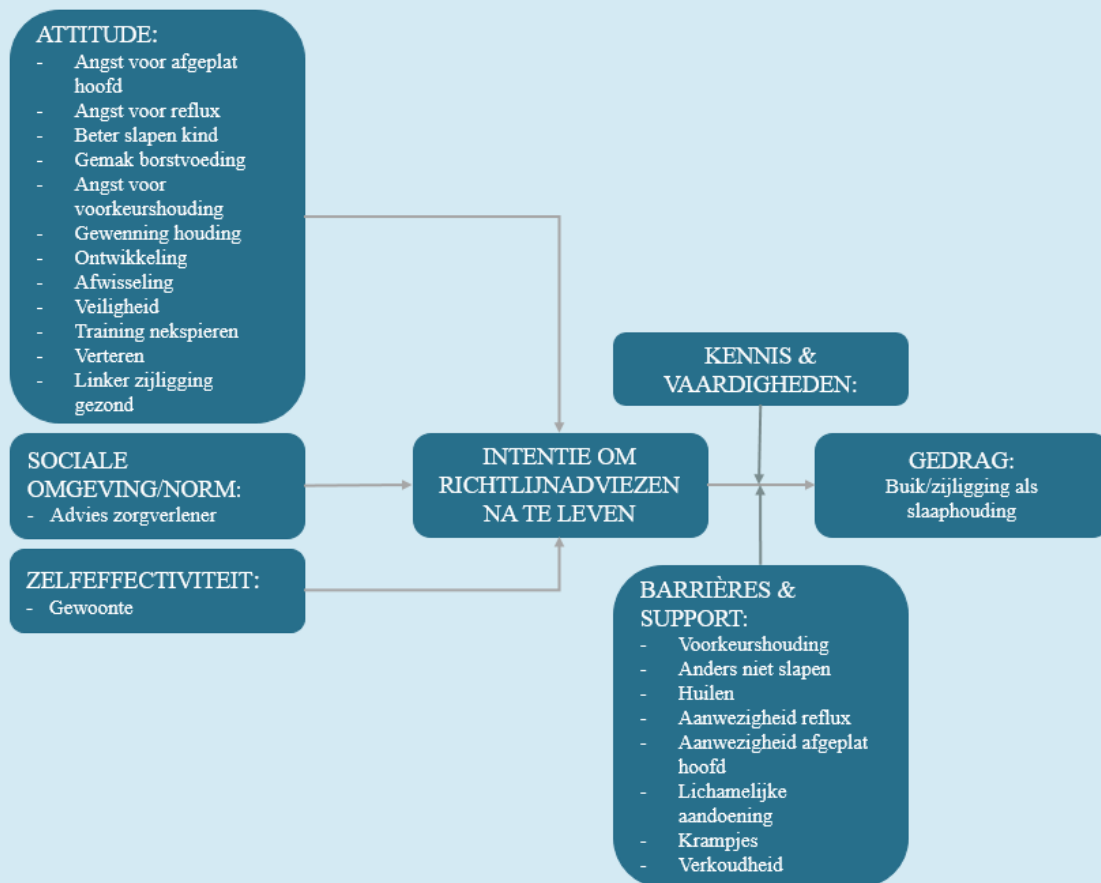
hoofd, belangrijke redenen om niet voor de rugligging te kiezen, respectievelijk 30, 27 en 24 keer. In Tabel 7 worden alle redenen weergegeven samen met het aantal keer dat de reden is genoemd.

Tabel 7: Beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding voortkomend uit de Vragenlijsten.

Reden	Aantal keer genoemd
Voorkeurshouding	74
Beter slapen zuigeling	55
Anders niet slapen	30
Aanwezigheid reflux	27
Angst voor afgeplat hoofd	24
Aanwezigheid afgeplat hoofd	10
Gemak borstvoeding	8
Angst voor voorkeurshouding	8
Advies zorgverlener	6
Huilen	4
Verkoudheid	4
Angst voor reflux	2
Afwisseling	2
Lichamelijke aandoening	2
Krampjes	2
Gewenning houding	1
Ontwikkeling	1
Veiligheid	1
Training nekspieren	1
Verteren	1
Linker zijligging is gezond	1

5.1.3 ASE-model

Uit zowel de interviews als de vragenlijsten zijn verschillende beweegredenen naar voren gekomen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding. Als de interviews en vragenlijsten worden samen genomen, zijn er 22 redenen gevonden voor het afwijken van de rugligging. Deze zijn ingedeeld in de verschillende categorieën van het ASE-model, namelijk de attitude, de sociale invloed en norm, de zelfeffectiviteit, kennis en barrières en support. In de categorie attitude zijn twaalf van de 22 redenen in te delen. Onder de categorie sociale omgeving/norm is één reden te schalen. Eveneens valt onder de categorie zelfeffectiviteit één reden te schalen. Geen enkele reden valt in de categorie kennis. De overige acht redenen vallen in de categorie barrières en support. Het ASE-model voor buik -en zijligging als slaaphouding is weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4: Het ASE-model met beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding.

Attitude

Onder attitude valt angst voor afgeplat hoofd; ouders zijn namelijk bang voor het ontstaan van een afgeplat hoofd wanneer de zuigeling op de rug slaapt. Hierdoor evalueren zij het naleven van de richtlijnadviezen als negatief met als gevolg dat zij de richtlijnadviezen niet willen naleven. Dit geldt ook voor de angst voor reflux, de ouders zijn namelijk bang voor het optreden van reflux en dat dit zal leiden tot verstikking wanneer de zuigeling op de rug ligt, zoals wordt aanbevolen door de richtlijnadviezen. Hierdoor evalueren zij het gedrag als negatief, met als gevolg dat zij de richtlijnadviezen niet willen naleven. Het beter slapen van de zuigeling, gemak bij borstvoeding, gewenning houding, afwisseling, training nekspieren en een betere vertering vallen onder attitude, omdat de ouders dit als voordelen van de buik/zijligging ervaren. Angst voor voorkeurshouding valt onder attitude, omdat de ouders bang zijn dat de zuigeling een voorkeurshouding ontwikkelt, wanneer het enkel op de rug wordt neergelegd. Zij evalueren het gedrag als negatief, met als gevolg dat zij de richtlijnadviezen niet willen naleven. Ook ontwikkeling als reden valt onder attitude, want de ouder heeft de opvatting dat het niet naleven van de richtlijnadviezen beter is voor de ontwikkeling van de zuigeling. Wat dan als voordeel wordt ervaren van het niet naleven. Tevens valt veiligheid onder attitude, aangezien de ouders de opvatting hebben dat het niet naleven van de richtlijnadviezen veilig is voor de zuigeling. Ze geloven hiermee niet wat de richtlijnadviezen zegt, namelijk dat rugligging veilig

is voor de zuigeling. Verder valt de reden dat de linker zijligging gezond zou zijn onder attitude, omdat het een opvatting is van de ouders over het niet naleven van de richtlijnadviezen.

Sociale omgeving/norm

Onder de sociale omgeving/norm valt de reden dat het een advies is van een zorgverlener. Het is namelijk een opvatting van personen in de directe leefomgeving van de ouders wiens oordeel de ouders vertrouwen.

Zelfeffectiviteit

De reden dat het een gewoonte is en daarom de zuigeling op de buik of zij wordt gelegd, valt onder zelfeffectiviteit. Het is namelijk een positieve dan wel negatieve ervaring van de ouder, waarop zij haar huidige gedrag baseert.

Barrières en support

Voorkeurshouding, anders niet slapen, huilen, aanwezigheid reflux, aanwezigheid afgeplat hoofd, lichamelijke aandoening, krampjes en verkoudheid zijn redenen die kunnen worden gezien als barrières, omdat het de ouders beperkt in het uitvoeren van het gewenste gedrag, namelijk de zuigeling op de rug leggen.

5.2 Beweegredenen om af te wijken van de richtlijnadviezen m.b.t. de slaapplek

Voor het gedrag ten aanzien van samen slapen in het ouderlijk bed zijn vier interviews afgenomen. Deze respondenten zijn allen geworven via het netwerk van de onderzoekers. De gemiddelde duur van de interviews was negen minuten en 34 seconden. Daarnaast is in de vragenlijst 39 keer het open tekstvak ingevuld voor de reden om af te wijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek. Hieruit zijn 37 redenen geïnccludeerd. Twee open tekstvakken waren niet ingevuld met een reden voor het gedrag en zijn daarom niet geïnccludeerd.

Eerst zullen de resultaten van de interviews worden besproken en vervolgens de resultaten uit de vragenlijst. Daarna wordt het ASE-model ingevuld met de redenen voortkomend uit de interviews en de vragenlijsten.

5.2.1 Interviews

Kenmerken

Van de ouders die zijn geïnterviewd zijn er twee woonachtig in Dronten, één in Enschede en één in Genemuiden. De leeftijd van de zuigelingen, het geslacht, het opleidingsniveau van de ouders en de herkomst van de ouders zijn weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8: Kenmerken van de zuigelingen en ouders van de interviews gehouden om de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek te achterhalen.

# zuigeling	Leeftijd zuigeling	Rangorde	Geslacht zuigeling	Opleidingsniveau vader	Opleidingsniveau moeder	Herkomst vader	Herkomst moeder
Zuigeling 1	10 weken	Eerste kind	Jongen	Onbekend	HBO	Nederlands	Nederlands
Zuigeling 2	8 maanden	Eerste kind	Jongen	Onbekend	HBO	Nederlands	Nederlands
Zuigeling 4	6 maanden	Tweede kind	Meisje	Universiteit	Universiteit	Nederlands	Nederlands
Zuigeling 5	7 weken	Eerste kind	Meisje	MBO 2	MBO 2	Nederlands	Nederlands

Gedrag

De ouders van zuigeling 1 (tien weken oud) slapen gedurende de nacht samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed. Hiermee zijn ze begonnen tussen de vierde en zesde week na de geboorte. Als hulpmiddel om samen te slapen gebruiken de ouders een zogenaamd babynestje. De zuigeling wordt ingebakerd en heeft verder het ouderlijk dekbed over zich heen als deken. Het babynestje wordt, tussen de ouders in, in bed geplaatst. In de middag slaapt de zuigeling eveneens in het babynestje, echter dan wordt het nestje in de box geplaatst. De ouders geven aan dat de zuigeling het beste in het babynestje slaapt. De zuigeling kan momenteel nog niet rollen, echter is de moeder hier wel alert op, omdat ze bang is dat hij dan met z'n gezicht in de rand van het babynestje rolt. Ze willen hem in kleine stappen leren om uiteindelijk in zijn eigen bed te slapen.

De ouders van zuigeling 2 (acht maanden oud) slapen elke nacht en incidenteel ook overdag samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed. De zuigeling begint in het eigen ledikant, omdat de moeder het geen fijn gevoel vindt dat de zuigeling alleen in het ouderlijk bed ligt. Twee weken na de geboorte zijn ze begonnen met samen slapen in het ouderlijk bed. Toen gebruikten de ouders een matras voor de zuigeling dat tussen de ouders in lag, hoog in het bed. Momenteel gebruiken ze dat niet meer. De zuigeling slaapt zonder kussen. De ouders maken gebruik van een camera om de zuigeling in de gaten te houden. De zuigeling heeft een eigen slaapkamer met ledikant. De moeder is van mening dat het een fase is dat de zuigeling samen wil slapen en hierna moet de zuigeling weer in het eigen bed slapen.

De ouders van zuigeling 4 (zes maanden oud) slapen gedurende de nacht samen met hun zuigeling. Het ledikant van de zuigeling staat tegen het ouderlijk bed aan, hier begint de zuigeling in, aan het begin van de avond, later wordt ze door de moeder in bed genomen. Ze slaapt dan op de arm van de moeder met een eigen slaapzak aan en het dekbed van de ouders tot de middel over zich heen. De ouders geven aan weinig nog te bewegen nu ze samen met hun zuigeling in bed slapen. Bij de geboorte hebben de ouders de zuigeling voor een uur geprobeerd alleen te laten slapen, daarna hebben ze haar op een aankleedkussen tussen zich in, in bed genomen.

Ouders van zuigeling 5 (zeven weken oud) slapen enkel gedurende de nacht samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed. Dit hebben ze gedaan vanaf het begin. Na twee weken hebben ze geprobeerd om haar toch alleen te laten slapen, maar dit is niet gelukt. De zuigeling slaapt naast de moeder, niet tussen de ouders in. Er wordt een kussen als hulpmiddel gebruikt, om uit bed rollen te voorkomen. Ze wordt hoog in het bed gelegd en heeft een eigen deken. De wieg staat naast het ouderlijk bed. De ouders geven aan minder diep te slapen nu ze samen slapen in het ouderlijk bed met hun zuigeling. Ze hebben nog geen plan om haar binnen een bepaalde tijd toch in een eigen bed te laten slapen.

Beweegredenen

Uit de vier interviews kwamen elf redenen om af te wijken van de richtlijnadviezen. Deze elf redenen zijn in Tabel 9 weergegeven met het aantal keer dat het als reden wordt aangedragen.

Tabel 9: Beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek voortkomend uit de interviews.

Beweegredenen voor het samen slapen in het ouderlijk bed	Aantal keer genoemd
Huilen	3
Beter slapen zuigeling	3
Gemak borstvoeding geven	3
Gemak aandacht geven	2
Anders niet slapen zuigeling	2
Beter slapen ouder	2
Verlatingsangst	1
Lager risicoperceptie	1
Volgen richtlijnadviezen borstvoeding	1
Betere band tussen moeder en zuigeling	1
Zwakke gesteldheid van de moeder na de bevalling	1

Attitude

De ouders van twee van de vier zuigelingen vinden het belangrijk om de richtlijnadviezen na te leven. De ouders van één van deze zuigelingen volgen echter niet de richtlijnadviezen veilig slapen, maar de ouders geven aan de richtlijnadviezen borstvoeding van Unicef te volgen, waarin het risico van samen slapen in het ouderlijk bed wordt genuanceerd volgens de ouders. De behoefte van de zuigeling volgens de ouders wordt afgewogen tegen de richtlijnadviezen veilig slapen. De ouders van drie van de vier zuigelingen vinden de behoefte van de zuigeling belangrijker dan de richtlijnadviezen. Ouders bepalen zelf of de richtlijnadviezen waardevol zijn of niet.

Sociale norm/omgeving

Bij alle vier de zuigelingen heeft de sociale omgeving kennis van het samen slapen in het ouderlijk bed van de ouders met de zuigeling. De ouders van twee van de vier zuigelingen ervaren geen afkeuring vanuit de omgeving. Deze ouders zouden het zich wel aantrekken als de omgeving het zou afkeuren en zich hier door laten beïnvloeden, maar niet perse door laten veranderen. De ouders van de twee andere zuigelingen ervaren wel afkeuring uit hun omgeving, maar niet een sterke overtuigingsdrang. Deze ouders trekken zich niet veel aan van de andere mening van hun omgeving. De ouders van zuigeling 5 geven aan op het consultatiebureau toestemming te hebben gekregen om samen te slapen als ze dat als prettiger ervaren.

Zelfeffectiviteit

De ouders van zuigeling 4 hebben van dichtbij meegemaakt dat een zuigeling is overleden aan wiegendood. Door deze negatieve ervaring zijn ze er wel op gefocust om de richtlijnadviezen zo goed mogelijk na te leven, alleen kiezen ze ervoor om de richtlijnadviezen borstvoeding van Unicef na te leven in plaats van de richtlijnadviezen veilig slapen.

Kennis

Alle ouders hebben kennis van de mogelijke gevolgen van samen slapen in het ouderlijk bed. De ouders van drie van de vier zuigelingen kennen ook de richtlijnadviezen voor veilig slapen betreffende de slaapplek. Twee van deze ouders kennen deze richtlijnadviezen via het internet. De ouders van zuigeling 5 kennen niet specifiek de richtlijnadviezen voor veilig slapen, maar hebben wel het advies gekregen

voor alleen slapen op het consultatiebureau. Echter werd wel gezegd dat, als ze het fijner vonden om samen te slapen, de ouders hiervoor konden kiezen.

Barrières en support

Voor alle zuigelingen is zowel een wiegje als een ledikantje aanwezig of één van beide, dit kan niet een beperking zijn voor het naleven van de richtlijnadviezen. Eén van de ouders noemt tijd als beperking voor alleen slapen.

5.2.2 Vragenlijsten

De achtergrondkenmerken van de ouders in de steekproef die samen slapen met hun kind in het ouderlijk bed zijn terug te vinden in hoofdstuk 4 paragraaf 4.4. De gedragskenmerken zijn terug te vinden in Tabel 4 in paragraaf 4.3.

Beweegredenen

Uit de vragenlijsten kwamen veertien verschillende redenen om de richtlijnadviezen niet na te leven. Het gemak van het geven van borstvoeding en beter slapen van de zuigeling waren de voornaamste redenen om ervoor te kiezen samen te slapen met de zuigeling in het ouderlijk bed. Deze redenen werden respectievelijk veertien en dertien keer genoemd als reden voor het samen slapen in het ouderlijk bed. In Tabel 10 worden alle redenen weergegeven samen met het aantal keer dat de reden is genoemd.

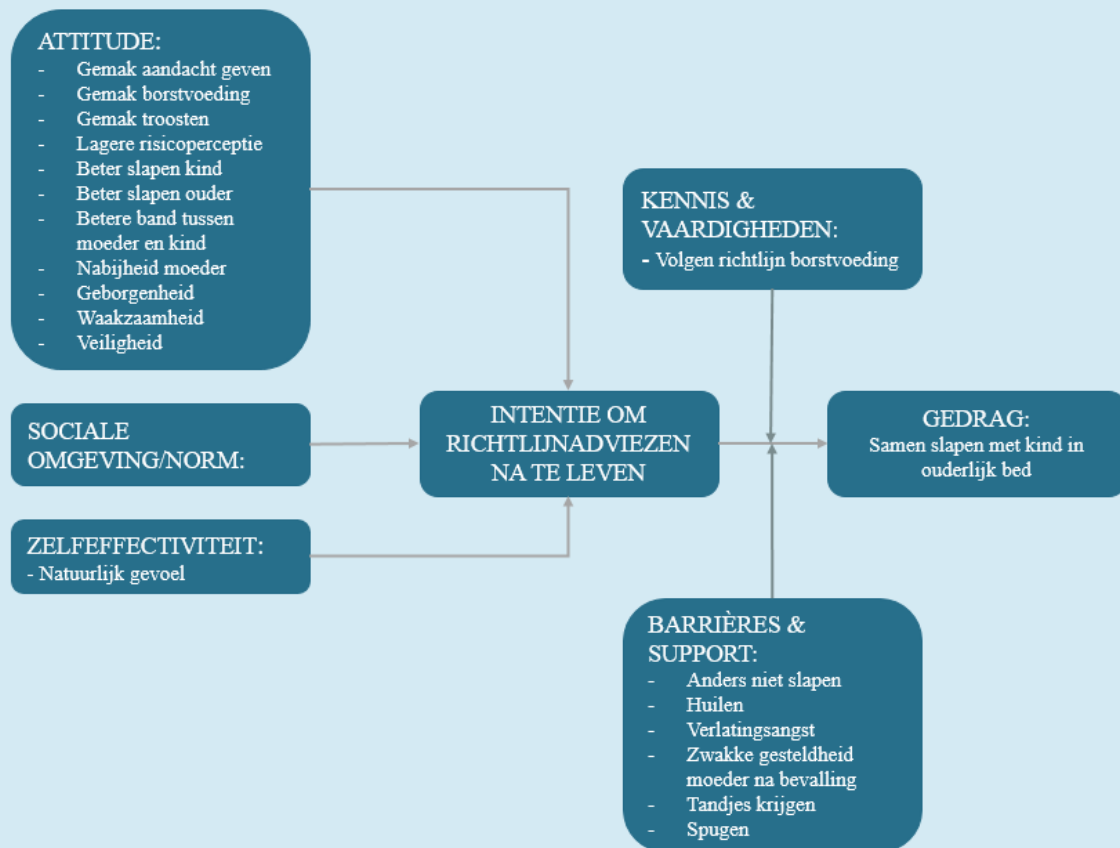
Tabel 10: Beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek voortkomend uit de vragenlijsten.

Reden	Aantal keer genoemd
Gemak borstvoeding	14
Beter slapen zuigeling	13
Beter slapen ouder	5
Geborgenheid	3
Huilen	3
Anders niet slapen	3
Waakzaamheid	3
Gemak troosten	2
Nabijheid moeder	2
Natuurlijk gevoel	1
Veiligheid	1
Tandjes krijgen	1
Band tussen moeder en zuigeling	1
Spugen	1

5.2.3 ASE-model

Uit zowel de interviews als de vragenlijsten zijn verschillende beweegredenen naar voren gekomen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek. Als de interviews en vragenlijsten worden samen genomen, zijn er negentien redenen gevonden voor het samen slapen in het ouderlijk bed. Deze zijn ingedeeld in de verschillende categorieën van het ASE-model, namelijk de attitude, de sociale invloed en norm, de zelfeffectiviteit, kennis en barrières en support. Elf van de negentien redenen vallen in de categorie attitude. Geen van de redenen die zijn gevonden vallen in de categorie sociale invloed en norm. Eén reden valt in de categorie zelfeffectiviteit. Eén reden valt in de categorie kennis. Zes

redenen vallen in de categorie barrières en support. Het ASE-model voor samen slapen in het ouderlijk bed is weergegeven in Figuur 5.



Figuur 5: Het ASE-model met beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding.

Attitude

Onder de attitude valt het gemak van het aandacht geven, borstvoeding geven en de zuigeling troosten, omdat de ouders het ervaren als een voordeel van het samen slapen in het ouderlijk bed. Ook de lagere risicoperceptie valt onder attitude, omdat de ouders verwachten dat de uitkomst minder erg is dan de richtlijnadviezen voorspellen. Het beter slapen van zowel de zuigeling als de ouders valt eveneens onder attitude, omdat de ouders het als voordeel beleven van het samen slapen in het ouderlijk bed. Dit geldt ook voor de redenen dat samen slapen in het ouderlijk bed een betere band vormt tussen moeder en zuigeling en dat de moeder meer nabij is. Geborgenheid en waakzaamheid vallen tevens onder de attitude, omdat volgens de ouders samen slapen in het ouderlijk bed het voordeel biedt van een verhoogde geborgenheid en waakzaamheid. Veiligheid valt onder attitude, omdat de ouders de opvatting hebben dat het niet naleven van de richtlijnadviezen veilig is voor de zuigeling. Ze geloven hiermee niet wat de richtlijnadviezen zeggen, namelijk dat alleen slapen veiliger is voor de zuigeling.

Zelfeffectiviteit

Het samen slapen in het ouderlijk bed omdat het een natuurlijk gevoel geeft, valt onder zelfeffectiviteit, omdat het een gevoel is dat bij de moeder bestaat en de reden niet is gebaseerd op enige vorm van cognitie. Het is een ervaring van de moeder met betrekking tot de naleving van de richtlijnadviezen.

Kennis

Het volgen van de richtlijnadviezen borstvoeding valt onder kennis, omdat de ouders wel de intentie hebben om de richtlijnadviezen na te leven, echter hebben zij kennis van een andere richtlijnadviezen die beter van toepassing is op hun situatie.

Barrières en support

Het anders niet slapen, huilen, verlatingsangst, zwakke gesteldheid van de moeder na de bevalling, tandjes krijgen en spugen, zijn allemaal barrières, omdat het de ouders beperkt in het uitvoeren van het gewenste gedrag, namelijk het alleen slapen van de zuigeling.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een interpretatie gegeven van de onderzoeksresultaten en worden de potentiële beperkingen van het onderzoek genoemd.

6.1 Interpretatie van de resultaten

De interpretatie van de resultaten is opgedeeld in de resultaten betreffende de mate van naleving en de resultaten betreffende de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnadviezen. Hierin is vervolgens een splitsing gemaakt tussen de slaaphouding en slaapplek.

6.1.1 Naleving

Slaaphouding

Van de onderzochte populatie bleek 74,8% de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding na te leven. Deze naleving is minder goed dan zes jaar geleden. In de peiling veilig slapen 2011 werd 80,6% van de zuigelingen op de rug te slapen gelegd.

De mate van naleving verschilt onder andere voor de leeftijd van de zuigeling. Opvallend is dat de eerste zes levensmaanden van de zuigeling de mate van naleving stijgt, van 72,4% naar 83,4%. Na zes maanden neemt de mate van naleving juist weer af, van 83,4% naar 69,5%. Deze daling zou te maken kunnen hebben met het zelf beginnen te rollen van de zuigeling rond deze leeftijd. In de interviews kwam naar voren dat ouders het een veiliger gevoel geeft om de zuigeling in de houding waar de zuigeling de voorkeur aan geeft, te leggen, wanneer het zelf in staat is om te rollen. Dit kan onder andere een verklaring zijn voor de daling in de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding na zes maanden. Dat de eerste levensmaanden van de zuigeling de mate van naleving minder is, kan onder andere worden verklaard door het feit dat bij zuigelingen die in het ziekenhuis worden geboren, wisselrigging wordt toegepast onder monitor bewaking.

De mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding lijkt eveneens voor het opleidingsniveau van de moeder te verschillen, hoewel deze verschillen niet significant zijn. In de resultaten is te zien dat er een stijging is in de mate van naleving naarmate het opleidingsniveau van de moeder toeneemt, van 71,4% naar 73,0%, naar 77,1%. Dit kan te maken hebben met de cognitie van de moeder. Zoals in het theoretisch kader is benoemd, hebben laag opgeleide moeders over het algemeen evenveel kennis als hoog opgeleide moeders. Echter leidt deze kennis niet tot een gedragsverandering bij de laag opgeleide moeders [7]. Dit kan de verschillen in naleving verklaren.

Daarnaast lijkt de mate van naleving met betrekking tot de slaaphouding ook voor de herkomst te verschillen. Als alle moeders met een migratieachtergrond worden samengenomen en worden vergeleken met de Nederlandse moeders, bestaat er een significant verschil in de mate van naleving van de Nederlandse moeders en de mate van naleving van de moeders met een migratieachtergrond. Het verschil in de mate van naleving tussen moeders met een Nederlandse herkomst en moeders met een migratieachtergrond is 10,1% (range: 66,2-76,3%). Dit is een aanzienlijk verschil, waardoor lijkt dat preventieprogramma's meer moeten worden gericht op moeders met een migratieachtergrond. Het zou

kunnen dat moeders met een migratieachtergrond andere gewoontes hebben in de verzorging van hun zuigeling dan Nederlandse moeders, omdat zij een andere culturele achtergrond hebben. Dit sluit aan bij de eerder genoemde literatuur [11, 14].

Slaapplek

De mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek is 95,9%. Dit is vergelijkbaar met de uitkomst van de Peiling Veilig Slapen 2011 (95,4%). Dit is een hoge mate van de naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek. Echter is de verwachting dat deze prevalentie hoger is dan in werkelijkheid het geval zal zijn. Uit een onderzoek van een universiteit in Iowa, Amerika, bleek dat de helft van de ouders zwijgt over het samen slapen met de zuigeling in het ouderlijk bed. Dit zou komen door het heersende taboe rondom het onderwerp en de schaamte die bij ouders bestaat [49]. De verwachting is daarom dat de mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek in werkelijkheid lager is dan uit dit onderzoek voortkomt.

De mate van naleving verschilt niet voor de leeftijd van de zuigeling. De mate van naleving is in de categorie 7-8 maanden het beste (97,7%) en in de categorie 3-4 maanden het minst goed (94,8%). Dit verschil is minimaal en niet significant.

De mate van naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek lijkt niet samen te hangen met het opleidingsniveau van de moeder. De mate van naleving van de richtlijnadviezen van moeders met een laag, middelbaar en hoog opleidingsniveau is namelijk nagenoeg hetzelfde (resp. 95,7%; 95,6% en 96,2%). Deze verschillen zijn ook niet significant.

De mate van naleving lijkt voor de herkomst wel te verschillen. Als alle moeders met een migratieachtergrond worden samengenomen en worden vergeleken met de Nederlandse moeders, bestaat er een significant verschil in de mate van naleving van de Nederlandse moeders en de mate van naleving van de moeders met een migratieachtergrond. Het verschil in de mate van naleving tussen moeders met een Nederlandse herkomst en moeders met een migratieachtergrond is 4,4% (range: 92,1-96,5%). Dit is geen groot verschil, maar wel significant. Het lijkt dat ook voor de slaapplek preventieprogramma's meer moeten worden gericht op moeders met een migratieachtergrond. Het zou kunnen dat moeders met een migratieachtergrond andere gewoontes hebben in de verzorging van hun zuigeling dan Nederlandse moeders, omdat zij een andere culturele achtergrond hebben. Dit sluit aan bij de eerder genoemde literatuur [11, 14].

6.1.2 Gedragsverklaring

Slaaphouding

De verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding kan worden gezocht in de verschillende determinanten binnen het ASE-model. De determinant 'attitude' speelt een grote rol in het tot stand komen van het gedrag, blijkt uit de resultaten. In de interviews werd door de ouders aangegeven dat zij, bij het bepalen van hun gedrag, de behoefte van de zuigeling belangrijker vinden dan wat de richtlijnadviezen adviseren. De meeste beweegredenen van de ouders die onder

attitude vallen, sluiten hierbij aan. Echter is het gemak bij borstvoeding meer een reden die betrekking heeft op het welbehagen van de ouder en niet specifiek van de zuigeling. Verschillende redenen die zijn genoemd, worden ook teruggevonden in de literatuur. Zo is de angst voor een afgeplat hoofd een belangrijke factor [12]. Daarnaast komt de gedachte dat buikligging veiliger zou zijn en het kind in buik- en zijligging beter slaapt ook terug in eerdere onderzoeken [13].

Doordat de attitude een belangrijke determinant is in de verklaring van het gedrag van de ouders, wordt verwacht dat preventie specifiek voor attitudeverandering het meest effect zal hebben. De attitude van een individu kan op verschillende manieren worden beïnvloed. Enerzijds is er een centrale route naar overtuiging, waarbij de informatie zorgvuldig wordt verwerkt en over de argumenten wordt nagedacht. Anderzijds is er de perifere route naar overtuiging. Hierbij worden de argumenten niet zorgvuldig verwerkt, maar wordt er meer op de uiterlijke kenmerken, zoals de duur en de boodschapper, gelet. Afhankelijk van de motivatie en de mogelijkheid van het individu, wordt één van deze wegen gekozen. Wanneer de attitude tot stand komt via de centrale weg, is deze meer gebaseerd op cognitie en opvattingen. Wanneer de attitude tot stand komt via de perifere weg, is deze meer gebaseerd op emoties en waarden. Als de attitude is gebaseerd op de cognitie, kan die het best worden veranderd met rationele argumenten. Als de attitude is gebaseerd op emotie, kan die het best worden veranderd op emotioneel niveau. [50]

De attitude van de ouders is deels gebaseerd op cognitie en deels gebaseerd op emotie. Zo is de opvatting dat buik/zijligging gezonder zou zijn, gebaseerd op cognitie. De reden om af te wijken omdat de ouders bang zijn voor een afgeplat hoofd is daarentegen gebaseerd op emotie. Dit betekent dat alleen het vergroten van de kennis, middels bijvoorbeeld flyers of websites, van ouders met een zuigeling niet zal leiden tot een betere naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding. Daarnaast zal ook op emotioneel niveau moeten worden ingezet. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld meer de arts op het consultatiebureau erbij te betrekken, omdat de heuristiek bestaat dat de deskundige er verstand van heeft [50]. De arts zou dus voor een bepaalde geruststelling kunnen zorgen, waardoor de angst afneemt.

Naast de determinant 'attitude', spelen ook nog verschillende andere determinanten mee in de verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding. Zo heeft, volgens de ouders, de sociale omgeving weinig invloed op hun keuze om hun zuigeling op de buik/zij te laten slapen. Wel wordt het advies van de zorgverlener als argument genoemd om te kiezen voor buik- en zijligging, maar dit hangt vaak samen met een aandoening die de zuigeling heeft en deze beweegreden valt onder barrières en support. Wel lijkt dit te duiden op het feit dat ouders waarde hechten aan de professionele mening van de zorgverlener. Dit kan worden gebruikt in het preventieprogramma, door zorgverleners meer voorlichting te laten geven.

Ook de gewoonte van ouders om hun kind op de buik/zij te leggen, speelt een rol in het afwijken van de richtlijnadviezen. Hierop ingrijpen met een preventieprogramma is ingewikkeld. Bij een gewoonte wordt namelijk niet meer bewust nagedacht over het gedrag. Eventueel zou meer aandacht

kunnen worden gevraagd voor veilig slapen, zodat de ouder zich bewust wordt van het gedrag en dit eventueel aanpast. Daarnaast zou tijdige voorlichting ervoor kunnen zorgen dat de ouders op tijd op de hoogte zijn, waardoor verkeerde gewoontes kunnen worden voorkomen.

Onder de determinant ‘kennis’ zijn geen redenen geschaald. Uit de interviews bleek dat de ouders bekend zijn met de mogelijke gevolgen en de richtlijnadviezen. Gebrek aan kennis kan daarom geen verklaring zijn voor het gedrag. Echter kan wel de vraag worden gesteld of het kan komen door onjuiste kennis, als wordt gekeken naar de redenen onder attitude. Het is namelijk de vraag of buik- en zijligging daadwerkelijk zorgen voor een betere ontwikkeling en goede vertering en of de linker zijligging daadwerkelijk gezonder is, zoals ouders dachten. Een verbeterde voorlichting zal deze kennis kunnen veranderen in juiste kennis, wat zal kunnen leiden tot een verandering in het gedrag.

Naast de belangrijke verklaring van het gedrag door de determinant ‘attitude’, kan het gedrag ook deels worden verklaard door de determinant ‘barrières en support’. De ouders hebben het gevoel bij de redenen die hieronder vallen, dat ze daar geen invloed op hebben. Hierdoor zien zij de buik- of zijligging als enige optie. Belangrijk is dat deze barrières, die ouders ervaren, worden weggenomen of alternatieven worden aangereikt om het gedrag te veranderen. Zo kan bijvoorbeeld bij verkoudheid worden geadviseerd gebruik te maken van een speciale zoutoplossing neusspray voor zuigelingen om de zuigeling beter te laten ademen als alternatief voor het op de buik leggen van het kind.

Slaapplek

De verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaapplek kan worden gezocht in de verschillende determinanten binnen het ASE-model. De determinant ‘attitude’ speelt een grote rol in het tot stand komen van het gedrag, blijkt uit de resultaten. In de interviews werd door de ouders aangegeven dat zij, bij het bepalen van hun gedrag, de behoefte van de zuigeling belangrijker vinden dan wat de richtlijnadviezen adviseren. Als met deze kennis wordt gekeken naar de redenen die onder de attitude vallen, valt op dat lang niet alle redenen de behoefte van de zuigeling weerspiegelen, maar meer voortkomen uit een bepaalde gemakzucht van de ouder. Samen slapen in het ouderlijk bed is namelijk makkelijker met aandacht geven aan de zuigeling, wanneer het pruttelt. Samen slapen in het ouderlijk bed vergemakkelijkt het troosten, wanneer de zuigeling huult. Samen slapen in het ouderlijk bed is makkelijker bij borstvoeding. De ouder hoeft dan namelijk niet uit bed te komen, waardoor zij beter kan slapen, wat ook een belangrijke reden is voor ouders om samen te slapen in het ouderlijk bed. Het beter slapen van de zuigeling is daarentegen wel een reden die aansluit bij de behoefte van de zuigeling voorop stellen op de richtlijnadviezen. Ook het gevoel van een verhoogde waakzaamheid en geborgenheid bij het samen slapen in het ouderlijk bed is in het belang van de zuigeling. Evenals de betere band tussen moeder en zuigeling en de nabijheid van de moeder. De lagere risicoperceptie en de veiligheid ligt op een ander vlak van de attitude, namelijk het geloof in de richtlijnadviezen. Bij deze redenen worden de richtlijnadviezen zelf in twijfel getrokken of zelfs verworpen als waarheid. De redenen onder attitude sluiten aan bij de redenen die zijn gevonden in de literatuur [11, 14].

De attitude van de ouders is deels gebaseerd op cognitie en deels gebaseerd op emotie. Zo is de opvatting dat samen slapen veiliger zou zijn, gebaseerd op cognitie. De reden om af te wijken omdat de ouders het makkelijker vinden met het geven van borstvoeding is daarentegen gebaseerd op emotie. Dit betekent dat alleen het vergroten van de kennis van ouders met een zuigeling niet zal leiden tot een betere naleving van de richtlijnadviezen met betrekking tot de slaaphouding. Daarnaast zal ook op emotioneel niveau moeten worden ingezet. De ouders zullen moeten worden overtuigd dat het naleven van de richtlijnadviezen misschien niet altijd lijkt te voorzien in de behoefte van het kind, maar zeker wel in het belang van het kind is.

Naast de attitude, zijn ook de barrières en support belangrijke factoren in de verklaring van het samen slapen in het ouderlijk bed. Uit de interviews bleek dat alle ouders over een wieg en/of ledikant beschikken, waardoor er genoeg support is om het gewenste gedrag, alleen slapen, uit te voeren. Echter gebeurt dit niet, doordat ouders verschillende barrières ervaren, waardoor zij het idee hebben dat samen slapen in het ouderlijk bed de enige oplossing is. De meeste redenen die onder barrières vallen liggen in het verlengde van de attitude van de ouders, dat de behoefte van de zuigeling belangrijker is dan de mate van naleving van de richtlijnadviezen. Het anders niet slapen, huilen, verlatingsangst, tandjes krijgen en spugen, zijn vervelende factoren voor de zuigeling. Als de ouder dit kan verminderen of weg kan nemen door samen te slapen in het ouderlijke bed, vinden ze dit belangrijker dan het naleven van de richtlijnadviezen. Het verschil met de attitude is echter wel dat de intentie bij deze redenen wel anders kan zijn. De ouders willen misschien wel de richtlijnadviezen naleven, maar voelen zich gedwongen om samen te slapen, omdat er geen andere mogelijkheid is de zuigeling in slaap te krijgen. Op het consultatiebureau zou er meer aandacht kunnen worden geschonken aan deze problematiek, waarna ouders handvatten kunnen worden aangereikt om met deze barrières om te gaan zonder hun kind in gevaar te brengen door samen te slapen.

De verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen lijkt niet te kunnen worden gezocht in een gebrek aan kennis, want uit de interviews bleek dat alle ouders bekend waren met de mogelijke gevolgen van het samen slapen in het ouderlijk bed en ook de adviezen omtrent de slaapplek bekend waren. Wel zou het kunnen zijn dat de achtergrondkennis bij de ouders ontbreekt, waardoor zij niet de noodzaak zien in het naleven van de richtlijn. Als dit het geval is, zou meer kunnen worden ingezet op voorlichting betreffende de achtergrond van de adviezen. Wel zal onderzoek eerst moeten uitwijzen of de achtergrondkennis ontbreekt bij ouders.

Uit de interviews bleek dat de ouders weinig afkeuring ervaren vanuit hun omgeving en wanneer zij dit wel ervaren, zij hun gedrag hierdoor niet laten beïnvloeden. Dit kan duiden op het ontbreken van een sociale norm. Er zou in het preventieprogramma meer aandacht kunnen worden gegeven aan de sociale omgeving, zodat de ouders meer sociale druk voelen uit de omgeving om de richtlijnadviezen na te leven. Echter zal zich wel moeten uitwijzen of dit daadwerkelijk zal zorgen voor een betere naleving, omdat de ouders eveneens aangaven zicht niet teveel aan te trekken van de sociale omgeving, wanneer zij wel afkeuring ervaarden.

Onder de determinant ‘zelfeffectiviteit’ is wel een reden geschaald, namelijk het goede gevoel dat samen slapen geeft. Dit is een abstracte reden, maar heeft wel invloed op de intentie om de richtlijnadviezen na te leven, aangezien een goed gevoel over de verzorging van de zuigeling belangrijk is voor de ouders en dit kan leiden tot een andere intentie. Hierop ingrijpen kan alleen op emotioneel niveau, door bijvoorbeeld ervoor te zorgen dat de ouder beseft dat samen slapen onveilig is, waardoor de ouders een beter gevoel bij het naleven van de richtlijnen krijgen.

Verder bleek uit de interviews dat de zuigelingen overdag wel in de wieg te slapen werden gelegd en dat, dat prima ging, terwijl de zuigeling ’s nachts niet in de wieg kon slapen. Dit is wel opvallend, maar dit kan niet worden verklaard met de informatie uit dit onderzoek. Het zou wel een argument kunnen zijn voor de zorgverlener om de ouders over te halen niet meer samen te slapen met hun kind.

6.2 Sterke en zwakke eigenschappen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te verschaffen in de mate van naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek door ouders van zuigelingen. Daarnaast beoogt het onderzoek een verklaring te geven voor het afwijken van deze richtlijnadviezen. Hiervoor is gebruik gemaakt van een ‘mixed methods research’ om een zo volledig mogelijk beeld te creëren van de huidige situatie. Essentieel is dat de steekproef representatief is voor de Nederlandse populatie, zodat de resultaten van de steekproef kunnen worden gegeneraliseerd naar de Nederlandse populatie.

Representativiteit

De gemiddelde leeftijd van de zuigeling in de steekproef is 165 dagen. De verdeling van jongens en meisjes is nagenoeg gelijk (resp. 50,1% en 49,9%). Dit komt overeen met de Nederlandse populatie waarin de verdeling van jongens en meisjes ook nagenoeg gelijk is (resp. 51,3% en 48,7%).

Het verschil tussen de steekproef en de Nederlandse populatie is hier niet significant. Tevens lijkt het geboortegewicht in de steekproef vergelijkbaar te zijn met het gemiddelde geboortegewicht in de Nederlandse populatie (resp. 3495 gram en 3467 gram). Echter is dit verschil wel significant. Dit kan komen door de relatief kleine omvang van de steekproef en de relatief grote standaarddeviatie in het geboortegewicht binnen de steekproef, in vergelijking met de Nederlandse populatie. Ondanks dat het verschil significant is, is dit verschil minimaal. Daarom wordt verwacht dat dit geen invloed heeft op de representativiteit. Daarnaast zal de interpretatie van de resultaten ook niet worden beïnvloed, omdat het geen belangrijke factor is in de uitkomsten van het onderzoek.

De verdeling van de steekproef naar de rangorde van de zuigeling komt niet geheel overeen met de Nederlandse populatie. De moeders met een eerste zuigeling lijken oververtegenwoordigd te zijn in de steekproef ten opzichte van de Nederlandse populatie (resp. 55,5% en 45,5%). Echter zal het geen invloed hebben op de representativiteit, omdat het verschil niet significant is.

De verdeling naar opleidingsniveau komt overeen met de verdeling in de Nederlandse populatie, zowel voor de mannen als de vrouwen. Er kan worden gesteld dat de steekproef wat betreft het opleidingsniveau representatief is voor Nederland, omdat is aangetoond dat er geen significant verschil bestaat.

De verdeling naar herkomst in de steekproef verschilt van de verdeling in de Nederlandse populatie. Dit geldt zowel voor de vader, als voor de moeder. De steekproef bestaat voor 15,1% uit vrouwen met een migratieachtergrond, terwijl de Nederlandse populatie voor 30,0% uit vrouwen met een migratieachtergrond bestaat. De steekproef bestaat voor 15,5% uit mannen met een migratieachtergrond, terwijl de Nederlandse populatie uit 25,5% mannen met een migratieachtergrond bestaat. Uit de analyse bleek geen significant verschil te bestaan voor de verschillende groepen in herkomst. Het verschil tussen de steekproef en de Nederlandse populatie, in de verdeling van de respondenten met een Nederlandse herkomst en de respondenten met een migratieachtergrond, is wel significant. Dit geldt voor zowel de mannen als de vrouwen. Op basis hiervan wordt er verondersteld dat het verschil in de verdeling van de herkomst in de steekproef met de Nederlandse populatie invloed heeft op de representativiteit. De verwachting is daarom dat de naleving van de richtlijnadviezen in de steekproef wordt overschat, omdat de groep met een migratieachtergrond over het algemeen in mindere mate de richtlijnen naleven. De lagere respons van de groep met een migratieachtergrond zou kunnen worden verklaard, doordat de vragenlijst enkel in de Nederlandse taal beschikbaar was. Om een hogere respons te behalen in vervolgonderzoek is het van belang de vragenlijst ook in de Engelse taal en andere veel voorkomende talen beschikbaar te stellen.

Betrouwbaarheid en validiteit - Vragenlijst

Het onderzoek is mede gebaseerd op de resultaten van de vragenlijsten. Als het onderzoek herhaald zal worden, is de verwachting dat het vrijwel dezelfde resultaten zal opleveren. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op dat de vragenlijsten online werden ingevuld. Hierdoor hebben de onderzoekers de data uit de vragenlijsten nagenoeg niet handmatig hoeven invoeren, waardoor kans op fouten werd verkleind. Daarnaast was bij elke vraag in de vragenlijst de optie ‘weet ik niet’ of ‘niet van toepassing’ toegevoegd, waardoor de respondent nooit een willekeurig antwoord hoefde in te vullen, wanneer hij of zij de vraag niet begreep. Tevens kon de respondent de vragenlijst invullen op een geschikt moment voor de respondent, omdat de vragenlijst online was. Hierdoor is de kans verkleind op versturende factoren in de omgeving. Doordat de data door één onderzoeker is opgeschoond en gecodeerd, konden er ook geen misvattingen ontstaan betreffende de betekenis van de data.

De vragenlijst gebruikt in het onderzoek is een zelfontwikkelde vragenlijst en niet een gevalideerde vragenlijst. De vragenlijst is wel met behulp van de vragen uit de vragenlijsten van voorgaande peilingen opgesteld. Echter kunnen ouders wel moeite hebben gehad met de interpretatie van de vragen, ondanks dat deze waren gebaseerd op eerder gebruikte vragen. Dit heeft invloed op de validiteit van de vragenlijst. Voor dat de vragenlijst online ging, is de vragenlijst onder zes ouders van zuigelingen getest. Daarbij is gevraagd te kijken of de vragen begrijpelijk en volledig zijn. Daarnaast

of er eventueel nog fouten in staan en hoeveel tijd zij kwijt waren met het invullen ervan. Hierdoor is de kans op het verkeerd interpreteren van vragen zo klein mogelijk gemaakt.

Verder bestaat een kans dat respondenten sociaal gewenste antwoorden hebben gegeven, het zogenaamde Hawthorne-effect [35]. Dit zal tevens invloed hebben op de validiteit. Echter is die kans geminimaliseerd in dit onderzoek, doordat de vragenlijst volledig anoniem was en kon worden ingevuld in een veilige omgeving. Daarnaast is in dit onderzoek het Hawthorne-effect zoveel mogelijk voorkomen door de vragen neutraal te formuleren, waardoor niet uit de vraag was af te leiden welk antwoord het sociaal wenselijke antwoord is. Tevens is de term ‘verzorgingsfactoren’ gebruikt in plaats van ‘risicofactoren voor wiegendood’, zodat ouders minder snel het onderzoek associeerden met wiegendood.

De verwachting is dat de interne validiteit hoog is, doordat wordt vermoed dat er weinig storende factoren zijn die de uitkomsten kunnen beïnvloeden, omdat de ouders de vragenlijst konden invullen op een voor hun geschikt moment.

De optimale steekproefgrootte is vooraf aan het onderzoek bepaald (28%). De respons van de steekproef is lager dan verwacht (10,7%). Toch is de steekproefomvang relatief groot in verhouding met andere onderzoeken. Dit heeft goede informatie opgeleverd voor het kwalitatieve deel van het onderzoek, in de vorm van redenen waarom ouders afwijken van de richtlijnadviezen. De lagere respons kan invloed hebben op de uitkomsten van de statistische analyse. Met name de analyse naar significante verschillen tussen groepen in de steekproef zal hierdoor worden beïnvloed. Verschillen zullen hierdoor minder snel significant zijn, waardoor mogelijk verschillen tussen groepen worden gemist. Analyses waarbij geen subgroepen binnen de steekproef worden gemaakt, zullen wel valide zijn, door de relatief grote omvang van de steekproef.

Betrouwbaarheid en validiteit - Interview

De betrouwbaarheid van de interviews is zo hoog mogelijk gehouden, door bij elk interview hetzelfde vragenformulier te gebruiken. Daarnaast zijn de vragen zo geformuleerd dat er geen goed of fout antwoord bestond, waardoor de respondent minder snel sociaal gewenste antwoorden zal hebben gegeven. Tevens is er rekening gehouden met de opbouw van de vragen, zodat de respondent de ruimte kreeg om haar verhaal te doen, waarna meer kritische vragen konden worden gesteld betreffende het gedrag.

Evenals bij de vragenlijst kan er sprake zijn van het Hawthorne-effect bij de interviews. Dit is eveneens zoveel mogelijk voorkomen door de vragen neutraal te formuleren, waardoor niet uit de vraag was af te leiden welk antwoord het sociaal wenselijke antwoord is. Daarnaast is de term ‘verzorgingsfactoren’ gebruikt in plaats van ‘risicofactoren voor wiegendood’, zodat ouders minder snel het onderzoek associeerden met wiegendood.

De validiteit van de interviews is beperkt. De interne validiteit is hierbij niet relevant, omdat er geen causale relatie tussen de onafhankelijk en afhankelijke variabele hoeft worden aangetoond middels de interviews [51]. De externe validiteit is door de lage respons en het niet willekeurig selecteren van

de respondenten is gelimiteerd. Er hebben geen interviews kunnen plaatsvinden tot het saturatiepunt was bereikt, hiervoor waren er te weinig ouders bereid gevonden deel te nemen. Daarnaast zijn de respondenten voornamelijk geworven door middel van de netwerken van de onderzoekers. Dit heeft gezorgd voor een selecte steekproef. Respondenten waren namelijk allemaal van Nederlandse komaf. Daarnaast waren vijf van de zes respondenten hoogopgeleid. Hierdoor is de steekproef niet representatief voor de Nederlandse populatie. Echter heeft dit geen grote gevolgen voor de geldigheid van de resultaten, omdat enkel een theorie is gevormd voor de verklaring van het afwijken van de richtlijnadviezen. Deze theorie zal verder moeten worden getoetst en onderbouwd, om tot een volledig inzicht te komen.

7. Conclusie

Het doel van het onderzoek betreft het inzicht verkrijgen in hoeverre de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood worden nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden oud, wonende in Nederland. Daarnaast zijn de beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnen in kaart gebracht. De vraag die met het onderzoek moest worden beantwoord, luidt als volgt:

In hoeverre worden de landelijke richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek nageleefd door ouders van zuigelingen tot twaalf maanden wonende in Nederland met verschillende achtergronden en wat zijn beweegredenen om af te wijken van de richtlijnen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek in 2017?

De naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding is 74,8%. De mate van naleving lijkt toe te nemen naarmate het opleidingsniveau van de moeder stijgt. De moeders met een Nederlandse herkomst leven de richtlijnadviezen beter na dan moeders met een migratieachtergrond.

De naleving van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaapplek is 95,9% in de steekproef. In werkelijkheid zal deze prevalentie lager liggen, omdat er een taboe heerst over samen slapen in het ouderlijk bed. De mate van naleving van de richtlijnadviezen is nagenoeg hetzelfde voor de moeders met verschillende opleidingsniveaus. De moeders met een Nederlandse herkomst leven de richtlijnadviezen beter na dan moeders met een migratieachtergrond.

Het afwijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaaphouding is het beste te verklaren door te kijken naar de attitude van de ouders. In deze categorie zijn de meeste redenen gevonden. Ouders lijken de behoefte van het kind voor het volgen van de richtlijnadviezen te stellen. De sociale omgeving heeft weinig invloed op het gedrag. Gewoonte is wel een belangrijk element in het afwijken van de richtlijnadviezen. Het gebrek aan kennis is geen reden voor het afwijken van de richtlijnadviezen, wel bezaten sommige ouders onjuiste kennis. Ook wijken de ouders af van de richtlijnadviezen doordat zij barrières, zoals ziekte, ervaren in het volgen van de richtlijn.

Het afwijken van de richtlijnadviezen ter preventie van wiegendood met betrekking tot de slaapplek is eveneens het beste te verklaren door te kijken naar de attitude van de ouders. Ook omtrent de slaapplek wordt de behoefte van het kind voorop gesteld op het volgen van de richtlijnadviezen. De behoefte van het kind hangt bij de slaapplek sterk samen met de behoefte van de ouder. Ook barrières en support zijn belangrijk in de verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen. Alle ouders beschikken over de nodige support, namelijk een ledikant of wieg. Echter ervaren de ouders wel barrières voor het naleven van de richtlijnadviezen, zoals dat het kind anders niet wil slapen. Een gebrek aan kennis en ook de sociale omgeving zijn geen redenen om af te wijken van de richtlijnadviezen. Een goed gevoel ten aanzien van de slaapplek van de zuigeling is wel reden voor ouders om af te wijken.

8. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor de wetenschap en de praktijk. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de uitvoering en de uitkomsten van het onderzoek. Achtereenvolgens zullen eerst aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek, daarna worden aanbevelingen gedaan betreffende de praktijk van het preventieprogramma voor wiegendood.

8.1 Aanbevelingen betreffende de wetenschap

Ten eerste is het van belang om, bij vervolgonderzoek, de focus te leggen op het vergroten van de respons. Dit zal leiden tot een vergroting van de representativiteit waardoor conclusies algemeen geldend zijn voor de gehele Nederlandse populatie.

Er moet met name aandacht worden besteedt aan het vergroten van de representativiteit ten aanzien van de groepen met een migratieachtergrond. Dit kan worden gedaan door de vragenlijst beschikbaar te stellen in de Engelse taal. Tevens kan de vragenlijst in andere talen, bijvoorbeeld Arabisch, beschikbaar worden gesteld. Respondenten met een migratieachtergrond zijn door vertaalde versies van de vragenlijst eerder in staat om de vragenlijst te begrijpen en zelfstandig in te kunnen vullen. Zo kan de kans op deelname door een respondent met een migratieachtergrond worden vergroot.

Daarnaast is het van belang dat onderzoekers consultatiebureaus bezoeken om de vragenlijst ter plekke af te nemen en eventuele vragen van de respondent te kunnen beantwoorden. Om meer respondenten met een migratieachtergrond te includeren, is het belangrijk dat de bezochte consultatiebureaus gelegen zijn in delen van Nederland waar personen met een migratieachtergrond woonachtig zijn.

Eveneens kan de respons worden verhoogd door het onderzoek langer te laten lopen. Zo is er meer tijd om bekendheid te vragen voor het onderzoek, door middel van bijvoorbeeld sociale media.

De werving van respondenten voor de interviews zal in vervolgonderzoek op een andere manier kunnen gebeuren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden gedaan door een vraag aan de vragenlijst toe te voegen of de respondent zou willen meewerken aan een verdiepend gesprek. Zo krijgen alle respondenten die de vragenlijst invullen de mogelijkheid om deel te nemen aan het verdiepende gesprek. Op deze manier wordt de geschikte doelgroep voor de interviews bereikt en kunnen er meer respondenten worden geworven. Dit kan leiden tot een grotere respons en een hogere representativiteit. Tevens zou het saturatiepunt kunnen worden bereikt en een uitgebreider model kunnen worden gegeven van de verklaring voor het afwijken van de richtlijnadviezen.

Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of de gedragsverklaring, aangedragen in dit onderzoek, volledig is. Daarnaast zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de beweegredenen voor het afwijken van de richtlijnen naar de herkomst van de ouders. Hierdoor zou kunnen worden achterhaald of een verschil bestaat in de beweegredenen naar herkomst en zo kunnen eventueel preventieprogramma's nog specifiekier worden gemaakt voor de verschillende doelgroepen. Verder zou

vervolgonderzoek ook de invloed van de omgeving specifieker kunnen onderzoeken, omdat in dit onderzoek hier geen eenduidig antwoord op is gevonden.

De gedragsverklaring aangedragen in dit onderzoek zou kunnen worden gebruikt voor het opstellen van een vragenlijst voor vervolgonderzoek, waardoor kwantitatief onderzoek op dit gebied mogelijk wordt.

8.2 Aanbevelingen voor praktijk

Ten eerste is het van belang om in het preventieprogramma aandacht te besteden aan de groep met een migratieachtergrond. Uit dit onderzoek is gebleken dat de prevalentie van de naleving van de richtlijnadvies betreffende slaaphouding en slaapplek van ouders met een migratieachtergrond lager is in vergelijking met Nederlandse ouders. Tevens blijkt uit literatuurstudie dat ouders met een migratieachtergrond minder of geen kennis hebben van wiegendood in vergelijking met Nederlandse ouders [26]. Hier moet dan ook meer aandacht aan worden besteed in het preventieprogramma. Het is van belang dat consultatiebureaus ouders met een migratieachtergrond voorzien van een duidelijke voorlichting wat betreft de richtlijnadvies voor veilig slapen. De zorgverlener kan in gesprek gaan om te achterhalen welke visie de ouder heeft ten aanzien van de slaaphouding en slaapplek van de zuigeling en kan hierop inspelen. Zo zal de ouder met een migratieachtergrond op de hoogte zijn van de Nederlandse richtlijnadvies omtrent de slaaphouding en slaapplek van de zuigeling.

Ten tweede zal er aandacht moeten worden besteed voor het samen slapen in het ouderlijk bed. Uit dit onderzoek blijkt dat de mate van naleving van de richtlijnadvies betreffende de slaapplek hoog is. Echter wijst literatuurstudie uit dat er een taboe heerst op samen slapen in het ouderlijk bed waardoor de prevalentie in werkelijkheid waarschijnlijk lager is dan dit onderzoek toont [49]. Tevens is samen slapen in het ouderlijke bed een populaire trend [5]. Het is daarom van belang aandacht te blijven houden voor de preventie van samen slapen in het ouderlijk bed en de ouders te voorzien van kennis omtrent de gevaren die het met zich meebrengt.

Ten derde is de mate van naleving van de richtlijnadvies betreffende de slaaphouding lager dan in de peiling 2011. Hieruit volgt dat het van belang is dat het preventieprogramma hier meer aandacht voor heeft en gericht blijft op de slaaphouding van het kind, ondanks dat buik- en zijligging minder voor zou komen.

Ten vierde is uit de resultaten van het onderzoek gebleken dat de verklaring voor het afwijken van de richtlijnadvies met betrekking tot slaaphouding en slaapplek kan worden gezocht in de verschillende determinanten binnen het ASE-model. De determinant ‘Attitude’ speelt een grote rol in het tot stand komen van het gedrag van de ouders. Doordat de attitude een belangrijke rol speelt, wordt verwacht dat preventie specifiek voor attitudeverandering het meest effect zal hebben. De attitude kan worden veranderd op rationeel en emotioneel niveau [50]. Dit betekent dat het van belang is dat het preventieprogramma wordt gericht op het vergroten van de kennis van de ouders. Hierbij is het van belang dat de achtergrond van de richtlijnadvies duidelijk worden gemaakt, waardoor de ouders de

noodzaak van het opvolgen van de adviezen meer gaan inzien. Dit kan worden gedaan aan de hand van onder andere een website en flyers. Middels de inzet van zorgverleners, op bijvoorbeeld het consultatiebureau, zal op emotioneel niveau de attitude van de ouders kunnen worden veranderd. Zij kunnen de ouders overtuigen om de richtlijnadviezen te volgen door middel van hun aanzien.

Als laatste wordt er aanbevolen dat consultatiebureaus de focus meer leggen op de beweegredenen van ouders om af te wijken van de richtlijnadviezen. De zorgverlener kan bepalen of het gaat om legitieme beweegredenen, bijvoorbeeld een lichamelijke aandoening, om af te wijken van de richtlijnadviezen. Als dit niet het geval is, kan de zorgverlener de ouders aanmoedigen om de richtlijnadviezen toch op te volgen door met ze in gesprek te gaan en hun erop wijzen dat het in het belang van de zuigeling is om de richtlijnadviezen te volgen. Uit de interviews bleek namelijk dat veel ouders afweken, omdat zij van mening waren te handelen in het belang van de zuigeling. De barrières die de ouders ervaren kunnen worden verminderd of weggenomen door het consultatiebureau, door deze barrières bespreekbaar te maken en alternatieven te zoeken voor het niet naleven van de richtlijnadviezen. Daarnaast kan onjuiste of ontbrekende kennis omtrent de juiste slaapplek en slaaphouding van de zuigeling bij ouders worden weggenomen door de zorgverlener. In dit onderzoek is bijvoorbeeld naar voren gekomen dat een ouder denkt dat de zuigeling op de linker zij te slapen leggen, gezonder zou zijn. Door deze onjuiste of ontbrekende kennis weg te nemen, zullen de ouders de juiste informatie bezitten en kunnen zij worden gestuurd in het maken van de juiste beslissing ten aanzien van de slaaphouding en slaapplek van de zuigeling. Het is dus van belang dat consultatiebureaus meer aandacht besteden aan het achterhalen van de beweegredenen van ouders voor hun gedrag omtrent de slaaphouding en slaapplek van de zuigeling.

Referentielijst

1. J.H. Ruys, A.C.E., H.W.M. van Velzen-Mol, *Richtlijn Preventie Wiegendood*. 2007, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
2. M.E. Wiesman, N.D.v.V.V.-B., M.I. Hilhorst, B.A. Semmekrot, A.C. Engelberts, J.C. Mulder, *Adviezen voor veilig slapen ter preventie wiegendood*. Praktische pediatrie, 2016(3): p. 168-172.
3. M.P. L'Hoir, C.G.M.G.-O., M. Scheltes, B.E. van Sleuwen, M.M. Boere-Boonekamp, *Tiende peiling veilig slapen*. JGZ, 2013. **45**: p. 32-38.
4. Hannah C. Kinney, B.T.T., *The sudden infant death syndrome*. The new England journal of medicine, 2009(361): p. 795-805.
5. Guus de Jonge, J.H., *Een kwart eeuw wiegendood in Nederland*. 2005, CBS.
6. Josanne M.A. Munsters, H.W., Magda M. Boere-Boonekamp, Ben A. Semmekrot en Adèle C. Engelberts, *Aanvullende adviezen voor veilig slapen ter preventie van wiegendood*. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2013.
7. J.H. Ruys, A.C.E., H.W.M. van Velzen-Mol, *JGZ-richtlijn preventie wiegendood*. 2009, RIVM: Bilthoven.
8. Schaijk, M.v., et al., *Peiling risicofactoren wiegendood bij zuigelingen, November 2002 - april 2003, 2002-2003*, TNO.
9. Josh Griffin, A.H., Lucy Davidson, Alison L Kent, *A prospective audit of adherence to safe sleeping guidelines in a general paediatric ward and special care nursery*. Journal of paediatrics and child health, 2016. **52**(5): p. 529-533.
10. Annie Lau, W.H., *Safe sleep, day and night: mothers' experiences regarding infant sleep safety*. Journal of clinical nursing, 2016. **25**(19-20): p. 2816-2826.
11. Ward, T.C.S., *Reasons for Mother–Infant Bed-Sharing: A Systematic Narrative Synthesis of the Literature and Implications for Future Research*. Maternal and Child Health Journal, 2014. **19**(3): p. 675-690.
12. A. Martiniuk, J.J., N. Faruqui, W.Yu, *Positional plagiocephaly reduces parental adherence to SIDS Guidelines and inundates the health system*. Child: care, health and development, 2016. **42**(6): p. 941-950.
13. Rosalind P. Oden, B.L.J., Taiwo I Ajao, Rachel Y. Moon, *Factors Influencing African American Mothers' Decisions About Sleep Position: A Qualitative Study*. Journal of the National Medical Association, 2010. **102**(10): p. 870-880.
14. Brandi L. Joyner, R.P.O., Taiwo I. Ajao, Rachel Y. Moon, *Where should my baby sleep: a qualitative study of African American infant sleep location decisions*. Journal of the National Medical Association, 2010. **102**(10): p. 881-889.
15. Flora Y. Wong, N.B.W., Stephanie R. Yiallourou, Sophie Yorkston, Alicia R. Dymowski, Lalitha Krishnan, Adrian M. Walker, Rosemary S. C. Horne, *Cerebral Oxygenation Is Depressed During Sleep in Healthy Term Infants When They Sleep Prone*. Pediatrics, 2011. **127**(3).
16. T.W.H. Flinsenberg, J.H.R., A.C. Engelberts en H.W.M. van Velzen-Mol *Herziene richtlijn 'Preventie wiegendood'*. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2008. **152**(24).
17. Lee T. Gettler, J.J.M., *Evolutionary Perspectives on Mother–Infant Sleep Proximity and Breastfeeding in a Laboratory Setting*. American Journal of Physical Anthropology, 2011. **144**(3): p. 12.

18. Jeugdgezondheid, N.C. *Babynestje* [cited 2017 27-06]; Available from: <https://www.ncj.nl/preventie-wiegedood/producten-veilig-of-onveilig/bedattributen/babynestje/>.
19. Jeugdgezondheid, N.C. *Adviezen verschillende matrassen*. [cited 2017 27-06]; Available from: <https://www.ncj.nl/preventie-wiegedood/producten-veilig-of-onveilig/matrassen-en-matrasbeschermer/adviezen-verschillende-matrassen/>.
20. Jeugdgezondheid, N.C. *Adviezen veilig slapen* [cited 2017 02-03]; Available from: <https://www.ncj.nl/preventie-wiegedood/adviezen-veilig-slapen/>.
21. Bernt Alm, G.W., Per Mollborg, Hugo Lagercrantz, *Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome*. *Acta Pædiatrica* 2015. **105**(1): p. 7.
22. Lorena Teresinha Consalter Geib, D.A., Magda Lahorgue Nunes, *Sleep Practices and Sudden Infant Death Syndrome: A New Proposal for Scoring, Risk Factors*. *SLEEP*, 2006. **29**(10): p. 7.
23. RIVM. *Bevolking, Sociaaleconomische factoren, Sociaaleconomische status*. 2010 12-4-2017]; Available from: <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/bevolking/sociaaleconomische-status/>.
24. M P I'Hoir, A.C.E., G Th J van Well, P Westers, G J Mellenbergh, W H G Wolters, J Huber, *Case-control study of current validity of previously described risk factors for SIDS in the Netherlands*. *Arch Dis Child*, 1998. **79**: p. 8.
25. Statistiek, C.B.v. *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari 2016*; Available from: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=0-4&D6=1&HD=110629-1412&HDR=G5%2cT%2cG3%2cG2%2cG4&STB=G1>
26. van Sleuwen, B.E., et al., *Infant care practices related to cot death in Turkish and Moroccan families in the Netherlands*. *Archives of Disease in Childhood*, 2003. **88**(9): p. 784-788.
27. Waelput, A.J.M. and P.W. Achterberg. *Wiegedood naar etniciteit* [cited 2017 10-04]; Available from: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-wiegedood-naar-etniciteit>.
28. Schulpen, T.W.J., J.E. van Steenbergen, and H.F. van Driel, *Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands*. *Archives of Disease in Childhood*, 2001. **84**(3): p. 222-226.
29. zorg, R.k.v., *Richtlijn voor richtlijnen*. 2012: Den Haag.
30. Ajzen, I., *The theory of planned behavior*, in *The handbook of Theories of Social Psychology*, A.W.K. Paul A M Van Lange, E Tory Higgins, Editor. 2012, SAGE publications Ltd: London.
31. Chris Kuiper, Y.H., Marcel Balm, Andre Bieleman, Noks Nauta, *Modellen en terminologie in Arbeid en gezondheid: preventie, behandeling en reïntegratie: Een handboek voor paramedici*. 2011, Bohn Stafleu van Loghum.
32. Johannes Brug, P.v.A., Lilian Lechner *Determinanten van gedrag in Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. 2007, Gorcum B.V., Koninklijke van.
33. Gosselink, I. *Het ASE-model*. 2014; Available from: file:///C:/Users/leaho/Downloads/Het_ASE-model_20-21_mei_14%20(1).pdf.
34. Rotmans, S., *"Bewegen, wat houdt jou tegen?!"*, in *Toegepaste CommunicatieWetenschap*, 2005 Universiteit Twente: Enschede p. 117.
35. Baarda, B., *Dit is onderzoek!* tweede editie ed. 2014, Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.
36. Creswell, J.W., *A framework for design*, in *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, C.D. Laughton, Editor. 2003, Sage Publications, Inc. p. 3-26.

37. CBS. *Begrippen*. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=h#id=herkomstgroepering>.
38. CBS. *Onderwijsniveau*. 2013; Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2013/40/onderwijsniveau-bevolking-gestegen/onderwijsniveau>.
39. Team, F. *Response Rate Statistics for Online Surveys -What Numbers Should You be Aiming For?* 2014 [12-6-2017]; Available from: <http://fluidsurveys.com/university/response-rate-statistics-online-surveys-aiming/>.
40. Levine, M.D.K.T.D.H.R., *A Comparison of Web and Mail Survey Response Rates*. Public Opinion Quarterly, 2004. **68**(1): p. 94–101.
41. Association, W.M. *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 2013 [22-03-2017]; Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
42. Cordasco, K.M., *Chapter 39: Obtaining Informed Consent From Patients: Brief Update Review*, in *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. 2013: Rockville (MD)
43. Overheid.nl. *Wet bescherming persoonsgegevens*. 10-03-2017 [22-03-2017]; Available from: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/2017-03-10>
44. Statistiek, C.B.v. *Bevolkingsontwikkeling; levendgeborenen, overledenen en migratie per regio*. 2016 [cited 2017 02-06]; Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37259ned&D1=1-2,6-16&D2=1-2&D3=0-4&D4=0,10,20,30,40,54-55&HDR=G3,G1&STB=G2,T&VW=T>.
45. Statistiek, C.B.v. *Bevalling en geboorte: 1989-2013*. 2015 [cited 2017 02-06]; Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37302&D1=34,45-48&D2=0&D3=0,3,8,l&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>.
46. Statistiek, C.B.v. *Geboorte; kerncijfers*. 2016 [cited 2017 02-06]; Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=15-19,32-39&D2=0,10,20,30,40,50,60-65&VW=T>.
47. Statistiek, C.B.v. *Bevolking; hoogst behaald onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en herkomst*. 2017 [cited 2017 02-06]; Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82275ned&D1=0&D2=1-2&D3=3-4&D4=a&D5=0,2-4,8-10,12-14&D6=l&HDR=T,G3,G5&STB=G2,G1,G4&VW=T>.
48. Statistiek, C.B.v. *Bevolking; hoogst behaald onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en herkomst*. 2017; Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82275ned&D1=0&D2=1-2&D3=3-4&D4=a&D5=0,2-4,8-10,12-14&D6=l&HDR=T,G3,G5&STB=G2,G1,G4&VW=T>.
49. Baby, F. *Onderzoek: helft van de ouders durft niet te zeggen dat baby in hun bed slaapt*. 2017 [cited 2017 07-06]; Available from: <https://www.fammebaby.nl/nieuw-onderzoek-baby-slapen/>.
50. Elliot Aranson, T.D.W., Robin M. Akert, *Sociale psychologie*. 7 ed. 2011: Pearson Education Benelux.
51. Dingemanse, K. *Validiteit in interviews*. 2017 [cited 2017 27-6]; Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>.

Bijlage A: Vragenlijst

Fijn dat u mee wilt doen aan het onderzoek over het verzorgen van baby's tot 1 jaar rond het slapen!

- De vragenlijst kan worden ingevuld door de moeder of vader van het kind, of door een andere persoon die zorg draagt voor het kind.
- Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Universiteit Twente samen met consultatiebureaus.
- Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en u kunt op elk moment stoppen.
- We gaan vertrouwelijk met uw gegevens om en we verwerken uw antwoorden anoniem.
- Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 10 minuten.
- Wanneer u meer dan één antwoord mag aankruisen staat dit bij de vraag vermeld.

Alvast hartelijk dank namens het onderzoeksteam van Universiteit Twente!

Vragenlijst

Gegevens ouder/verzorger

1. Door wie wordt de vragenlijst ingevuld?
☐ moeder ☐ anders, namelijk
☐ vader
2. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?
.....
3. Onder welke JGZ-organisatie valt het consultatiebureau dat u bezoekt?
.....

Gegevens kind

4. Bent u in de afgelopen 12 maanden ouder/ verzorger geworden van één kindje of van een meerling (tweeling, drieling, etc.)?
☐ van één kindje ☐ van een meerling → vult u a.u.b. de vragenlijst in voor het kind dat als eerste is geboren
5. Wat is de geboortedatum van het kind waarvoor u deze vragenlijst invult?
...../...../.....
6. Wat is het geslacht van uw kind?
☐ jongen ☐ meisje
7. Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren?
☐ minder dan 32 weken ☐ meer dan 37 weken
☐ 32-37 weken
8. Het hoeveelste kind is dit van de moeder?
☐ eerste kind ☐ derde kind
☐ tweede kind ☐ vierde of daaropvolgende kind
9. Wat was het geboortegewicht van uw kind? Als u het niet precies weet, kunt u een schatting geven. Weet u het helemaal niet, vul dan 'weet ik niet' in.
.....gram ☐ weet ik niet

De volgende vragen gaan over hoe u uw baby verzorgt rond het slapen. Eerst gaat het over hoe dat meestal ging in de afgelopen 4 weken. Later komen nog enkele vragen over hoe dat de afgelopen nacht ging.

Slaaphouding

10. In welke houding is uw kind in de afgelopen 4 weken te slapen gelegd? Meerdere antwoorden mogelijk
☐ gewoonlijk op de rug → ga naar vraag 12
☐ gewoonlijk op de zij
☐ gewoonlijk op de buik
☐ wisselend op de rug en de zij
☐ wisselend op de rug en de buik
☐ wisselend op de zij en de buik
☐ wisselend op de rug, de buik en de zij
☐ anders, namelijk

11. Wat is de reden dat u ervoor kiest uw kind (soms) op de zij en/of de buik te slapen te leggen?		
12. Gebruikt u hulpmiddelen om uw kind in de gewenste slaaphouding te laten slapen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja, een voedingskussen ☐ ja, een opgerolde handdoek ☐ ja, een riem of band door de slaapzak ☐ ja, een slaapwikkeltje zoals de Save-T-Sleep of Snoozzz ☐ ja, een stabilisatiekussen of wig ☐ ja, anders, namelijk	
Slaapplekken		
13. Waar slaapt uw kind <u>s 'nachts</u> gewoonlijk?	☐ alleen op een kamer → <u>ga naar vraag 19</u> ☐ met broertje(s) of zus(je) op een kamer → <u>ga naar vraag 17</u> ☐ bij de ouder(s) op de kamer	
14. Waarin slaapt het kind op de ouderslaapkamer?	☐ in een wiegje of ledikant → <u>ga naar vraag 19</u> ☐ in een aanschuifbedje of co-sleeper → <u>ga naar vraag 19</u> ☐ bij één of beide ouders in bed	
15. Wat is de reden dat u ervoor kiest om uw kind bij u (beiden) in bed te laten slapen?		
16. Gebruikt u hulpmiddelen om uw kind bij u (beiden) in bed te laten slapen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja, een snuggle-bed of babynest	☐ ja, een aankleedkussen ☐ ja, anders, namelijk.....
17. Slaapt uw kind gewoonlijk met zijn/haar meerlingbroertje of -zusje in één bed? <i>Kies n.v.t. als uw kind <u>geen</u> meerlingbroertje of -zusje heeft</i>	☐ ja ☐ nee	☐ niet van toepassing → <u>ga naar vraag 19</u>
18. Wat is de reden dat u ervoor kiest om uw kind bij zijn/haar meerlingbroertje(s) of -zusje(s) in één bed te laten slapen?		
19. Hoe legt u gewoonlijk uw kind in bed?	☐ met de voetjes bij het voeteneind (of matrozenbedje) ☐ in het midden van het bedje ☐ met het hoofdje bij het hoofdeind ☐ anders, namelijk	
20. Bent u <u>de afgelopen vier weken</u> wel eens samen met uw kind in slaap gevallen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja, in bed ☐ ja, op een stoel	☐ ja, op de bank ☐ ja, op een andere plek, namelijk.....
21. Heeft u uw kind in <u>de afgelopen vier weken</u> wel eens laten slapen op één van de volgende plekken? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ maxi-cosi in huis ☐ wipstoeltje ☐ voedingskussen ☐ bank of stoel ☐ waterbed ☐ zitzak	☐ kinderwagen in huis ☐ box ☐ draagdoek of draagzak ☐ kampeerbedje ☐ geen van deze plekken
22. Wat voor matras gebruikt(e) u in het kampeerbedje?	☐ een matras die qua afmetingen past bij het kampeerbedje ☐ een matras die qua afmetingen niet past bij het kampeerbedje ☐ niet van toepassing	

23. Wat ligt er gewoonlijk in het bedje van uw kind? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ matras die qua afmetingen goed past in het bed ☐ zeiltje om doorlekken te voorkomen en de matras te beschermen ☐ matras of matrashoes met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep) ☐ hoofdbeschermer of stootkussen ☐ gevulde knuffel, kleiner dan 10 centimeter ☐ gevulde knuffel, groter dan 10 centimeter ☐ knuffeldoekje ☐ hydrofiele luier ☐ kussen(tje) ☐ anders, namelijk
--	--

24. Om wat voor kussen(tje) gaat het?	☐ kussen(tje) met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep) ☐ kussen(tje) zonder ventilerende toplaag ☐ weet ik niet ☐ niet van toepassing
--	---

Fopspeen

25. Werd uw kind in <u>de afgelopen vier weken</u> met een fopspeen te slapen gelegd?	☐ nee ☐ ja, soms ☐ ja, vaak ☐ ja, altijd ☐ weet ik niet
--	--

Inbakeren

26. Is uw kind <u>in de afgelopen vier weken</u> gewoonlijk ingebakerd tijdens het slapen?	☐ nee → <u>ga naar vraag 31</u> ☐ ja, alleen 's nachts ☐ ja, alleen overdag ☐ ja, zowel 's nachts als overdag ☐ weet ik niet → <u>ga naar vraag 31</u>
---	---

27. Hoe heeft u het inbakeren geleerd? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ van een medewerker van het consultatiebureau ☐ op een andere manier, namelijk
--	---

28. Hoe oud was uw kind toen u begon met inbakeren?	 weken
--	-------------

29. Is uw kind wel eens naar de buik gedraaid terwijl hij/zij was ingebakerd?	☐ ja ☐ nee → <u>ga naar vraag 31</u>
--	---

30. Hoe oud was uw kind toen?	 weken
--------------------------------------	-------------

Overige verzorgingsfactoren

31. Maakte u <u>in de afgelopen week</u> gebruik van kinderopvang of oppas? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja, van een kinderdagverblijf: uur in de afgelopen week ☐ ja, van gastouderopvang: uur in de afgelopen week ☐ ja, van een oppas: uur in de afgelopen week ☐ ja, anders, namelijk..... ☐ weet ik niet
---	---

32. Hoe lang lag uw kind <u>in de afgelopen week</u> gemiddeld per dag onder toezicht op de buik te spelen? <i>Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen?</i>	☐ nooit op de buik ☐ 0-10 minuten ☐ 11-20 minuten ☐ 21-30 minuten ☐ 31-45 minuten ☐ meer dan 45 minuten ☐ moeilijk te beantwoorden omdat mijn kind al rolt, kruipt, zit en/of staat ☐ weet ik niet
---	---

33. Welke melkvoeding krijgt uw kind op dit moment?

- ☐ borstvoeding
- ☐ kunstvoeding
- ☐ zowel borstvoeding als kunstvoeding
- ☐ anders, namelijk

Afgelopen nacht

34. In welke houding is uw kind gisteravond te slapen gelegd?

- ☐ op de rug
- ☐ op de zij
- ☐ op de buik
- ☐ weet ik niet
- ☐ anders, namelijk

35. In welke houding trof u of uw partner uw kind vanmorgen in bed aan?

- ☐ op de rug
- ☐ op de zij
- ☐ op de buik
- ☐ zittend
- ☐ staand
- ☐ weet ik niet
- ☐ anders, namelijk

36. Waarmee werd uw kind de afgelopen nacht toegedekt?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ deken
- ☐ laken
- ☐ dekbed
- ☐ dekbedhoes
- ☐ slaapzak of trappelzak
- ☐ weet ik niet
- ☐ anders, namelijk

37. Is uw kind gisteravond met een fopspeen te slapen gelegd?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet ik niet

38. Op wat voor slaapplek heeft uw kind het grootste deel van de afgelopen nacht geslapen?

- ☐ alleen op een kamer
- ☐ met broertje(s) en/of zusje(s) op een kamer
- ☐ op de ouderslaapkamer in een wieg of ledikant
- ☐ op de ouderslaapkamer in een aanschuifbedje of co-sleeper
- ☐ bij één of beide ouders in bed
- ☐ weet ik niet
- ☐ anders, namelijk

39. Was uw kind afgelopen nacht ingebakerd?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet ik niet

40. Wat lag er vannacht in het bed van uw kind?
Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ matras die qua afmetingen goed past in het bed
- ☐ zeiltje om doorlekken te voorkomen en de matras te beschermen
- ☐ matras of matrashoes met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
- ☐ hoofdbeschermer of stootkussen
- ☐ gevulde knuffel, kleiner dan 10 centimeter
- ☐ gevulde knuffel, groter dan 10 centimeter
- ☐ knuffeldoekje
- ☐ hydrofiele luier
- ☐ kussen(tje)
- ☐ anders, namelijk

41. Om wat voor kussen(tje) gaat het?

- ☐ kussen(tje) met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
- ☐ kussen(tje) zonder ventilerende toplaag
- ☐ weet ik niet

☐ niet van toepassing

Informatie over veilig slapen

42. Kent u de volgende websites of folders?

www.ncj.nl: adviezen veilig slapen
www.opvoeden.nl: veilig in bed en in de box
folder 'Slaap lekker' van VeiligheidNL

ja nee

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

Kenmerken ouder(s) / verzorger(s)

Hieronder volgen vragen over de ouders/verzorgers van het kind. Dit kunnen de (biologische) vader en moeder zijn. In andere situaties, b.v. bij twee vaders, twee moeders, stiefouders of adoptieouders, bedoelen we de eerste en tweede verzorger van het kind.

43. Is er naast u nog iemand die de zorg draagt voor uw kind?

☐ nee → u kunt bij de vragen over opleidingsniveau, alcohol drinken en roken over de andere ouder / verzorger 'niet van toepassing' invullen.
☐ ja, de vader van het kind
☐ ja, de moeder van het kind
☐ ja, iemand anders dan de vader of moeder van het kind

44. In welk land is de biologische moeder geboren, en de moeder en vader van de biologische moeder?

Nederland
(voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba
Suriname
Marokko
Turkije
weet ik niet
anders, namelijk

biologische moeder moeder van de biologische moeder vader van de biologische moeder

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

45. In welk land is de biologische vader geboren, en de moeder en vader van de biologische vader?

Nederland
(voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba
Suriname
Marokko
Turkije
weet ik niet
anders, namelijk:

biologische vader moeder van de biologische vader vader van de biologische vader

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

46. Wat is de hoogst afgemaakte opleiding van ouders / verzorgers?

basisonderwijs
vmbo, mbo1, avo onderbouw
havo, VWO, mbo 2-4
HBO, Universiteit
weet ik niet
niet van toepassing

moeder / verzorger 1 vader / verzorger 2

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

47. Hoeveel glazen met alcohol hebben ouders/verzorgers gisteravond gedronken?

0 glazen
1-2 glazen
3-5 glazen
6 of meer glazen
weet ik niet
niet van toepassing

moeder / verzorger 1 vader / verzorger 2

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

48. Roken moeder en vader?	moeder / verzorger 1	vader / verzorger 2
ja	☐	☐
nee	☐	☐
weet ik niet	☐	☐
niet van toepassing	☐	☐

49. Hoeveel sigaretten rookt <u>moeder / verzorger 1</u> gemiddeld per dag? <i>Als u het niet precies weet kunt u een schatting geven.</i>	 sigaretten per dag ☐ weet ik niet ☐ niet van toepassing
--	---

50. Hoeveel sigaretten rookt <u>vader / verzorger 2</u> gemiddeld per dag? <i>Als u het niet precies weet kunt u een schatting geven.</i>	 sigaretten per dag ☐ weet ik niet ☐ niet van toepassing
---	---

51. Rookte moeder tijdens de zwangerschap?	☐ nee ☐ ja, maar niet elke dag ☐ ja, elke dag ☐ weet ik niet
--	---

52. Zo ja, hoeveel sigaretten rookte de moeder gemiddeld per dag? <i>Als u het niet precies weet kunt u een schatting geven.</i>	 sigaretten per dag ☐ weet ik niet
--	---

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

Heeft u nog opmerkingen over deze vragenlijst en/of dit onderzoek?

Bijlage B: Semigestructureerde interview

Topic	Vragen
Gedrag	- Kunt u vertellen wat u doet? Samen slapen of buik/zijligging? - Wanneer samen slapen: Hoe slaapt u samen met uw kind in één bed? Gebruikt u hulpmiddelen? Waar legt u hem/haar neer in bed? - Wanneer buik/zijligging: Gebruikt u hulpmiddelen om uw kind in deze houding te laten slapen?
Redenen	- Wat is uw reden om te kiezen voor samen slapen / buik/zijligging?
Attitude	- Kent u de mogelijke gevolgen van samen slapen of buik/zijligging? - Kent u de richtlijnen voor veilig slapen met betrekking tot slaapplek/slaaphouding? Zo ja: Hoe kent u deze? - Denkt u dat het klopt wat de richtlijnen adviseren? - Vindt u het belangrijk om de richtlijnen te volgen? Waarom vindt u het wel of niet belangrijk?
Sociale norm	- Is het bij de omgeving bekend/ Heeft u het wel eens met uw omgeving over ...? - Wat vindt de omgeving ervan? Doen zij het zelf ook? - Maakt de mening van uw omgeving uit? En beïnvloedt het uw gedrag?
Middelen en mogelijkheden/ beperkingen	Samen slapen: - U slaapt samen met uw kind, heeft dat te maken met dat u geen ledikant heeft? - Hoe komt het dat u die niet heeft? Buik/zij slapen: - Aandoening?
Kenmerken ouders	- Hoogst afgemaakt opleiding? Vader en moeder? - Herkomst? - Wat is de leeftijd van uw kind? - Hoeveelste kind?

Bijlage C: Proefpersonen Informatie Brief (PIB)

Proefpersoneninformatie

UNIVERSITY OF TWENTE.

Onderzoek: beweegredenen van ouders voor het gedrag omtrent de verzorging van baby's tot twaalf maanden oud met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn Lea Hornstra en Eline Beens en namens Universiteit Twente doen wij een afstudeeronderzoek voor onze bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Via deze brief willen wij u vragen om mee te doen aan bovenstaand wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief daarom rustig door. Heeft u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kun u terecht bij ons. Verderop kunt u de contactgegevens van ons vinden.

Doel en achtergrond van het onderzoek

Wiegendood is het plotseling en onverwacht overlijden van een baby tot twaalf maanden oud. Dankzij voorlichting over preventieve maatregelen is het voorkomen van wiegendood sterk gedaald. Doordat wiegendood nog weinig voorkomt kan het zijn dat ouders daar minder over nadenken, waardoor zij meer risicovol gedrag vertonen. Wij zijn geïnteresseerd in de redenen van ouders om dit gedrag te vertonen. Als we het gedrag van ouders begrijpen, kunnen we misschien de voorlichting hierop aanpassen. Zo kan het bewustzijn van ouders worden vergroot waardoor het voorkomen van wiegendood laag blijft.

De universiteit Twente in Enschede doet onderzoek naar de beweegredenen van ouders voor het gedrag omtrent de verzorging van baby's tot twaalf maanden oud. Voor dit onderzoek vinden interviews plaats met ouders van baby's tot twaalf maanden oud bij wie risicofactoren zijn gesignaleerd in het gedrag rondom de slaaphouding en slaapplek.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er wordt een semigestructureerd interview uitgevoerd. Het interview zal één op één plaatsvinden en opgenomen worden. Er zijn geen risico's verbonden aan deelname aan het onderzoek. Het interview zal ongeveer 20-30 minuten in beslag nemen.

Wat wordt er van u verwacht?

U bent door ons benaderd voor het onderzoek. In deze brief staat alle benodigde informatie. Ook zit er een toestemmingsverklaring bij, die u kunt ondertekenen als u wilt deelnemen. Dit is een formulier waarmee u aangeeft dat u begrijpt wat het onderzoek inhoudt en dat u wilt meewerken. De toestemmingsverklaring mag u teruggeven aan ons.

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niet te ondertekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het interview heeft u het recht om vragen niet te beantwoorden of te stoppen zonder toelichting.

Vertrouwelijkheid

De gegevens die tijdens het onderzoek over u worden verzameld, behandelen we vertrouwelijk volgens (inter)nationale regels en wetten, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Wij wijzen er met nadruk op dat de informatie die u verstrekt hoogst vertrouwelijk zal worden behandeld en nooit zal worden doorgegeven aan derden. Wij zullen uw gegevens coderen op een manier dat ze anoniem zijn. Dit betekent dat ze niet tot u herleid kunnen worden. De verzamelde informatie wordt dan ook niet

verwerkt op basis van bijvoorbeeld uw geboortedatum, voornaam of achternaam. De opname van het interview zal uitsluitend voor analyse worden gebruikt.

Als u besluit deel te nemen aan dit onderzoek geeft u toestemming voor het volgende:

- Wij mogen de verzamelde gegevens gebruiken voor het onderzoek.
- Indien u later beslist niet meer mee te doen aan het interview/onderzoek, mogen wij uw gegevens die verzameld werden vóór deze beslissing gebruiken voor het onderzoek.
- Dit onderzoek brengt geen risico's met zich mee, waardoor er geen proefpersonenverzekering afgesloten wordt.

Vergoeding

Wij zullen voor het interview een eenmalig bezoek bij u of een locatie dichtbij u brengen. Hierdoor zal er géén vergoeding van de afgelegde kilometers nodig zijn.

Ten slotte

U bent gevraagd deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit BMS van de Universiteit Twente. Verder zullen de internationaal vastgestelde richtlijnen voor dit onderzoek nauwkeurig opgevolgd worden.

Voor verdere informatie

Wanneer u nog vragen heeft over het onderzoek, kunt u die stellen aan ons.

Met vriendelijke groet,

Eline Beens, Student Gezondheidswetenschappen, Onderzoeker, Email: e.beens@student.utwente.nl,
Tel: 06-11650386

Lea Hornstra, Student Gezondheidswetenschappen, Onderzoeker, Email:
g.l.hornstra@student.utwente.nl, Tel: 06-86651771

Bijlagen

toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring-formulier (informed consent)

Titel onderzoek: Beweegredenen van ouders voor het gedrag omtrent de verzorging van baby's tot twaalf maanden oud met betrekking tot de slaaphouding en slaapplek

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. M.M. Boere-Boonekamp

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat de opname van het interview uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik heb daarbij het recht om op elk moment zonder verklaring mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: _____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening deelnemer: _____

In te vullen door uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: _____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening onderzoeker: _____

Bijlage D: Variabelenoverzicht statistische analyse

De variabelen gebruikt voor het omschrijven van de steekproef zijn weergegeven in onderstaande tabel, met de mogelijke waarden die zij konden aannemen en of zij categorisch of numeriek waren. De steekproefomschrijving is gedaan aan de hand van beschrijvende statistiek.

Variabele	Mogelijke waarden	Categorisch/ Numeriek
Leeftijd	- 0-12 maanden	Numeriek
Geslacht	- Meisje - Jongen	Categorisch
Geboortegewicht	- 0 - ∞ gram	Numeriek
Duur zwangerschap	- Minder dan 32 weken - 32-37 weken - Meer dan 37 weken	Categorisch
Rangorde kind	- 1 ^e kind - 2 ^e kind - 3 ^e kind of hoger	Categorisch
Opleidingsniveau	- Laag - Middelbaar - Hoog - Onbekend - Missing	Categorisch
Herkomst	- Nederland - (Voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba - Suriname - Marokko - Turkije - Anders - Onbekend	Categorisch
Rookgedrag	- Ja - Nee - Onbekend - Missing	Categorisch
Alcoholgebruik	- 0 glazen - 1-2 glazen - 3-5 glazen - Onbekend - Missing	Categorisch

In onderstaande zijn de variabelen met betrekking tot het gedrag in de steekproef weergegeven met de mogelijke waarden die zij konden aannemen.

Variabele	Mogelijke waarden	Categorisch/Numeriek
Slaaphouding	- Buikligging - Zijligging - Rugligging - Combinatie rug/zij - Combinatie rug/buik - Combinatie zij/buik - Combinatie rug/zij/buik	Categorisch
Slaapplek	- In ouderlijk bed - Niet in ouderlijk bed	Categorisch