

Module Analyseren en Verbeteren van Zorg - Onderzoeksrapportage

Ouder-kind-interactie bij Dunstan Babytaal geschoolde ouders in vergelijking met ouders die niet geschoold zijn in Dunstan Babytaal

Auteurs: Braam, D.N., & Taher, T.N

Studentnummers: 383854, 366410

Docentbegeleider: Carlien Dusseldorp

Opleiding: Verpleegkunde

Onderwijsinstelling: Hanzehogeschool Groningen

Academie voor Verpleegkunde

Opdrachtgever: Margreet Luinge

Organisatie: Lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling van de
Hanzehogeschool te Groningen

Datum: 16 februari 2021

Osiriscode: HVVB20MAVZ

Samenvatting

De ouder-kind-interactie is van grote significantie voor de ontwikkeling van goede hechting, emotionele-, sociale- en cognitieve ontwikkeling (Hofman & Luinge, 2016) en het fysieke welbevinden van de baby (Korja, Latva & Lehtonen, 2012). Het hardhandig reageren of afkeren naar de baby, door stress of bezorgdheid van de ouder, kan de ouder-kind-interactie beïnvloeden, wat kan resulteren in achterstanden van de genoemde ontwikkelingen (Luinge, 2018). Om de band tussen de ouders en baby te versterken, is het van belang dat de ouders hun baby begrijpen (Verweij, 2014). Een methode om inzicht te krijgen in de redenen achter het huilen van de baby is Dunstan Babytaal (DBT). De methode beweert dat er een universele taal is die baby's 'spreken'. Deze universele taal bestaat uit vijf geluiden, die de baby's maken vlak voordat ze gaan huilen (Parenthood, 2020). De vijf geluiden zijn gekoppeld aan vijf basisbehoeften van de baby (honger hebben, darmkrampen hebben, boertjes moeten laten, ongemak hebben of moe zijn).

Het beoogde resultaat van dit onderzoek is dat er inzicht verkregen wordt in de ouder-kind-interactie bij DBT-geschoolde ouders in vergelijking met ouders die niet geschoold zijn in DBT. De vraagstelling passend bij het beoogde resultaat is: hoe ziet de ouder-kind-interactie eruit bij een Dunstan Babytaal-geschoolde ouder in vergelijking met een ouder die niet geschoold is in Dunstan Babytaal?

Het onderzoek is een exploratief case-control onderzoek met kwalitatieve en kwantitatieve kenmerken. De steekproefgrootte bestaat uit twee ouderparen met een baby. Het eerste aangemelde ouderpaar heeft DBT-scholing ontvangen en het tweede ouderpaar heeft geen DBT-scholing ontvangen. De ouders hebben over een periode van vijf weken, vijf video-opnames, van elk ongeveer vijf minuten gemaakt, van zichzelf en hun baby tijdens een voedingsmoment of op het moment dat de baby signalen geeft door middel van geluid. Bijzonderheden in de ouder-kind-interactie, gebleken uit de gemaakte video-opnames, van de ouders zijn geanalyseerd en de video-opnames zijn systematisch geanalyseerd met behulp van een observatieformulier (Luinge, 2018; Adema & Blok, 2020).

Uit de resultaten is voortgekomen dat de baby van de DBT-geschoolde ouder positiever op het troostgedrag van de ouder reageert en de baby had meer aandacht voor de gesproken taal en of/geluiden van de ouder dan de baby van de ouder die geen DBT-scholing ontvangen heeft. De DBT-geschoolde ouder vertoonde relatief vaker positieve gedragingen en/of handelingen, de ouder toonde vaker plezier en geluk in het ouderschap, de ouder ging meer emotioneel contact aan met haar baby en de ouder probeerde de DBT-geluiden toe te passen op de gemaakte geluiden die zij waarnam vanuit haar baby.

De volgende discussiepunten zijn voortgekomen uit het onderzoek:

- De kwaliteit van de video-opnames verschilde sterk tussen de twee ouders. De analyse van de video-opnames is de enige manier van dataverzameling. De matige kwaliteit van de video-opnames zorgde ervoor dat de resultaten beperkt valide en betrouwbaar zijn.
- Enkele variabelen en/of categorieën in het gebruikte observatieformulier zouden wellicht als overbodig en/of niet toepasbaar op dit onderzoek gezien kunnen worden. Tevens is de validiteit en betrouwbaarheid van het observatieformulier beperkt.

Gezien de gebleken beperkte validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek, de gebruikte steekproefgrootte en de toepasbaarheid van het observatieformulier, valt er niet te beoordelen hoe de ouder-kind-interactie eruit ziet, bij een Dunstan Babytaal-geschoolde ouder, in vergelijking met een ouder die niet geschoold is in Dunstan Babytaal.

De volgende aanbevelingen worden gedaan naar aanleiding van bevindingen:

- Er wordt aangeraden om het observatieformulier te laten inspecteren, door de opdrachtgever of toekomstige onderzoekers, op overbodige en/of niet toepasbare variabelen.
- Vanuit de feedback van de ouders is vernomen dat zij de DBT-scholing als prettig hebben ervaren en dat ze het idee hebben dat ze hun baby's beter begrijpen. Hieruit kan een voorzichtige aanbeveling gedaan worden voor het volgen van de DBT-scholing.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Inleiding	5
2. Probleemdefiniëring	8
2.1 Probleemstelling	8
2.2 Doelstelling	8
2.3 Vraagstelling	8
2.4 Definiëring van begrippen	8
3. Onderzoeksmethodologie	10
3.1 Grondvorm en onderzoeksdesign	10
3.2 Onderzoekspopulatie-steekproef	10
3.3 Dataverzamelmethode	11
3.4 Data-analysemethode	13
3.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid	15
3.5.1 Betrouwbaarheid	15
3.5.2 Validiteit	15
3.5.3 Generaliseerbaarheid	16
3.6 Ethiek, wet- en regelgeving	16
4. Onderzoeksresultaten	18
4.1 Kwantitatieve resultaten	18
4.2 Kwalitatieve resultaten	24
5. Discussie	25
5.1 Inhoudelijke discussie	26
5.2 Methodologische discussie	27
6. Conclusie	30
7. Aanbeveling	31
Literatuurlijst	34
Bijlage 1. Observatieformulier	38
Bijlage 2. Wervingsmateriaal	43

1. Inleiding

De eerste maanden na de geboorte van een baby zijn essentieel voor de ontwikkeling van een goede emotionele band. De ouder-kind-interactie is van grote significantie voor de verdere ontwikkeling van goede hechting, emotionele-, sociale- en cognitieve ontwikkeling (Hofman & Luinge, 2016) en zelfs het fysieke welbevinden van de baby (Korja, Latva & Lehtonen, 2012). Het is voor baby's essentieel dat zij wederzijds affectieve interacties met hun ouders ervaren, om geïnteresseerd te worden in sociale interacties. Het hardhandig reageren of afkeren naar de baby, door stress of bezorgdheid van de ouder, kan de ouder-kind-interactie beïnvloeden, wat kan resulteren in achterstanden van de genoemde ontwikkelingen (Luinge, 2018).

Om de band tussen de ouders en baby te versterken, is het van belang dat de ouders hun baby begrijpen. De eerste manier waarmee een baby communiceert met zijn omgeving is door middel van huilen. De baby huilt voornamelijk om in contact te blijven met de ouders en om de ouders te attenderen op hun behoeften (Soltis, 2004). Hoewel het huilen van de baby vaak normaal is, kan het leiden tot stress bij de ouders. Dit merkt de baby op en gaat daarom meer of harder huilen wat extra stress veroorzaakt bij de ouders. De ouders en baby vallen hierdoor in een negatieve spiraal (Verweij, 2014). In de eerste 3 maanden na de geboorte komt ongeveer één op de vijf ouders met hun huilende baby om hulp of advies vragen bij het consultatiebureau of de kinderarts (Halpern & Coelho, 2016). Er wordt van uitgegaan dat ouders altijd begrijpen waarom de baby huilt. Het inschatten wat de baby nodig heeft, kan echter erg lastig zijn. Aan de baby's behoefte wordt hierdoor niet altijd voldaan en de ouders kunnen het gevoel krijgen dat zij tekortkomen. Negatieve emoties, zoals stress of bezorgdheid, verhogen de kans dat de ouders hardhandig reageren of zich afkeren van de baby. Daarbij reageren ouders beter en sensitiever wanneer zij vertrouwen hebben in hun vermogen om juist te reageren op het huilen van de baby (Leerkes & Crockenberg, 2006).

Aangezien de stress die de ouders en baby ervaren, veroorzaakt wordt door het huilen van de baby en de onmacht dat dit met zich meebrengt, zou de stress verminderd kunnen worden wanneer er inzicht verkregen wordt in de reden van het huilen van de baby (Hanzehogeschool, z.d.). Een methode om inzicht te krijgen in de redenen achter het huilen van de baby is Dunstan Babytaal (DBT), die ontwikkeld is door Priscilla Dunstan. De methode beweert dat er een universele taal is die baby's 'spreken', ongeacht de afkomst van de baby of welke taal er gesproken wordt door de ouders. Deze universele taal bestaat uit vijf geluiden, die de baby's maken vlak voordat ze gaan huilen (Parenthood, 2020). De vijf geluiden zijn hieronder weergegeven (24 Baby, z.d.):

- Het geluid *Neh* geeft aan dat de baby honger heeft. Dit geluid ontstaat door de zuigreflex van de baby.
- Het geluid *Eh* betekent dat de baby last heeft van een oprisping. De baby ervaart ongemak en verkrampingen in de borstkas. Tijdens het drinken en huilen hapt een baby vaak veel lucht mee naar binnen.

- Het geluid *Earh* of *Earggghh* betekent dat de baby last heeft van darmkrampen. Dit geluid is over het algemeen moeilijk te herkennen. De baby kan bij het maken van dit geluid moeilijk kijken en hij kan zijn beentjes optrekken.
- Het geluid *Heh* betekent dat de baby zich niet op zijn gemak voelt. De reden hiervoor is vaak een volle luier. Echter kan het ook door een andere reden komen; denk aan het te koud hebben, het te warm hebben of het hebben van een oncomfortabele lighouding.
- Het geluid *Owh* of *Aoh* valt te vergelijken met hardop gapen; het geluid ontstaat door het gaapreflex. Bij het maken van dit geluid krijgt de mond van de baby een ovale vorm.

Dunstan Babytaal Nederland biedt een online cursus aan waarmee ouders DBT uitgelegd krijgen via filmpjes (Dunstan Baby Language, persoonlijke communicatie, 2020). De cursus geeft ook tips over wat een ouder zou kunnen doen als reactie op de geluiden.

Om op te kunnen groeien tot een gezonde volwassene is het voor een kind essentieel dat ze de juiste opvoeding, onderwijs en zorg ontvangen. Dit wordt dan ook als het onderzoeksterrein beschouwd van het lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling van de Hanzehogeschool te Groningen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het lectoraat. Er wordt gestreefd om met het onderzoek meer inzicht te krijgen in de signalen van pasgeboren baby's en de invloed van het herkennen van deze signalen op ouder-kind-interactie. Dit inzicht is belangrijk om te verkrijgen omdat er relatief weinig onafhankelijk onderzoek gedaan is naar de verschillen en overeenkomsten van ouder-kind-interactie bij DBT-geschoolde ouders en ouders die niet geschoold zijn in DBT. Tevens zou het inzicht ervoor kunnen zorgen dat de ouders de behoeften van hun baby beter inschatten, waardoor de interactie tussen ouder en kind en de ontwikkeling van het kind positief worden beïnvloed op de langere termijn (Hanzehogeschool, 2018).

In het voorjaar van 2020 is namens het lectoraat door Toegepaste Psychologie (TP) studenten van de Hanzehogeschool een literatuuronderzoek verricht naar de ouder-kind-interactie bij baby's met schisis, prematuur geboren baby's en baby's zonder aandoening. Vanuit de opleiding Logopedie is een observatieformulier gemaakt om de ouder-kind-interactie meetbaar te maken, die te vinden is in Bijlage 1. Op basis van het literatuuronderzoek hebben de TP-studenten dit observatieformulier, oorspronkelijk gemaakt door de Logopedie studenten, op enkele punten aangepast zodat dit beter aansluit bij de hierboven genoemde doelgroepen (Adema & Blok, 2020). Aan de hand van het aangepaste observatieformulier, werden online beeldfragmenten geanalyseerd.

Het identificeren van de babygeluiden gaat al beter bij zorgprofessionals, maar nog steeds worden veel geluiden helemaal niet of niet correct herkend. DBT-scholing voor bijvoorbeeld verpleegkundigen op consultatiebureaus en kraamafdelingen zou ervoor kunnen zorgen dat meer of dan niet alle geluiden van de baby correct herkend worden en de verpleegkundigen beter aansluitende zorg, aan de behoeften van de baby, kunnen leveren. Tevens zouden de verpleegkundigen de ouders beter kunnen begeleiden in het

zorgen voor de baby. In eerste instantie klinken alle huilgeluiden van een baby namelijk hetzelfde, wat maakt dat het voor ouders lastig kan zijn om de verschillende geluiden van elkaar te onderscheiden (Hofman & Luinge, 2016).

2. Probleemdefiniëring

2.1 Probleemstelling

De ouder-kind-interactie is belangrijk om te onderzoeken omdat het van groot belang is in de verdere ontwikkeling van goede hechting, emotionele-, sociale- en cognitieve ontwikkeling en zelfs het fysieke welbevinden van de baby. Ouder-kind-interactie kan negatief beïnvloed worden door stress of bezorgdheid van de ouder. Deze stress of bezorgdheid van de ouder komt voornamelijk door het huilen van de baby en dat de ouder de signalen die de baby geeft niet 'begrijpt'. DBT zou wellicht inzicht kunnen geven in de signalen die de baby geeft en dat zou ervoor kunnen zorgen dat de behoeften van de baby beter ingeschat worden, waardoor de stress van de ouder vermindert en de ouder-kind-interactie verbetert, dus een betere ontwikkeling van de baby.

2.2 Doelstelling

Het beoogde resultaat van dit onderzoek is dat inzicht verkregen wordt in de ouder-kind-interactie bij DBT-geschoolde ouders in vergelijking met ouders die niet geschoold zijn in DBT. Dit inzicht wordt verkregen voor de opdrachtgever: het lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling van de Hanzehogeschool te Groningen.

2.3 Vraagstelling

Hoe ziet de ouder-kind-interactie eruit bij een Dunstan Babytaal-geschoolde ouder in vergelijking met een ouder die niet geschoold is in Dunstan Babytaal?

2.4 Definiëring van begrippen

Ouder-kind-interactie:

Met ouder-kind-interactie wordt de wisselwerking en wederzijdse actie tussen ouder en kind bedoeld (Ensie, 2015). De ouder-kind-interactie wordt met behulp van het observatieformulier via de volgende punten meetbaar gemaakt: oogcontact, blikrichting, lichaamshouding, initiatief nemen, responsgedrag, beurtgedrag, joint attention, aandacht voor taal en luisterhouding en gelaatgerichtheid.

Dunstan Babytaal geschoolde ouders:

Dunstan Babytaal-geschoolde ouders, zijn ouders die deelnemen aan dit onderzoek, die de Dunstan Babytaal Nederland online scholing aangeboden krijgen en afronden. De ouders krijgen via filmpjes, DBT uitgelegd en de scholing geeft verdere tips over hoe een ouder zou kunnen reageren op de geluiden die de baby maakt.

De online scholing neemt 2 x 1 uur in beslag. De ouders hebben zelf de regie over het moment waarop ze de scholing willen volgen.

Niet Dunstan Babytaal geschoolde ouders:

Niet in Dunstan Babytaal-geschoolde ouders, zijn de ouders die deelnemen aan dit onderzoek, die de Dunstan Babytaal Nederland online scholing niet aangeboden krijgen. Zij krijgen dus geen specifieke scholing.

3. Onderzoeksmethodologie

3.1 Grondvorm en onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een exploratief case-control onderzoek, met zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve opzet. Het onderzoek wordt als exploratief gezien, omdat met de resultaten een hypothese gesteld kan worden door het lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling. Met de hypothese kan daarna richting gegeven worden aan een grootschaliger vervolgonderzoek, die uitgevoerd gaat worden door het lectoraat. Case-control onderzoek duidt op cases, bestaande uit een baby van een DBT-geschoolde ouder en een controlegroep; bestaande uit een baby van een ouder die geen DBT-scholing heeft gehad. Opvallende waargenomen gedragingen en/of handelingen in de ouder-kind-interactie, zijn beschreven, uitgelicht en nader toegelicht (kwalitatief kenmerk). De video-opnames zijn systematisch geanalyseerd met behulp van een observatieformulier die gebaseerd is op literatuur (kwantitatief kenmerk) (Luinge, 2018).

3.2 Onderzoekspopulatie-steekproef

De steekproef is een gelegenheidssteekproef. De steekproefgrootte moest uit minimaal 2 ouderparen met baby bestaan en maximaal uit 10 ouderparen met baby. Ouderparen uit heel Nederland mochten deelnemen aan het onderzoek.

De werving van de respondenten heeft, over een periode van drie tot vier weken, plaatsgevonden door middel van de verspreiding van wervingsmateriaal, zie Bijlage 2. Het wervingsmateriaal is verspreid bij lokale basisscholen, -supermarkten en -verloskundepraktijken en geplaatst op de sociale media platformen van de onderzoekers, Dunstan Babytaal Nederland en van een docent van de Hanzehogeschool.

De inclusiecriteria waren (Luinge, 2018):

- De leeftijd van de baby is tussen de nul en drie maanden:
 - De baby's moeten zonder aangeboren aandoening geboren zijn; met uitzondering van baby's met cheilo-(of gnatho)schisis en submuceuze schisis.
 - Prematuur geboren baby's (geboren tussen 32 en 37 weken).
 - Gezinnen met minimaal 2 ouders/verzorgers.
- Zwangere moeders met een uitgerekende datum vóór 16 november 2020.

De exclusiecriteria waren (Luinge, 2018):

- Baby's ouder dan drie maanden.
- Baby's met palatoschisis.
- Baby's met cheilognathopalatoschisis.
- Extreem prematuur geboren baby's (<32 weken).
- Baby's met aangeboren aandoeningen die niet beschreven staan in de inclusiecriteria.
- Ouders met stoornissen zoals depressie of met een traumatisch verleden.
- Eenoudergezinnen.

- Zwangere moeders met een uitgerekende datum na 16 november 2020
- Aanmeldingen die na kalenderweek 48 van 2020 binnen zijn gekomen.
- Aanmeldingen die binnenkomen nadat de onderzoekspopulatie al uit tien ouderparen bestaat.

Er werd een non-respons verwacht als de respondenten niet in staat waren om de scholing volledig te voltooien of als moeilijkheden werden ervaren bij het opnemen van de video's. Baby's met ziekte of later vastgestelde aandoeningen zijn uitgesloten van deelname aan dit onderzoek (Luinge, 2018).

3.3 Dataverzamelmingsmethode

Het eerste ouderpaar die zich heeft aangemeld, heeft de DBT-scholing aangeboden gekregen. Vervolgens kreeg het tweede ouderpaar geen DBT-scholing. Als meer ouders zich hadden aangemeld, was de randomisatie, dat de eerste respondent die zich aanmeldt DBT-geschoold wordt en de daaropvolgende geen DBT-scholing ontvangt, voortgezet bij alle deelnemende respondenten (Luinge, 2018). Het ouderpaar dat geen DBT-scholing aangeboden had gekregen, wilde zich om die reden terugtrekken uit het onderzoek. Na overleg met een van de onderzoekers is een compromis gesloten dat de ouder en diens baby bleven deelnemen aan het onderzoek en ze de scholing, na het afronden van de video-opnames, toch zouden ontvangen. Op deze manier heeft de ouder toch de DBT-scholing kunnen volgen, maar heeft de kennis uit de DBT-scholing geen invloed gehad op de gedragingen van de ouder bij de video-opnames. Hierdoor kan deze ouder toch nog als controlegroep beschouwd worden.

De twee respondenten hebben over een periode van vijf weken, vijf video-opnames, van elk ongeveer vijf minuten gemaakt, van zichzelf en hun baby tijdens een voedingsmoment of op het moment dat de baby signalen heeft gegeven door middel van geluid. De respondent die zich als eerst heeft aangemeld, kreeg nog twee weken extra voor het volgen van de DBT-scholing. Een deel van de scholing is online gegeven door de cursusleider van de organisatie Dunstan Babytaal Nederland en het andere deel heeft de ouder zelfstandig kunnen volgen. Voor het opnemen van de video-opnames, is er een GoPro-camera op het hoofd van de ouder geplaatst, zodat het gezicht van de baby duidelijk in beeld is. Tevens is een camera (telefoon of videocamera) op afstand, naar zowel de ouder als de baby gericht, om zo de interactie zichtbaar te maken. De GoPro's zijn voorzien door het lectoraat en door de onderzoekers naar de respondenten gebracht. Per ouderpaar is in totaal ongeveer 25 minuten aan video-opnames gemaakt. Aan de ouderparen is het verzoek gedaan om tussendoor de afgeronde video-opnames te leveren aan de onderzoekers, zodat er voldoende tijd voor de analyse en verwerking van de video-opnames zou zijn.

Het observatieformulier dat gebruikt is om de video-opnames systematisch te analyseren, bestaat uit verschillende categorieën. De categorieën en bijbehorende variabelen zijn gebaseerd op literatuuronderzoek, naar de ouder-kind-interactie, dat verricht is door Toegepaste Psychologie studenten (Adema & Blok, 2020). In samenwerking met de opleiding Logopedie is dit observatieformulier opgesteld om de ouder-kind-interactie meetbaar te maken, zie Bijlage 1. In het observatieformulier is onderscheid gemaakt tussen het perspectief van de ouder en baby. De negen categorieën zijn: oogcontact, blikrichting,

lichaamshouding, initiatief nemen, responsgedrag, beurtgedrag, joint attention, aandacht voor taal en luisterhouding en gelaatgerichtheid (Adema & Blok, 2020).

Categorie 1 van het observatieformulier is: *Oogcontact*. Oogcontact geeft aan hoe vaak de ouder en de baby contact met elkaar maken en op welke manier, zie Figuur 1. Enkele variabelen hierbij zijn: 'wederkerigheid', 'geen oogcontact', 'kortdurend oogcontact', 'staren' en 'oogcontact gedurende voedingsmoment' (Adema & Blok, 2020).

Begrip	Observatiepunten	Ouder	Baby
Oogcontact	Wederkerigheid: over en weer		
	Geen oogcontact / gesloten ogen		
	Kortdurend oogcontact		
	Staren		
	Oogcontact gedurende voedingsmoment		
	Opmerkingen:		

Figuur 1. Categorie 1: Oogcontact van het observatieformulier

Categorie 2 *Blikrichting* geeft de richting aan van de blik van de ouder. Enkele variabelen bij deze categorie zijn: 'kijkt naar ogen', 'kijkt naar andere gezichtskenmerken' en 'kijkt niet naar het gezicht' (Adema & Blok, 2020).

Bij categorie 3 *Lichaamshouding* wordt gekeken naar de lichaamshoudingen van zowel de ouder, als de baby. Enkele variabelen bij de ouder zijn: 'toegewend', 'afgewend', 'actief', 'passief', 'gespannen', 'ontspannen' en 'toont plezier in ouderschap' (Adema & Blok, 2020).

Bij categorie 4 *Initiatief nemen* wordt de mate waarin de baby initiatief toont, richting de ouder, gemeten en vice versa. Enkele variabelen van de baby zijn: 'uitingen', 'handelingen', 'gebaren', 'gaze cues (blikzoekend gedrag naar ouder)' en 'mimiek'. Bij de ouder: 'stelt vragen', 'uitingen', 'begroetingen', 'baby met naam aanspreken', 'handelingen', 'geluiden' en 'gaze cues' (Adema & Blok, 2020).

Responsgedrag is categorie 5 en geeft de mate aan waarin de ouder en de baby op elkaar reageren. Bij de baby zijn enkele variabelen: 'reageert op het zien/ stemgeluid van de ouder', 'uitingen', 'imitatie', 'handelingen', 'lichaamstaal', 'gebaren', 'gaze cues' en 'mimiek'. Enkele variabelen van de ouder zijn: 'adequaat/ inadequaal (respons bij onrust baby voorafgaand/ gedurende voedingsmoment)', 'uitingen', 'imitatie', 'handelingen', 'geluiden', 'lichaamstaal', 'gebaren', 'gaze cues' en 'mimiek' (Adema & Blok, 2020).

Bij categorie 6 *Beurtgedrag* wordt gekeken naar het geven en nemen van de beurt tijdens communicatie. Enkele variabelen van de baby bestaan uit: 'over en weer' en 'reageren op uitnodiging vanuit ouder'. Bij de ouder zijn de variabelen: 'over en weer', 'met onderbreking' en 'niet aanwezig' (Adema & Blok, 2020).

Bij categorie 7 *Joint Attention (JA)* wordt gekeken naar de vaardigheid van het delen, volgen en richten van aandacht van de baby door het gebruik van oogbewegingen en gebaren. Enkele variabelen zijn: 'vertoont JA' en geeft 'respons op JA' (Adema & Blok, 2020).

Bij categorie 8 *Aandacht voor taal en luisterhouding* wordt gekeken naar de mate waarin de baby aandacht heeft voor de verbale communicatie van de ouder en in hoeverre de ouder is gericht op communicatie van de baby. Enkele variabelen bij de baby zijn: 'aandacht voor gesproken taal en/of geluiden', 'reageert wel/niet op stemgeluid van de ouder'. Bij de ouder is de variabele de 'gerichtheid op de communicatie van de baby' (Adema & Blok, 2020).

Categorie 9 *Gelaatgerichtheid* geeft de mate aan waarin de ouder zich richt op het gelaat van de baby en vice versa. Enkele variabelen bij de baby zijn: 'gerichtheid op het gelaat van de ouder' en 'volgt met oogbewegingen de ouder'. De variabele bij de ouder is de 'gerichtheid op het gelaat van de baby (tijdens de voedingsmomenten)' (Adema & Blok, 2020).

In de negen genoemde categorieën zijn verbale en non-verbale variabelen benoemd waarop geturfd is (Adema & Blok, 2020). Tevens is na elke categorie in het observatieformulier, ruimte voor het beschrijven van waargenomen gedragingen en/of handelingen in de ouder-kind-interactie, die niet geheel aansluiten bij een van de variabelen. Dit observatieformulier is gebruikt in overeenstemming met het lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling.

Om externe invloeden op de ouder-kind-interactie te achterhalen, zijn achtergrondvariabelen meegenomen in dit onderzoek. Dit is in drie factoren verdeeld: ouder-, kind- en omgevingsfactoren. Bij de ouderfactoren is onder andere gevraagd naar leeftijd en opleiding van de ouders, maar ook naar de ervaring van de bevalling. Bij de kindfactoren is het onder andere belangrijk om te weten wat de geboortedatum en uitgerekende datum is, eveneens of er eventueel opvoedingsproblemen zijn. De omgevingsfactoren bevatten vragen over de woonplaats en voorzieningen van de ouders en hun baby. De vragen zijn in samenwerking met de opdrachtgever opgesteld. De gegevens zijn middels een online verstuurd vragenlijst verkregen. De resultaten uit de vragenlijst zijn in het programma SPSS gezet. Deze gegevens zijn voor het vervolgonderzoek van het lectoraat verkregen en daarom niet van belang voor dit onderzoek.

3.4 Data-analysemethode

Met behulp van het observatieformulier is door de onderzoekers handmatig een systematische analyse uitgevoerd over de video-opnames. In dit observatieformulier is voornamelijk geturfd hoe vaak een bepaalde variabele voorkomt, dit maakt de observatie systematisch. De geturfdde uitkomsten van het observatieformulier zijn vervolgens in het programma SPSS gezet. In enkele categorieën van het observatieformulier zijn de variabelen geclusterd. Denk aan positieve en/of gepaste gedragingen en/of handelingen zijn samen geclusterd en negatieve en/of ongepaste gedragingen en/of handelingen zijn samen geclusterd. Dit is gedaan zodat de resultaten makkelijker geïnterpreteerd kunnen worden door de

onderzoekers. De uitkomsten van het observatieformulier, ingevoerd in SPSS, van de DBT-scholing case en de niet DBT-scholing case, zijn met elkaar vergeleken in de resultaten.

De waargenomen gedragingen en/of handelingen in de ouder-kind-interactie, die niet geheel aansluiten bij een van de variabelen, zijn onderaan het observatieformulier beschreven. De beschreven waarnemingen in het observatieformulier, zijn verkennend bekeken door de onderzoekers. Daarna zijn waarnemingen, die bij elkaar aansloten, samengevoegd tot samenhangende beschrijvingen. Deze beschrijvingen zijn door de onderzoekers uitgelicht en nader toegelicht.

De negen categorieën van het observatieformulier zijn onderverdeeld in twee delen. De twee delen zijn bij het analyseren van de video-opnames onderverdeeld onder de onderzoekers. Dit houdt in dat er viereneenhalf categorieën waren waarover de onderzoekers zich hebben ontfermd. Per categorie van het observatieformulier werd de video bekeken. Dit houdt in dat de video-opnames van vijf minuten vijf keer bekeken zijn. Per video-opname heeft het analyseren 25 minuten geduurd. Het analyseren van de, in totaal, twintig video-opnames heeft $20 \times 25 \text{ min} = 500 \text{ minuten}$ geduurd.

De video-opnames zijn niet blind geanalyseerd. Aangezien het een eerste exploratie van dit onderwerp is, is het niet van belang dat dit blind gebeurde. In het grootschalige vervolgonderzoek gaat dit echter wel gedaan worden.

Tijdens het analyseren is een controle uitgevoerd. De controle is als volgt uitgevoerd: de onderzoekers hebben willekeurig een van de video-opnames genomen en elkaars respectievelijke categorieën toegepast tijdens de extra analyse van deze video-opname. Deze controle is uitgevoerd om eventuele verschillen in de interpretatie en toepassing van het observatieformulier en de analysemethode van de video-opnames zichtbaar te maken en recht te trekken.

De kwaliteit van de video-opnames verschilde sterk tussen de twee respondenten en bij de twee verschillende invalshoeken. Bij een van de respondenten waren de video-opnames van kortere duur dan de beoogde 5 minuten. Bij dezelfde respondent is de kwaliteit van de video-opnames matig. De respondent en diens baby waren in meerdere video-opnames niet duidelijk in beeld, de kwaliteit van het geluid eveneens als van het beeld was matig. Tevens waren bij deze respondent enkele video-opnames niet vanuit twee invalshoeken gefilmd, wat ervoor zorgt dat er meer dan vijf video-opname momenten zijn bij de respondent. Het totaal van tien video-opnames is wel hetzelfde gebleven. Vanwege tijdsdruk voor het afronden van het onderzoek is er besloten om de video-opnames toch te gebruiken. Vanwege ruis bij beide respondenten in de video-opnames, zijn de eerste en de laatste vijf seconden niet geanalyseerd. Dit is consistent doorgevoerd bij het analyseren van alle video-opnames.

3.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid

3.5.1 Betrouwbaarheid

Het observatieformulier is het voornaamste meetinstrument wat gebruikt is voor het meten van de ouder-kind-interactie. Enkele variabelen zijn erg subjectief, denk aan 'toont plezier in ouderschap' en 'ontspannen/gespannen'. Om de subjectieve interpretaties en verschillen in toepassing van het observatieformulier te beperken en zichtbaar te maken, is er willekeurig een video-opname bekeken en geanalyseerd met de categorieën waarover de onderzoekers zich eerder ontfermd hebben. De verschillen die hieruit voortgekomen zijn, zijn miniem en als verwaarloosbaar beschouwd. Deze controle is gunstig voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Een aspect wat de betrouwbaarheid verhoogd, is dat de ouders niet exact weten waarop zij geobserveerd zijn door de onderzoekers. Dit zorgt ervoor dat ouders zich niet extra gaan focussen op die bepaalde aspecten in de ouder-kind-interactie. Dit resulteert in zo natuurlijk mogelijke gedragingen tussen de ouder en de baby. Zo natuurlijk mogelijke gedraging wordt expliciet op deze manier verwoord, omdat ervan uit wordt gegaan dat de ouders zich toch iets anders gedragen in de video-opnames dan dat ze normaal zouden doen. Hier wordt vanuit gegaan omdat de ouders een camera op zich gericht hebben en ze zich daar bewust van zijn. Dit kan tot eventuele gedragsveranderingen leiden. Deze veranderingen in gedrag zijn in overleg met de opdrachtgever, miniem geschat.

De DBT-scholing is willekeurig toegewezen aan de ouders. Daarmee is een bias voorkomen, wat gunstig is voor de betrouwbaarheid.

Het is eveneens mogelijk dat eventuele verschillen in de ouder-kind-interactie, tussen de DBT-geschoolde ouder en de ouder zonder DBT-scholing, voorkomen doordat de steekproefgrootte maar uit twee respondenten bestaat. Het kan zijn dat de verschillen aan de ouder zijn persoonlijkheid/natuurlijke gedragingen ligt en niet aan het feit of de ouder wel of niet geschoold is in DBT. De kleine steekproefgrootte zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van het onderzoek beperkt is.

3.5.2 Validiteit

Het observatieformulier is het meetinstrument dat gebruikt wordt om de ouder-kind-interactie meetbaar te maken. Iedere categorie en de bijbehorende variabelen van het observatieformulier zijn voortgekomen uit het literatuuronderzoek wat gedaan is door de Toegepaste Psychologie studenten (Adema & Blok, 2020). Dit zou het onderzoek valide moeten maken, omdat het gebaseerd is op literatuur, maar omdat het observatieformulier niet op een grote onderzoekspopulatie is getest, kan de validiteit niet vastgesteld worden. Kleinschalig soortgelijk onderzoek zal de komende jaren voortgezet worden, waardoor de onderzoekspopulatie waarop het observatieformulier getest wordt, telkens toeneemt. Hierdoor kan de validiteit van het observatieformulier vastgesteld worden.

De eventuele verschillen in de ouder-kind-interactie, tussen de DBT-geschoolde ouder en de ouder zonder DBT-scholing, komen wellicht voor doordat de steekproefgrootte maar uit twee respondenten bestaat. Het kan zijn dat de verschillen aan de ouder zijn persoonlijkheid/natuurlijke gedragingen ligt en niet aan het feit of de ouder wel of niet geschoold is in DBT. De kleine steekproefgrootte zorgt voor een beperkte validiteit.

3.5.3 Generaliseerbaarheid

In dit onderzoek zijn er geen generalisaties mogelijk. De steekproefgrootte is te klein om het onderzoek generaliseerbaar te maken. Echter wordt de komende jaren soortgelijk kleinschalig onderzoek uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling. Doordat het onderzoek de komende jaren wordt herhaald, wordt de steekproef steeds groter, waardoor er in de toekomst wel mogelijkheden tot generalisaties zijn.

3.6 Ethiek, wet- en regelgeving

Het onderzoek is uitgevoerd conform de richtlijnen van de Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2018). Tevens is het overkoepelende onderzoek, waar dit onderzoek zich bij aansluit, in overeenstemming met de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) (Luinge, 2018). Een onderzoek is WMO-plichtig wanneer er sprake is van een medisch-wetenschappelijk onderzoek en wanneer er in het onderzoek personen aan handelingen worden onderworpen of als er gedragsregels aan de personen opgelegd worden (CCMO, z.d.). In dit onderzoek zijn personen onderworpen aan handelingen en worden er gedragsregels opgelegd, denk aan het moeten opnemen van video-opnames en het wel of niet volgen van DBT-scholing. Het overkoepelende onderzoek heeft bij de METC goedkeuring het projectnummer 201900114 gekregen. Het overkoepelende onderzoek heeft goedkeuring gekregen omdat de rechten, veiligheid en het welzijn van de onderzoekspopulatie gewaarborgd worden (Máxima mc, z.d.).

De respondenten hebben een toestemmingsformulier, gemaakt door de opdrachtgever conform METC, ondertekend voor de deelname. In het toestemmingsformulier staat onder andere vermeld dat de respondenten altijd, ongeacht het moment of de reden, hun deelname mogen stoppen. Tevens hebben de respondenten getekend voor de bruikleen en teruggave van de geleverde GoPro-camera's.

De Nederlands Gedragscode Wetenschappelijk Integriteit benoemt een aantal principes die grondbeginselen zijn voor het uitvoeren van integer onderzoek. De principes worden als leidend beschouwd voor onderzoekers en andere betrokken partijen om zo de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de wetenschap te kunnen beschermen. Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn deze grondbeginselen in acht gehouden (Algra, Bouter, Hol, & van Kreveld, 2018).

Het onderzoek heeft niet voor gevaren voor de onderzoekspopulatie gezorgd. Door het wel of niet volgen van de DBT-scholing hebben de deelnemende ouders geen gevaren opgelopen. Tevens is er geen hinder ervaren door de deelnemende baby's van de twee camera's die op hen gericht staan. Het is mogelijk dat het volgen van de DBT-scholing en de twee camera's wel extra stress op hebben geleverd voor de ouders.

Deze stress is echter beperkt doordat de ouders zelf de opname momenten hebben bepaald en deze momenten in een vertrouwde omgeving (thuis) hebben plaatsgevonden, zonder dat er een onbekende derde partij voor nodig was. Hierdoor hebben de ouders ook de vrijheid gekregen om de opnames stop te zetten, indien dat gewenst was (Luinge, 2018).

Alle gegevens van de onderzoekspopulatie zijn vertrouwelijk behandeld, volgens de privacywetgeving Algemene Verordening (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.). De toegestuurde video-opnames en verdere persoonlijke gegevens van de onderzoekspopulatie zijn op een community binnen lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing opgeslagen. Deze community is alleen toegankelijk voor het lectoraat en de (toekomstige) onderzoekers.

Het materiaal dat gebruikt is voor het werven van de onderzoekspopulatie, is aan de hand van de modellen van E1/E2, informatiebrief en toestemmingsformulier proefpersonen, geschreven (CCMO, z.d.). Het gebruik van de modellen verzekeren dat de onderzoekspopulatie adequaat geïnformeerd wordt over het onderzoek. Tevens is het verloop van het onderzoek verder uitgelegd aan de onderzoekspopulatie middels een huisbezoek en contact via de mail. Hiermee is voldaan aan informed consent (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, z.d.).

4. Onderzoekresultaten

Op de verscheidene wervingsmethoden is reactie vernomen vanuit zes ouderparen met een baby. Het is niet mogelijk geweest om prematuur geboren baby's of baby's met schisis te werven. Verschillende ouderparen met baby hebben niet voldaan aan de inclusiecriteria wat betreft de maximale leeftijd van de baby. Tevens hebben twee ouderparen afgezien van deelname na contact met de onderzoekers over de inhoud en vormgeving van het onderzoek.

Er waren twee zwangere moeders geïnteresseerd in deelname aan dit onderzoek, maar beiden waren in het voorjaar van 2021 uitgerekend. Geïnteresseerden hadden tot en met kalenderweek 48 in 2020 gekregen om zich aan te melden voor het onderzoek. Een later ontvangen aanmelding is afgewezen. Uiteindelijk heeft de werving twee geschikte ouderparen met baby opgeleverd.

De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond uit twee ouderparen met een baby zonder aandoening en tussen de nul en drie maanden oud. Respondent 1 is een moeder van 33-jarige leeftijd. De baby van respondent 1 is van vrouwelijk geslacht en is, bij aanvang van het onderzoek, drie weken oud. Respondent 2 is een moeder van 32-jarige leeftijd. De baby van respondent 2 is van mannelijk geslacht en is, bij aanvang van het onderzoek, drie weken oud. Voor beide respondenten is dit hun eerste kind.

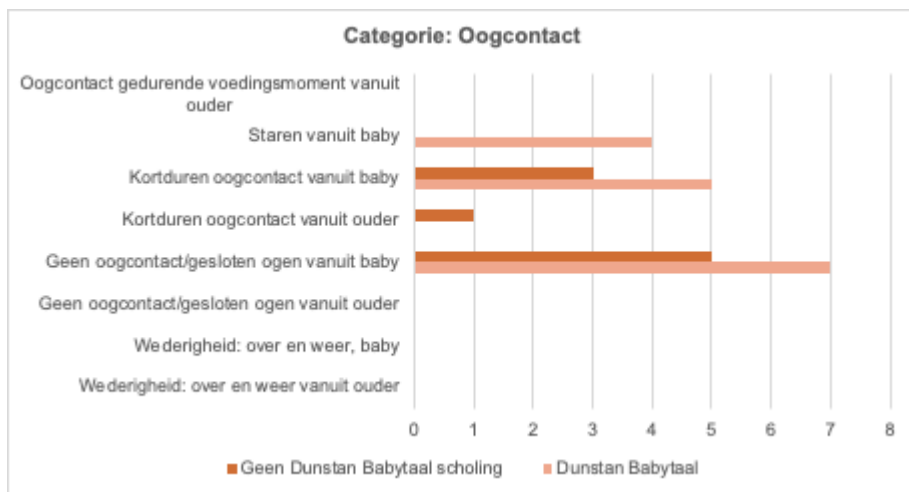
Respondent 1 en diens baby worden in de resultaten weergegeven als de DBT-scholing case en respondent 2 en diens baby als de niet-DBT scholing case.

4.1 Kwantitatieve resultaten

De verzamelde gegevens uit de gemaakte video-opnames zijn onderverdeeld in de cases, bestaande uit één baby van een DBT-geschoolde ouder en één baby van een ouder die geen DBT-scholing gehad heeft. Per categorie van het observatieformulier worden waarnemingen in de variabelen uitgelicht. Als in de waarneming een frequentieverschil van twee of minder is, is dit miniem geacht en niet uitgelicht.

1. Oogcontact

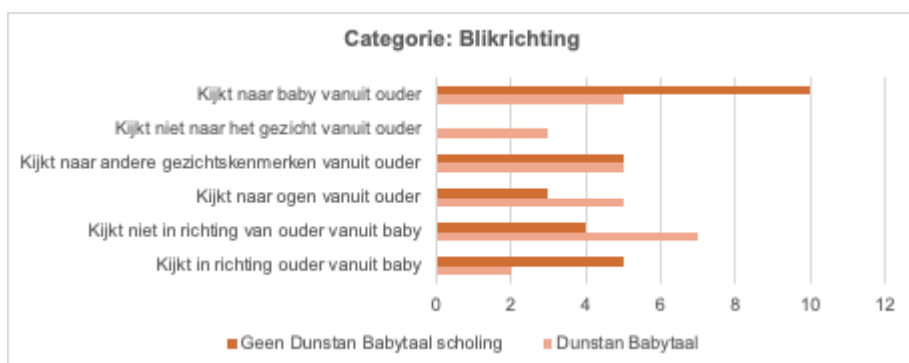
Binnen Categorie 1 *Oogcontact* valt op dat enkele variabelen (bijvoorbeeld 'wederkerigheid: over en weer') niet voorgekomen zijn in de video-opnames van beide cases. De variabele 'staren vanuit de baby', kwam bij de DBT-scholing case vier keer voor en bij de niet-DBT scholing case nul keer. Bij de andere variabelen die waargenomen zijn in de video-opnames, waren de frequentie verschillen tussen de cases minder dan twee. Dit is dus een miniem verschil. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 2.



Figuur 2. Resultaten categorie 1: Oogcontact tussen ouder en baby

2. Blikrichting

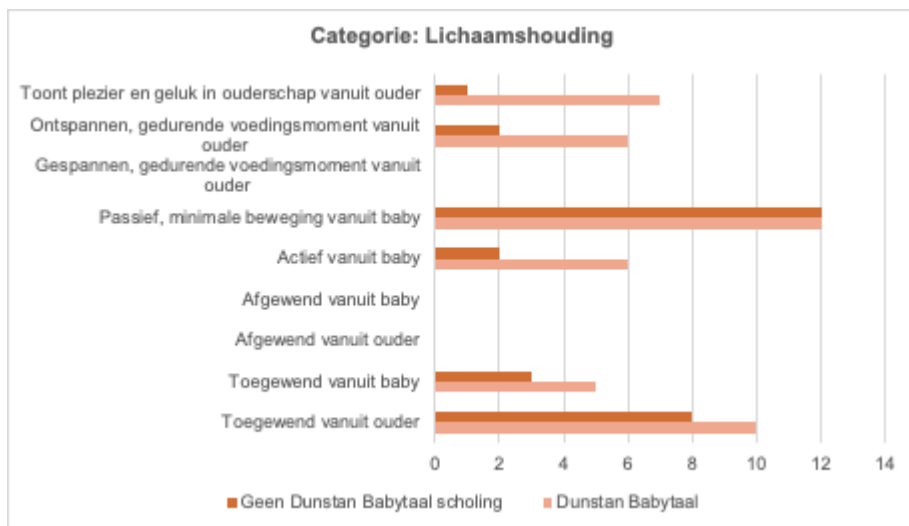
Binnen categorie 2 *Blikrichting* valt op dat de baby van de case zonder DBT-scholing dubbel zo vaak naar de ouder keek, in vergelijking met de baby van de DBT-scholing case. De ouder zonder DBT-scholing keek tevens meer naar de baby, in vergelijking met de ouder van de DBT-scholing case. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3. Resultaten categorie 2: Blikrichting van en naar de ouder/baby

3. Lichaamshouding

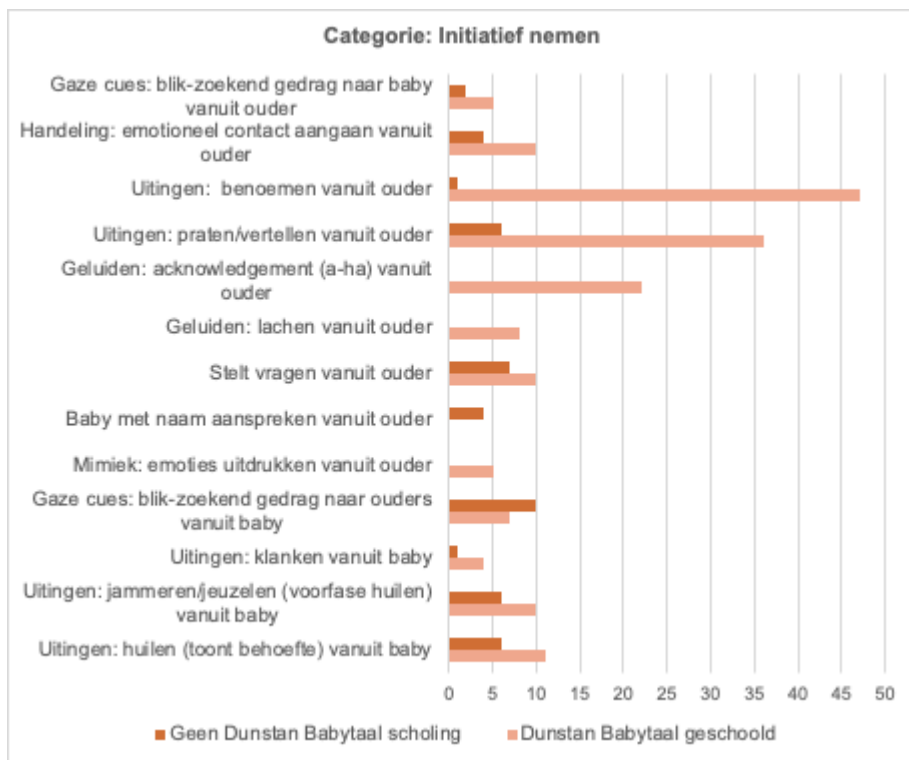
Binnen categorie 3 *lichaamshouding* is waar te nemen dat enkele variabelen niet voorgekomen zijn in de video-opnames van beide cases (bijvoorbeeld 'afgewend vanuit de baby en de ouder'). Er valt op dat de variabelen, bestaande uit positieve gedragingen van zowel de baby als diens ouder (bijvoorbeeld 'ontspannen', 'actief', 'toegewend'), relatief vaker voorkomen bij de DBT-scholing case in vergelijking met de case zonder DBT-scholing. De ouder van de DBT-scholing case toont in de video-opnames aanzienlijk vaker plezier en geluk in het ouderschap. De baby van de DBT-scholing case is actiever dan de baby van de case zonder DBT-scholing. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4. Resultaten categorie 3: Lichaamshouding van de ouder en baby

4. *Initiatief nemen*

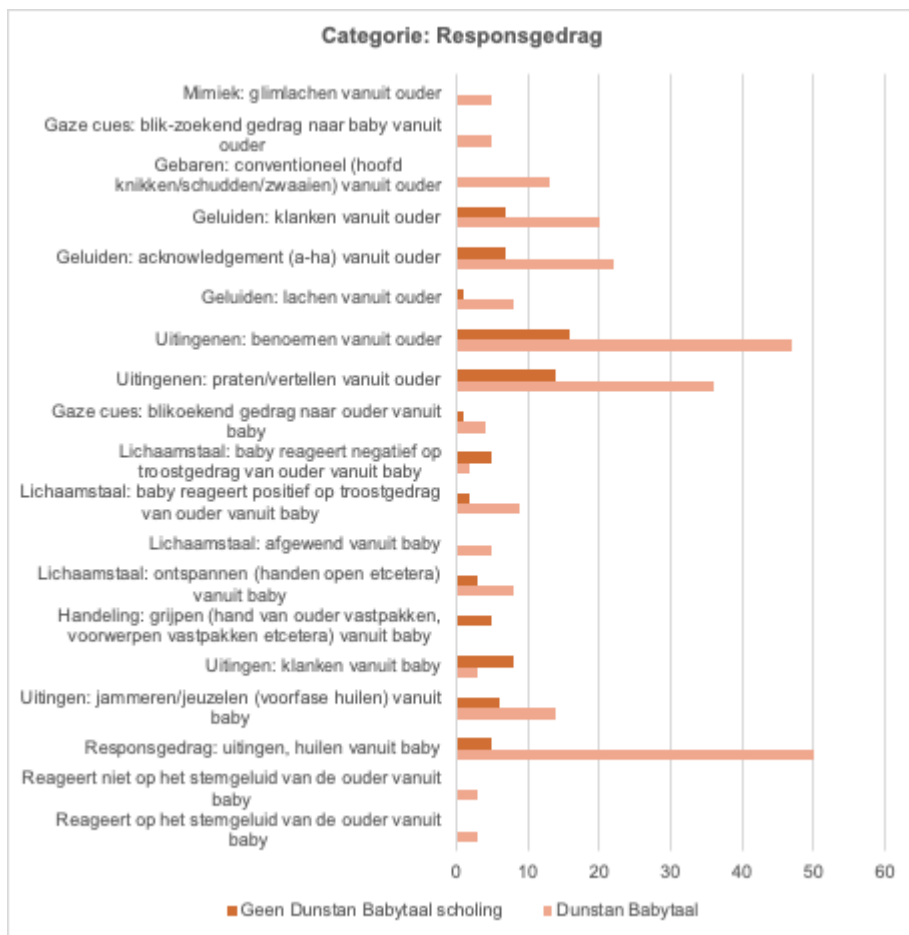
Binnen categorie 4 *initiatief nemen* valt op dat enkele variabelen (bijvoorbeeld 'handeling: hand van ouder vastpakken') niet voorgekomen zijn in de video-opnames en dat in meerdere variabelen een groot frequentie verschil te zien is. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 5. De ouder van de DBT-scholing case ging, in vergelijking met de ouder van de case zonder DBT-scholing, meer emotioneel contact aan met haar baby, zich uitend in troosten, geruststellen, warmte en affectie tonen. Er is een aanzienlijk verschil tussen de cases waargenomen bij de variabelen 'uitingen: benoemen'. Dit aanzienlijke verschil is eveneens terug te zien bij de variabelen 'uitingen: praten/vertellen'. De ouder van de DBT-scholing case vertoonde regelmatig de variabelen 'geluiden: acknowledgement (a-ha)', terwijl dit bij de niet-DBT geschoolde ouder niet is waargenomen. Ditzelfde geldt voor de variabelen 'geluiden: lachen'. De ouder van de DBT-scholing case stelde vaker vragen. De baby met naam aanspreken werd enkele keren waargenomen bij de ouder van de case zonder DBT-scholing, maar geen enkele keer bij de ouder van de DBT-scholing case. Bij de DBT-scholing case zijn de variabelen 'uitingen: jammer/jeuzelen (voorfase huilen)', 'uitingen: klanken' en 'uitingen: huilen' vaker voorgekomen, dan bij de case zonder DBT-scholing. Uit deze waarnemingen is te herleiden dat in de DBT-scholing case meer communicatie heeft plaatsgevonden tussen de ouder en diens baby.



Figuur 5. Resultaten categorie 4: Initiatief nemen vanuit de ouder en baby

5. Responsgedrag

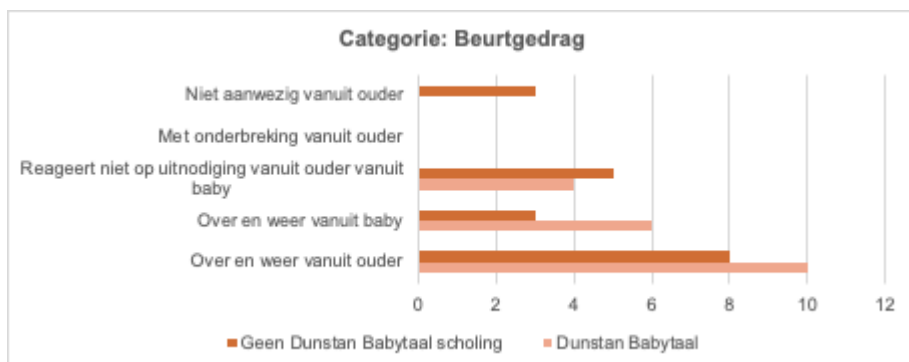
Binnen categorie 5 *responsgedrag* valt op dat twaalf variabelen niet voorgekomen zijn in de video-opnames. In Figuur 6 is op te merken dat een groot aantal variabelen alleen voorkomen bij de DBT-scholing case en een groot aantal variabelen vaker voorkomen bij de DBT-scholing case, in vergelijking met de case zonder DBT-scholing. De variabelen waarin de frequentie hoger is bij de DBT-scholing case, zijn veelal variabelen gericht op communicatie. De baby van de DBT-scholing case reageert positiever op het troostgedrag van de ouder dan de baby van de case zonder DBT-scholing. Tevens valt op dat de baby van de DBT-scholing zich veelal uit via huilen terwijl de baby van de ouder zonder DBT-scholing dit veelal uit middels klanken.



Figuur 6. Resultaten categorie 5: Responsgedrag van de ouder en baby

6. Beurtgedrag

Binnen categorie 6 *beurtgedrag* valt op dat beurtgedrag meer voorkomt bij de DBT-scholing case in vergelijking met de case zonder DBT-scholing. De baby's uit beide cases reageren ongeveer even vaak niet op de uitnodiging van de ouder tot beurtgedrag. De frequentie verschillen, tussen de cases, in de andere variabelen van deze categorie zijn twee of minder. Alle frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 7.



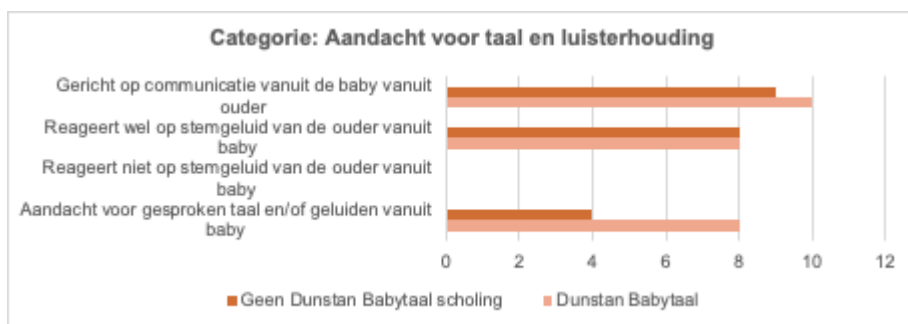
Figuur 7. Resultaten categorie 6: Beurtgedrag van de ouder en baby

7. Joint attention

Bij categorie 7 *joint attention* zijn bij beide cases geen waarnemingen gedaan.

8. Aandacht voor taal en luisterhouding

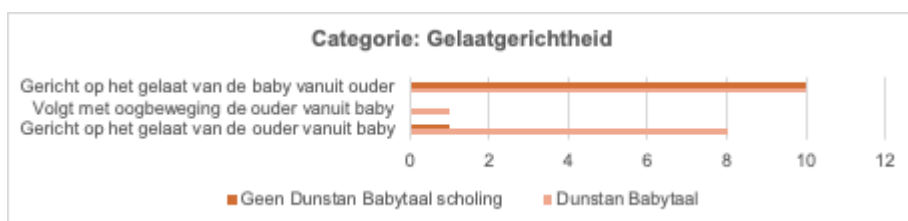
Binnen categorie 8 *aandacht voor taal en luisterhouding* is vanuit één variabele een aanzienlijk verschil waargenomen tussen de cases. Bij de variabele ‘*aandacht voor gesproken taal en/of geluiden vanuit de baby*’, vond dit dubbel zo vaak plaats bij de DBT-scholing case als bij de case zonder DBT-scholing. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 8.



Figuur 8. Resultaten categorie 8: Aandacht voor taal en luisterhouding vanuit ouder en baby

9. Gelaatgerichtheid

Binnen categorie 9 *gelaatgerichtheid* valt op dat de baby van de DBT-scholing case aanzienlijk meer gericht is op het gelaat van de ouder, in vergelijking met de baby van de case zonder DBT-scholing. De andere variabelen in deze categorie waren vrijwel gelijk bij beide cases. De frequentieverschillen worden weergegeven in Figuur 9.



Figuur 9. Resultaten categorie 9: Gelaatgerichtheid vanuit de ouder en baby

4.2 Kwalitatieve resultaten

De waargenomen gedragingen en/of handelingen in de ouder-kind-interactie, die niet geheel aansluiten bij een van de variabelen, zijn tijdens het analyseren onderaan het observatieformulier beschreven. De beschrijving is in de kwalitatieve resultaten toegelicht.

In de video-opnames van de ouder van de DBT-scholing case is opgevallen dat de ouder de DBT-geluiden probeerde te herkennen in de geluiden die zij waarnam vanuit haar baby. De ouder heeft daarna gehandeld naar de behoeften van de baby, die correleren met een van de vijf gehoorde DBT-geluiden. De volgende situatie heeft onder andere plaatsgevonden waarin dit bleek: de baby maakte het geluid 'neh'; wat aangeeft dat de baby honger zou kunnen hebben. De ouder heeft hierop gereageerd door borstvoeding te geven aan de baby. Door het geven van de borstvoeding kalmeerde de baby. De ouder van de DBT-geschoolde case stelde veel vragen aan haar baby en probeerde continu te communiceren. Denk aan de volgende vragen: "Wat is er aan de hand?", "Huil je omdat je honger hebt?", "Volgens mij hoor ik nu het geluidje 'owh'", "Hoor ik dat nou goed?" en "Ben je moe?"

In de video-opnames van de niet-DBT geschoolde case, is opgevallen dat de ouder veelal de vraag 'wat is er?' aan haar baby stelde. De ouder gaf, in vergelijking met de ouder van de DBT-scholing case, minder tot niet aan wat ze dacht dat er aan de hand was op het moment dat de baby signalen, door middel van geluiden of beweging, gaf. Tevens is opgevallen dat de ouder, in vergelijking met de ouder van de DBT-scholing case, minder communiceerde met haar baby. De ouder was grotendeels stil in de video-opnames. Er zijn dus meer pauzes en stilte momenten in de video-opnames waargenomen.

5. Discussie

Uit de resultaten is voortgekomen dat de baby van de DBT-geschoolde ouder meer staarde naar de ouder, maar in het algemeen minder keek naar de ouder in vergelijking met de niet-DBT geschoolde ouder. De baby was ook algeheel actiever, heeft positiever gereageerd op het troostgedrag van de ouder, had meer aandacht voor de gesproken taal en of/geluiden van de ouder en ze was meer gericht op het gelaat van de ouder dan de baby van de ouder die geen DBT-scholing heeft ontvangen. De DBT-geschoolde ouder keek in vergelijking met de niet-DBT geschoolde ouder minder naar haar baby, ze vertoonde relatief vaker positieve gedragingen en/of handelingen, ze toonde vaker plezier en geluk in het ouderschap en ze ging meer emotioneel contact aan met haar baby. Daarnaast probeerde de ouder van de DBT-geschoolde case de DBT-geluiden te herkennen in de geluiden die zij waarnam vanuit haar baby. De ouder heeft daarna gehandeld naar de behoeften van de baby, die correleren met een van de vijf gehoorde DBT-geluiden. Tevens heeft de DBT-geschoold continu (verbaal) gecommuniceerd met haar baby. In de video-opnames van de ouder zonder DBT-scholing, is opgevallen dat er minder communicatie plaatsvond en dat er meer pauzes en stilte momenten waargenomen zijn.

De resultaten van dit onderzoek zijn niet te vergelijken met uitkomsten of bewijs uit soortgelijk onderzoek vanwege de exploratieve opzet van dit pilotonderzoek.

Uit de resultaten is gebleken dat de baby van de DBT-geschoolde ouder meer staarde naar de ouder. Het maken van oogcontact is belangrijk voor het ontwikkelen van een affectieve band tussen de baby en diens ouder (Van der Aa, 2006). Daarentegen is gebleken dat de baby en de DBT-geschoolde ouder algeheel minder naar elkaar keken dan de ouder die geen DBT-scholing ontvangen heeft en diens baby. Dit zijn tegenstrijdige gegevens, die niet met behulp van resultaten uit soortgelijk onderzoek verklaard kunnen worden.

Het is voor baby's essentieel dat zij wederzijds affectieve interacties met hun ouders ervaren, om geïnteresseerd te worden in sociale interacties. Het hardhandig reageren of afkeren naar de baby, door stress of bezorgdheid van de ouder, kan de ouder-kind-interactie negatief beïnvloeden, wat kan resulteren in achterstanden van de genoemde ontwikkelingen (Luinge, 2018). Voor de ontwikkeling van de baby van de DBT-geschoolde ouder is het dus gunstig, dat in de ouder-kind-interactie, diens ouder vaker plezier en geluk toonde in het ouderschap en dat ouder en de baby positieve gedragingen en/of handelingen toonden.

De DBT-geschoolde ouder is meer emotioneel contact aan gegaan met haar baby als dit vergeleken wordt met de ouder die geen DBT-scholing heeft ontvangen. Emotioneel contact werd onder andere geuit in het troosten en geruststellen van de baby eveneens als warmte en affectie tonen. De baby reageerde ook positiever op het troostgedrag van de DBT-geschoolde ouder dan de baby van de ouder die niet geschoold is in DBT. Dit is gunstig voor een goede hechting en emotionele ontwikkeling van de baby (Bowlby, 1973).

Het maken van huid-op-huid contact is belangrijk in de ontwikkeling van de emotionele- en sociale band tussen de ouder en de baby (Van der Aa, 2006). Het troosten van de baby en sensitieve responsen op de baby zijn van belang voor latere veilige hechting van de baby met de ouder (Svanberg, Barlow & Tigbe, 2013). In de resultaten bij categorie 4 *Initiatief nemen*, is waargenomen dat de DBT-geschoolde ouder meer sensitieve responsen vertoont naar haar baby toe, in vergelijking met de ouder die niet geschoold is in DBT.

Het imiteren van anderen is een belangrijke basis voor een effectieve sociale interactie met anderen (Zeedyk & Heimann, 2006). Daarnaast komt de hechting tussen de ouder en baby in de eerste maanden tot stand via instinctieve responsen. Voorbeelden van instinctieve responsen zijn onder andere: huilen, glimlachen, hand of voorwerp vastgrijpen en zuigen (Bowlby, 1973). Deze responsen zijn daarom ook terug te vinden in de variabelen van categorie 5 responsgedrag. Uit de resultaten blijkt dat de baby van de niet-DBT geschoolde ouder vaker de hand van de ouder vastpakt in tegenstelling tot de baby van de DBT-geschoolde ouder.

Eveneens viel in de resultaten op dat bij de DBT-geschoolde ouder en diens baby meer communicatie heeft plaatsgevonden. Het verbaal erkennen en reageren door de ouder, op geluiden en gedragingen van de baby, is goed voor de bevordering van de woordenschat van de baby, dus voor de cognitieve ontwikkeling (Lasky & Klopp, 1982).

5.1 Inhoudelijke discussie

In het observatieformulier is categorie 1 *Oogcontact* opgenomen. Er valt te betwijfelen of deze categorie wel in dit onderzoek thuishoort met de huidige gevormde onderzoeksopzet. De ouder heeft namelijk een GoPro op het hoofd gevestigd. Dit zodat de onderzoekers het gezicht van de baby duidelijk in beeld hebben. De ouder weet dat dit de bedoeling is, dus die kijkt de gehele duur van de video-opname naar de baby om zo goed beeldmateriaal voor de onderzoekers te kunnen leveren. Voor de onderzoeker lijkt het dan alsof de ouders en de baby constant oogcontact hebben en dat dit gebruikelijk is voor de ouder en de baby wat echter niet altijd het geval hoeft te zijn. Deze categorie zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid en validiteit van het observatieformulier, en daardoor het onderzoek, verminderen.

Daarnaast is het niet altijd duidelijk geweest in de video-opnames, waar de ouder of baby precies naar heeft gekeken. Dit heeft bij categorie 2 *Blikrichting* enkele problemen veroorzaakt. Deze problemen zijn echter beperkt gebleven doordat de video-opnames vanuit twee invalshoeken opgenomen zijn.

Gedurende het observeren is gebleken dat twaalf variabelen uit categorie 5 *Responsgedrag* niet zijn waargenomen in de interacties tussen de ouder en diens baby. In deze categorie zijn er in totaal 48 variabelen. Dit houdt in dat 25% van de variabelen van deze categorie, niet waargenomen zijn. Het is niet duidelijk of dit door toeval komt of dat de variabelen niet aansluiten bij dit onderzoek.

Tevens is in het observatieformulier categorie 7 *Joint Attention (JA)* opgenomen. Uit diverse studies is gebleken dat JA optreedt wanneer de baby ongeveer negen maanden oud is (Cleveland & Striano, 2007; Akhtar & Gernsbacher, 2007). Het is zeer onwaarschijnlijk dat JA voorkomt bij baby's tussen de nul en drie maanden. Deze categorie kan dus als overbodig beschouwd worden in dit onderzoek.

De kwaliteit van de video-opnames verschilde sterk tussen de respondenten. Bij de respondent die geen DBT-scholing ontvangen heeft, waren de video-opnames namelijk van matige kwaliteit. De video-opnames waren van kortere duur dan de beoogde 5 minuten, het zijn veelal donkere beelden, het geluid was matig, er vond veel beweging plaats en de camera op afstand en de GoPro verschoven veel, wat meerdere malen heeft gezorgd voor een onduidelijk beeld. Dit heeft als gevolg dat de analyse van deze video-opnames niet altijd optimaal uitgevoerd kon worden. Hierdoor is het waarschijnlijker dat er minder geturfd wordt op bepaalde handelingen omdat deze simpelweg niet zo vaak zijn voorgekomen in de korte video-opnames. Bovendien zijn niet alle momenten vanuit twee invalshoeken gefilmd, waardoor bepaalde handelingen niet volledig geobserveerd konden worden voor dat moment. Deze verschillende factoren kunnen mogelijk een reden zijn voor een negatiever resultaat in de ouder-kind-interactie bij de respondent die geen DBT-scholing ontvangen heeft in vergelijking met de respondent die wel DBT-scholing heeft gehad. Aangezien de analyse van de video-opnames de enige manier van dataverzameling is geweest, zorgt een matige kwaliteit van de video-opnames ervoor dat de resultaten als beperkt valide en betrouwbaar beschouwd worden.

Tevens is opgevallen dat de momenten, waarvan de ouders gekozen hebben om video-opnames te maken, sterk van elkaar verschillen. De ouder die DBT-scholing ontvangen heeft, heeft voornamelijk video-opnames gemaakt op het moment dat haar baby signalen gaf door middel van huilen. De ouder die geen DBT-scholing ontvangen heeft, heeft daarentegen veelal video-opnames gemaakt wanneer haar baby signalen gaf door middel van bewegingen of jeuzelen. Dit verschil in moment van opname is terug te zien in de waarnemingen die behandeld zijn in de resultaten. De variabelen die over het huilen van de baby gaan, zijn hierdoor aanzienlijk vaker waargenomen bij de DBT-scholing case. Door de variatie in opname momenten kunnen de resultaten hieruit als beperkt valide beschouwd worden.

Het is eveneens mogelijk dat eventuele verschillen in de ouder-kind-interactie, tussen de DBT-geschoolde ouder en de ouder zonder DBT-scholing, voorkomen doordat er maar twee respondenten zijn. Het kan zijn dat de verschillen aan de ouder zijn persoonlijkheid/natuurlijke gedragingen ligt en niet aan het feit of de ouder wel of niet geschoold is in DBT. De steekproefgrootte resulteert dus in een beperkte validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid.

5.2 Methodologische discussie

Aan de respondenten is gevraagd om video-opnames te maken die vanuit twee invalshoeken worden opgenomen; een GoPro-camera op het hoofd van de ouder en een camera op afstand met zowel de ouder, als de baby in beeld. Doordat gebruikt wordt gemaakt van twee invalshoeken bij het maken van de video-

opnames, wordt twee keer hetzelfde moment, dus dezelfde interactie, opgenomen. De reden hiervoor is dat vanuit de twee invalshoeken verschillende handelingen en gedragingen waargenomen konden worden. In de video-opnames van de GoPro-camera is voornamelijk het gezicht of bovenlichaam van de baby waar te nemen. Op enkele variabelen die horen bij de ouder kon daarom niet geturfd worden met deze video-opnames, bijvoorbeeld de variabelen lichaamstaal en gebaren. De camera op afstand laat daarentegen weer handelingen en gedragingen zien die met de GoPro-camera niet altijd waargenomen konden worden, zoals het trappelen van de baby en het glimlachen van de ouder. Kort gezegd: er kan dus beweerd worden dat er voor hetzelfde moment in feite dubbel geturfd is in het observatieformulier. De onderzoekers hebben deze manier van analyseren consistent gehouden in iedere video-opname, wat ervoor zorgt dat de dubbele turving verwaarloosd kan worden aangezien er dus voor iedere ouder dubbel geturfd is en deze dubbeling elkaar opheft.

De onderzoekers hebben een controle uitgevoerd tijdens het analyseren. De controle is als volgt uitgevoerd: de onderzoekers hebben willekeurig een van de video-opnames gekozen en de categorieën, die de andere onderzoeker toegepast heeft op de video-opnames, toegepast tijdens de extra analyse van deze video-opname. Deze controle is uitgevoerd om eventuele verschillen in de interpretatie en toepassing van het observatieformulier en de analysemethode van de video-opnames zichtbaar te maken en recht te trekken. De verschillen zijn miniem en zijn als verwaarloosbaar beschouwd. Deze controle is gunstig voor de validiteit en betrouwbaarheid van de analyse.

Gedurende het analyseren van de video-opnames, hebben de onderzoekers geconstateerd dat het eenvoudiger is om uitspraken te doen over de ouder-kind-interactie aan de hand van hun eigen observaties, dan door middel van een systematische analyse met behulp van SPSS. Het explorerende karakter van dit onderzoek en de kleine onderzoekspopulatie spelen hierbij wellicht een rol. Dit komt doordat de variabelen niet altijd aansluiten bij de waargenomen gedragingen en de variabelen ook de weergave van resultaten vermoeilijken. Een (soortgelijk) observatieformulier is echter wel een prettig handvat om bij het analyseren van de video-opnames te hebben. Wellicht is een globalere en kortere observatieformulier hierin prettiger zodat de methodologische betrouwbaarheid enigszins wordt behouden. Deze zou verloren gaan als er geen universeel toepasbaar observatieformulier wordt gebruikt.

De ouder die geen DBT-scholing ontvangen heeft, wilde zich terugtrekken uit het onderzoek omdat zij de scholing niet aangeboden kreeg. De ouder had in het overleg om tot een compromis te komen, aangegeven dat ze alleen mee wilde doen aan dit onderzoek zodat ze geschoold kon worden in DBT. Het kan zijn dat de ouder dus alleen geïnteresseerd was in het ontvangen van de scholing en niet in de bijdrage aan de kwaliteit van het onderzoek. Wellicht is dit van invloed geweest op de kwaliteit van de video-opnames die ze heeft aangeleverd.

Dit exploratieve pilotonderzoek heeft tot meerdere inzichten geleid voor vervolgonderzoek, ouders en zorgprofessionals die betrokken zijn bij de eerste levensfase van een baby. De bevindingen uit dit onderzoek zullen in het vervolgonderzoek wellicht leiden tot het heroverwegen van de toepasbaarheid van het huidige observatieformulier, vanwege de mogelijk overbodige categorie(ën) en variabel(en). Tevens zijn er in dit pilotonderzoek obstakels ontdekt omtrent het analyseren van de video-opnames en het tijdsbestek waarin het onderzoek moet plaatsvinden. Door hier rekening mee te houden in vervolgonderzoeken, kunnen deze obstakels vermeden worden en kan de tijd voor het onderzoek efficiënt benut worden.

Ondanks de beperkte validiteit, betrouwbaarheid en de kleine steekproefgrootte is het toch belangrijk dat soortgelijke kleinschalige onderzoeken uitgevoerd worden. De invloed van DBT-scholing op de ouder-kind-interactie wordt namelijk duidelijker in kaart gebracht wanneer de resultaten van al deze soortgelijke onderzoeken samengevoegd worden. Doordat er soortgelijke onderzoeken zullen plaatsvinden, wordt de validiteit, betrouwbaarheid en steekproefgrootte vergroot. De resultaten die uit het samengevoegde onderzoek voortkomen, kunnen impactvol zijn voor ouders en zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen op kraamafdelingen of consultatiebureaus, als blijkt dat DBT-scholing een positief effect heeft op de ouder-kind-interactie. Eveneens is het waardevol om te weten of DBT-scholing geen of een negatief effect heeft op de ouder-kind-interactie, mocht dit blijken uit de samengevoegde resultaten van de onderzoeken, omdat dan de meerwaarde van DBT bepaald kan worden.

6. Conclusie

De vraagstelling van het onderzoek is: "Hoe ziet de ouder-kind-interactie eruit bij een Dunstan Babytaal-gechoolde ouder in vergelijking met een ouder die niet geschoold is in Dunstan Babytaal?".

Uit het onderzoek is voortgekomen dat er in de ouder-kind-interactie bij de DBT-gechoolde ouder, in vergelijking met de ouder die niet geschoold is in DBT, meer gedragingen en/of handelingen plaatsvonden die als gunstig worden gezien voor de (emotionele en cognitieve) ontwikkeling van de baby. Tevens zouden de vertoonde gedragingen en/of handelingen in de ouder-kind-interactie, van de DBT-gechoolde ouder, later voor een veilige hechting van de baby met de ouder moeten zorgen. De vertoonde gedragingen en/of handelingen zijn eveneens een belangrijke basis voor een effectieve interactie van de baby met anderen. Het is daarbij ook goed voor de bevordering van de woordenschat en emotionele ontwikkeling van de baby. Het is echter niet met zekerheid te zeggen of deze waargenomen gedragingen en/of handelingen een gevolg zijn van het wel of niet volgen van DBT-scholing. Dit is niet te beoordelen gezien de beperkte validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek, de gebruikte steekproefgrootte en de toepasbaarheid van het observatieformulier.

7. Aanbeveling

Naar aanleiding van de bevindingen uit de resultaten, discussie en conclusie, worden de volgende aanbevelingen gedaan voor de onderzoekers van soortgelijk vervolgonderzoek eveneens als voor de opdrachtgever.

1. *Werving:* Allereerst wordt de werving van respondenten besproken. Het wordt aanbevolen om bij de contactpersoon van de organisatie Dunstan Babytaal Nederland, een verzoek in te dienen voor hulp bij werving. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het plaatsen van een oproep op sociale media platformen van de organisatie. Het bereik van de organisatie is vaak vele malen groter dan die van de onderzoekers.

Daarnaast is het verstandig om flyers uit te delen in diverse verloskundepraktijken. Vanwege de COVID-19 pandemie, die plaatsvond op het moment van uitvoering van dit onderzoek, waren de wachtkamers van de praktijken vrijwel leeg, waardoor er weinig tot geen respons uit voortgekomen is. Er wordt echter wel beoogd dat dit in de toekomst, wanneer de pandemie voorbij is, anders zal zijn en dat middels deze manier van werving wel een respons verwacht kan worden. Het werven van respondenten neemt erg veel tijd in beslag, daarom wordt het aangeraden om hier zo snel mogelijk mee te beginnen.

2. *Tijdsbestek:* Voor de komende onderzoekers is het belangrijk dat ze bewust zijn van het beperkte tijdsbestek voor het werven van de respondenten en het analyseren en verwerken van de video-opnames. Vanuit de opdrachtgever was het voormalig advies om de respondenten vijf weken te geven voor het maken van de video-opnames. De respondent die de DBT-scholing heeft gevolgd, kreeg daar nog twee weken extra tijd bij, zodat zij eerst de DBT-scholing kon afronden. De onderzoekers hebben dit als een te ruim tijdsbestek ervaren, aangezien er hierdoor voor de onderzoekers weinig tijd overbleef voor het analyseren en verwerken van de video-opnames. De onderzoekers adviseren om de toekomstige respondenten drie à vier weken te geven voor het maken van de video-opnames. Hierdoor zouden de toekomstige onderzoekers relatief genoeg tijd moeten overhouden voor het analyseren en verwerken. Tevens wordt geadviseerd de respondenten te verzoeken om tussendoor video-opnames naar de onderzoekers te sturen, zodat alles niet op het laatste moment geanalyseerd hoeft te worden.

De korte periode waarin het onderzoek plaatsvindt, is ook een reden om de aanbeveling te geven om een kleine onderzoekspopulatie aan te houden. Denk hierbij aan een onderzoekspopulatie van twee à vier respondenten.

3. *Observatieformulier:* Het huidige observatieformulier bestaat uit (te)veel variabelen en bevat categorieën en variabelen die wellicht overbodig zijn, bijvoorbeeld de categorie oogcontact of Joint

Attention (JA) en variabelen waarvan ze niet waargenomen zijn in de video-opnames van de respondenten. Uit onderzoek blijkt dat JA over het algemeen optreedt bij baby's vanaf negen maanden (Cleveland & Striano, 2007; Akhtar & Gernsbacher, 2007). In dit onderzoek werden baby's tussen de nul en drie maanden geïnccludeerd. Dit gaat eveneens zo zijn voor alle soortgelijke vervolgonderzoeken. Het advies is om de categorie JA te verwijderen uit het observatieformulier. Daarnaast bevat categorie 5 responsgedrag, variabelen die wellicht niet toepasbaar zijn voor soortgelijk onderzoek. Er wordt dus aangeraden om het observatieformulier te laten inspecteren, door de opdrachtgever of toekomstige onderzoekers, op overbodige en/of niet toepasbare variabelen.

Het onderzoeksdesign zou in toekomstig (kleinschalig) vervolgonderzoek wellicht meer gefocust kunnen worden op een kwalitatieve aard. Het wordt namelijk aangeraden om niet alleen het observatieformulier te gebruiken voor het meten en beoordelen van de ouder-kind-interactie. De onderzoekers hebben ervaren dat er bruikbare informatie verkregen kan worden vanuit de eigen observaties, die niet altijd overeenkomen met de variabelen van het observatieformulier. Om de invloed van DBT-scholing op de ouder-kind-interactie nog vollediger uit te lichten, is het wellicht ook waardevol om de DBT-geschoolde ouders te vragen hoe zij de interactie ervaren met hun baby na het volgen van DBT-scholing. Dit kan middels een vragenlijst die opgesteld wordt door de opdrachtgever of toekomstige onderzoekers. Deze voorgestelde manieren van dataverzameling zijn van kwalitatieve aard, dus wellicht zou het onderzoeksdesign in toekomstig (kleinschalig) vervolgonderzoek wellicht meer kunnen focussen op een kwalitatieve aard.

4. *Handleiding:* De onderzoekers hebben gemerkt dat de respondenten alsnog veel onduidelijkheid hebben ervaren nadat een korte uitleg was gegeven over hoe de video-opnames gemaakt moesten worden en wat er precies in beeld moest komen. Het is verstandig om een handleiding te maken voor het gebruik van de GoPro en het correct plaatsen van de camera op afstand. Tevens is het belangrijk om duidelijkheid te bieden over het moment waarop ze het beste de video-opnames kunnen maken. Dit zou meegenomen kunnen worden in de handleiding.
5. *Contact tussen verschillende opleidingen:* Aan de opdrachtgever wordt geadviseerd om meer contact te leggen tussen de onderzoekers van de verschillende opleidingen. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door aan het begin van het semester een (online) bijeenkomst te organiseren met de opdrachtgever en alle onderzoekers van de verschillende opleidingen. Op deze manier leren de onderzoekers elkaar vanaf het begin kennen en kunnen ze elkaar gedurende het onderzoek ondersteunen indien nodig. De moeilijkheidsgraad van dit onderzoek is namelijk erg hoog voor twee studenten. Door meer studenten te betrekken, kunnen meer ouders deelnemen aan het onderzoek. Een gezamenlijke bijeenkomst zou er tevens voor kunnen zorgen dat de opdrachtgever en de verschillende onderzoekers op één lijn komen te zitten wat betreft het doel en verloop van het onderzoek.

6. *Dunstan Babytaal*: Gedurende het onderzoek is gebleken dat relatief weinig ouders en zorgprofessionals kennis hebben over (het bestaan van) DBT. Tijdens het verspreiden van wervingsmateriaal is gebleken dat maar enkele medewerkers van het UMCG, die de onderzoekers gesproken hadden, op de hoogte waren van DBT. Echter waren de gesproken medewerkers, van het Martini Ziekenhuis te Groningen, helemaal niet op de hoogte van het bestaan van de DBT-methode. Aan de opdrachtgever wordt daarom geadviseerd om verloskundepraktijken, consultatiebureaus en ziekenhuizen, met een kinder- en/of kraamafdeling, in de omgeving te benaderen en in te lichten over de mogelijke voordelen van DBT. Daarnaast kan er bij diverse opleidingen, bijvoorbeeld kraamzorg en verloskunde, een voorlichting worden gegeven zodat de toekomstige professionals de DBT-methode kennen en dit eventueel kunnen toepassen in hun werkveld.

Over de invloed van de DBT-scholing op de ouder-kind-interactie, kan nu nog geen uitspraak gedaan worden vanwege de beperkte validiteit, betrouwbaarheid en de kleine steekproefgrootte van dit onderzoek. Echter is vanuit feedback van de respondenten vernomen dat zij de DBT-scholing als prettig hebben ervaren en dat ze het idee hebben dat ze hun baby's beter begrijpen. Hieruit kan een voorzichtige aanbeveling gedaan worden voor het volgen van de DBT-scholing.

Literatuurlijst

- 24Baby. (z.d.). *Dunstan Babytaal: de huiltjes van je baby herkennen*. Geraadpleegd op 8 september 2020, van <https://www.24baby.nl/baby/verzorging-baby/dunstan-babytaal/>
- 24Baby. (z.d.). *Prematuur kindje: wat als je baby te vroeg geboren wordt?* Geraadpleegd op 9 september 2020, van <https://www.24baby.nl/baby/gezondheid/premaatuur-kindje/>
- Adema, S.A., & Blok, M.A. (2020). *Ouder-kind-interactie bij baby's met schisis en prematuur geboren baby's*. (Bachelorscriptie). Toegepaste Psychologie, Hanzehogeschool, Groningen.
- Akhtar, N., & Gernsbacher, M.A. (2007). Joint Attention and Vocabulary Development: A Critical Look. *Language and Linguistics Compass*, 1(3), 195-207.
- Algra, K., Bouter, L., Hol, A., & van Kreveld, J. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Geraadpleegd op 16 oktober 2020, van https://blackboard.hanze.nl/bbcswebdav/pid-5046304-dt-content-rid-53970087_2/courses/hvvt.2006.avz20-21/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf
- Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *Algemene informatie AVG*. Geraadpleegd op 20 oktober 2020, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/avg-europese-privacywetgeving>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- CCMO. (z.d.). *E1/E2. Informatiebrief en toestemmingsformulier proefpersonen*. Geraadpleegd op 16 oktober 2020, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/standaardonderzoeksdossier/e-informatie-proefpersonen/e1-e2-informatiebrief-en-toestemmingsformulier-proefpersonen>
- CCMO. (z.d.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?*. Geraadpleegd op 22 oktober 2020, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet#:~:text=In%20de%20praktijk%20valt%20onderzoek,een%20onderzoek%20WMO%2Dplichtig%20zijn>

- Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). (z.d.). *Informed consent*. Geraadpleegd op 16 oktober 2020, van <https://www.ceg.nl/ethische-dossiers/informed-consent#:~:text=Informed%20consent%20houdt%20in%20dat,en%20belasting%20van%20een%20behandeling>
- CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF Nederland, NU '91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn "Het Richtsnoer", V&VN. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional*. Geraadpleegd op 25 september 2020, van <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>
- Cleveland, A., & Striano, T. (2007). The effects of joint attention on object processing in 4- and 9-month-old infants. *Infant Behavior & Development*, 30(3), 499-504
- Ensie. (2015, 01 april). *Interactie*. Geraadpleegd op 5 oktober 2020, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/interactie>
- Halpern, R., & Coelho, R. (2016). Excessive crying in infants. *Jornal de Pediatria*. 92(3), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.004>
- Hanzehogeschool. (2018, 28 september). *Kind, taal & ontwikkeling*. Geraadpleegd op 27 september 2020, van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/hanzehogeschool-centre-of-expertise-healthy-ageing/lectoraten/lectoraten/lahc/onderzoekslijnen/onderzoekslijnen/kind-taal-ontwikkeling>
- Hanzehogeschool. (z.d.). *Dunstan Babytaal*. Geraadpleegd op 27 september 2020, van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/hanzehogeschool-centre-of-expertise-healthy-ageing/lectoraten/lectoraten/jeugd-educatie-en-samenleving/onderzoeksprojecten/projecten/dunstan-babytaal>
- Hofman, M. & Luinge, M.R. (2016). Dunstan Babytaal in relatie met de Hanenmethode & voeding. Begrijpen wat je baby zegt als eerste stap naar responsief ouderschap. *Logopedie*, 12.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>
- Lasky, E.Z., & Klopp, K. (1982). Parent-child interactions in normal and language-disordered children. *The Journal of speech and hearing disorders*. 47(1), 7-18. <https://doi.org/10.1044/jshd.4701.07>

- Leerkes, E.M. & Crockenberg, S.C. (2006). Antecedents of mothers' emotional and cognitive responses to infant distress: the role of family, mother, and infant characteristics. *Infant mental health journal*, 27(4), 405-428. <https://doi.org/10.1002/imhj.20099>
- Luinge, M. (2018). Variaties in vocalisaties, waarneembare gedragingen en ouder-kind-interactie van prematuur geboren baby's, baby's met schisis en baby's zonder aangeboren aandoeningen (Research protocol). Groningen: Lectoraat Kind, Taal en Ontwikkeling Hanzehogeschool.
- Máxima mc. (z.d.). *Beoordeling van onderzoek: METC*. Geraadpleegd op 23 oktober 2020, van <https://www.mmc.nl/over-ons/innovatie-wetenschap/beoordeling-onderzoek-metc/>
- Murray et al. (2018). The effects of maternal mirroring on the development of infant social expressiveness: the case of infant cleft lip. *Neural Plasticity*. <https://doi.org/10.1155/2018/5314657>
- Noreen Iftikhar, M.D. (2020, 30 juni). *Dunstan Baby Language*. Geraadpleegd op 8 september 2020, van <https://www.healthline.com/health/baby/dunstan-baby-language>
- Radboudumc. (z.d.). *Wat is schisis?* Geraadpleegd op 9 september 2020, van <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoeningen/schisis/wat-is-schisis>
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavioral and Brain sciences*, 27(4), 443-490.
- Svanberg, P.O., Barlow, J., & Tigbe, W. (2013). The Parent-Infant Interaction Observation Scale: reliability and validity of a screening tool. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1). <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751586>
- UMCG. (2015). *De prematuur*. Geraadpleegd op 9 september 2020, van <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/Zorg/ZOB/P/De-Prematuur.pdf>
- UMCG. (2017, januari). *Schisis. Deel 3: Jongeren van 12 tot 18 jaar*. Geraadpleegd op 9 september 2020, van https://www.umcg.nl/IDocuments/Schisis_deel_3_Jongeren_van_12_tot_18_jaar.pdf
- Van der Aa, C. (2006). *Verloskundige diagnostiek en interventies, de gezonde pasgeborene*. Sint-Niklaas: KaHo Sint-Lieven.

- Verweij, R. (2014). *Recente inzichten in de omgang met huilende baby onvoldoende toegepast*. Geraadpleegd op 3 oktober 2020, van https://tvv.knov.nl/serve/file/tvv.knov.nl/tvv_articles/72/pdf_file/Verweij_R_Recente_inzichten_in_de_omgang_met_huilende_baby_onvoldoende_toegepast_TvV_2014;07_p38-40.pdf
- World Medical Association. (2018, 9 juli). *Wma declaration of helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Geraadpleegd op 17 oktober 2020, van <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Zeedyk, M.S., & Heimann, M. (2006). Imitation and socio-emotional processes: implications for communicative development and interventions. *Infant and Child Development*, 15(3), 219-222. <https://doi.org/10.1002/icd.454>

Bijlage 1. Observatieformulier

Ouder en Baby 0 tot 3 maanden				
Contact: verbaal en non-verbaal				
Begrip	Observatiepunten	Ouder	Baby	Bronnen
Oogcontact	Wederkerigheid: over en weer			Hodges, Houck & Kindermann, 2009 Naughton, Perkins, McMinn & Kemp, 2018 Slofstra-Bremer et al., 2005 Svanberg, Barlow & Tigbe, 2013
	Geen oogcontact / gesloten ogen			
	Kortdurend oogcontact			
	Staren			
	Oogcontact gedurende voedingsmoment			
	Opmerkingen:			
Blikrichting	Kijkt in richting van ouder			Crinic et al., 1983 Murray et al., 2008 Korja et al., 2012 Meyer-Marcotty et al., 2011 Rayson et al, 2017
	Kijkt niet in richting van ouder			
	Kijkt naar ogen			
	Kijkt naar andere gezichtskenmerken			
	Kijkt niet naar het gezicht			
	Kijkt naar baby			
Lichaamshouding	Toegewend			Focusgroep Hodges, Houck & Kindermann, 2009 Lasky & Klopp, 2002 Naughton, Perkins, McMinn & Kemp, 2018 Wetherby et al., 1988
	Afgewend			
	Actief (lichamelijke bewegingen: trappelen en/of fladderen)			
	Passief (minimale bewegingen)			
	Gespannen (gedurende voedingsmoment)			
	Ontspannen (Gedurende voedingsmoment)			
	Toont plezier en geluk in ouderschap			
	Opmerkingen:			
Initiatief nemen	Uitingen: lachen			Adamson et al., 2004 Ciccone et al., 2012
	Uitingen: huilen (toont behoefte)			

	Uitingen: jammeren / jeuzelen (voorfase huilen)			Comfort & Gordon, 2006 Focusgroep Fusaro et al., 2014 Golding-Meadow, 2005 Igalada et al., 2015 Kraljević et al., 2014 Lasky & Klopp, 1982 López, 2011 MacDonald & Tatler, 2013 Milburn et al., 2014 Muñetón Ayala & Rodrigo Nappa et al., 2009 Naughton, Perkins, McMinn & Kemp, 2018 Özçalışkan & Goldin-Meadow, 2005 Profi-Leren OA, 2011 Roseberry et al., 2014 Slofstra-Bremer et al., 2005 Snow et al., 1990 Van den Dungen, 2007 Wetherby et al., 1988
	Uitingen: klanken			
	Handeling: hand van ouder vastpakken (grijpen)			
	Handeling: zichzelf troosten (duim in de mond, aaien met vuist(en) langs gezicht, vuist(en) in de mond et cetera)			
	Gebaren: deiktisch (reiken)			
	Gaze cues: blik-zoekend gedrag naar ouder			
	Mimiek: emoties uitdrukken (moeilijk kijken, glimlachen et cetera)			
	Mimiek: uitnodigend			
	Mimiek: afwijzend			
	Mimiek: emoties uitdrukken			
	Begroetingen			
	Baby met naam aanspreken			
	Stelt vragen			
	Geluiden: lachen			
	Geluiden: acknowledgement (a-ha)			
	Uitingen: praten/vertellen			
	Uitingen: benoemen			
	Handeling: iets geven			
	Handeling: iets laten zien			
	Handeling: fysiek contact aangaan (oppakken, vasthouden, wiegen, aaien, et cetera)			
	Handeling: emotioneel contact aangaan (troosten, geruststellen, warmte en affectie tonen, et cetera)			
	Gaze cues: blik-zoekend gedrag naar baby			
	Gaze cues: blik-sturend gedrag naar baby			
	Opmerkingen:			
Responsgedrag	Reageert op het zien van de ouder			Charman et al., 2000 Ciccone et al., 2012 Comfort & Gordon, 2006 Crinc et al., 1983 Dohmen et al., 2013
	Reageert op het stemgeluid van de ouder			
	Reageert niet op het stemgeluid van de ouder			
	Uitingen: lachen			
	Uitingen: huilen			
	Uitingen: jammeren / jeuzelen (voorfase huilen)			

	Uitingen: klanken			Focusgroep Fusaro et al., 2014 Hodges, Houck & Kindermann, 2009 Igalada et al, 2015 Jansonius- Schultheiss, 1999 Lasky et al., 1982 MacDonald & Tatler, 2013 Milburn et al., 2014 Nappa et al., 2009 Naughton, Perkins, McMinn & Kemp, 2018 Nugent, Bartlett & Valim, 2014 Pascalis et al., 2017 Roseberry et al., 2014 Shinya, 2014 Slofstra-Bremer et al., 2005 Snow et al., 1990 Van den Dungen, 2007 Wetherby et al., 1988
	Uitingen: vocalisaties zijn atypisch (hoge toon, dwingend en luid)			
	Imitatie			
	Handeling: grijpen (hand van ouder vastpakken, voorwerpen vastpakken et cetera)			
	Lichaamstaal: gespannen (vuisten maken, verstijft lichaam et cetera)			
	Lichaamstaal: ontspannen (handen open et cetera)			
	Lichaamstaal: toegewend			
	Lichaamstaal: afgewend			
	Lichaamstaal: baby reageert positief op troostgedrag van ouder (baby ontspant, stopt met huilen, komt tot rust et cetera)			
	Lichaamstaal: baby reageert negatief op troostgedrag van ouder (baby begint met huilen / huilen blijft voortduren, lichaam is gespannen et cetera)			
	Gebaren: deiktisch (reiken)			
	Gaze cues: blik-zoekend gedrag naar ouder			
	Mimiek: emoties uitdrukken (moeilijk kijken, glimlachen et cetera)			
	Mimiek: vertoont atypische gezichtsuitdrukking			
	Baby reageert alert op ouder			
	Respons: adequaat (voldoen aan behoefte van de baby)			
	Respons: inadequaat (niet voldoen aan behoefte van de baby)			
	Respons bij onrust baby voorafgaand/gedurende voedingsmoment: adequaat (voldoen aan behoefte van de baby)			
	Respons bij onrust baby voorafgaand/gedurende voedingsmoment: inadequaat (niet voldoen aan behoefte van de baby)			
	Uitingen: praten/vertellen			
	Uitingen: benoemen			
	imitatie			
	Handeling: iets geven			

	Handeling: iets laten zien			
	Handeling: fysiek contact aangaan (oppakken, vasthouden, wiegen, aaien et cetera)			
	Handeling: emotioneel contact aangaan (troosten, geruststellen, warmte en affectie tonen, et cetera)			
	Geluiden: lachen			
	Geluiden: acknowledgement (a-ha)			
	Geluiden: klanken			
	Lichaamstaal: gespannen			
	Lichaamstaal: ontspannen			
	Lichaamstaal: toegewend			
	Lichaamstaal: afgewend			
	Gebaren: deiktisch (wijzen, reiken et cetera)			
	Gebaren: conventioneel (hoofd knikken/schudden/zwaaien)			
	Gaze cues: blik-zoekend gedrag naar baby			
	Gaze cues: blik-sturend gedrag naar baby			
	Mimiek: vragend			
	Mimiek: bevestigend			
	Mimiek: uitnodigend			
	Mimiek: afwijzend			
	Mimiek: emoties uitdrukken			
	Mimiek: glimlachen			
	Opmerkingen:			
Beurtgedrag	Over en weer			Bedrosian et al., 1988 Ciccone et al., 2012 Craig & Evans, 1991 Hirsh-Pasek et al., 2015 Naughton, Perkins, McMinn & Kemp, 2018 Roseberry et al.,
	Reageert niet op uitnodiging vanuit ouder			
	Met onderbreking			
	Niet aanwezig			
	Opmerkingen:			

			2014 Welkowitz et al., 1990 Zimmermann et al., 2008 Focusgroep
Gerichtheid: non-verbaal			
Joint Attention (JA) 	Vertoon JA		
	Geeft respons op JA		
	Opmerkingen:		
Aandacht voor taal en luisterhouding	Aandacht voor gesproken taal en/of geluiden: oogcontact, luistert naar verbale communicatie vanuit ouder et cetera)		
	Reageert niet op stemgeluid van de ouder		
	Reageert wel op stemgeluid van de ouder		
	Gericht op communicatie vanuit de baby		
	Opmerkingen:		
Gelaatgerichtheid	Gericht op het gelaat van de ouder		
	Volgt met oogbewegingen de ouder		
	Gericht op het gelaat van de baby		
	Opmerkingen:		
			Adamson et al., 2004 Charman et al., 2000 Hoff & Naigles, 2002 Lasky & Klopp, 1982 López, 2011 Mundy et al., 2007 Muñetón Ayala & Rodrigo Roseberry et al., 2014 Tomasello & Farrar, 1986 Wetherby et al., 1988 Jansonius-Schultheiss, 1999 Slofstra-Bremer et al., 2005 Focusgroep Hodges, Houck & Kindermann, 2009 Nugent, Bartlett & Valim, 2014

Begrijpen wat je baby zegt!

Een onderzoek naar de allereerste communicatie tussen ouder en baby in de eerste 3 maanden na de geboorte.



Doet u mee?

Derdejaars studenten (Denise Braam & Tamina Taher) van de Bacheloropleiding Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen, onderzoeken de allereerste communicatie tussen ouder en baby in de eerste 3 maanden na de geboorte. Dit wordt in opdracht gedaan van de Hanzehogeschool Groningen en het UMCG. Hiervoor onderzoeken wij de methode *Dunstan Babytaal*. De bedoeling van *Dunstan Babytaal* is om de vroege communicatie tussen ouder en baby te verbeteren. In deze methode spelen de eerste geluidjes en bewegingen van de baby een belangrijke rol. Deze geluidjes en bewegingen van de baby verwijzen mogelijk naar verschillende behoeftes van de baby, zoals honger hebben of moe zijn. Als je als ouder of verzorger leert begrijpen wat je baby zegt, kan dit ten goede komen aan de allereerste communicatie met uw baby.

Wie kan meedoen?

We zijn op zoek naar

- Zwangere moeders, die voor 16 november 2020 uitgerekend zijn
- Pasgeboren baby die te vroeg geboren zijn (tussen 32 en 37 weken)
- Zwangere moeders van baby's bij wie is gebleken dat zij zwanger zijn van een baby met een lip- en/of kaakschisis, die voor 16 november 2020 uitgerekend zijn

Training

De helft van de deelnemers wordt geschoold volgens de *Dunstan Babytaalmethode*, de andere helft van de deelnemers krijgt geen

scholing. Loting bepaalt of u geschoold wordt in *Dunstan Babytaal*. Als u wordt ingeloot voor de scholing, kan dat een gunstig effect hebben op de vroege communicatie met uw baby door betere herkenning van geluidjes en bewegingen, maar zeker is dat niet.

De training *Dunstan Babytaal* bestaat uit een online cursus van ongeveer 2 keer 1 uur en kan worden gedaan op een door u gekozen moment.

Video-opnames

Na de geboorte van uw baby maakt u, gedurende vijf weken, in totaal 5 video-opnames van 5 minuten van u en uw baby tijdens een voedingsmoment of op het moment dat uw baby signalen geeft door middel van geluid. Voorafgaand aan de video-opnames komen de onderzoekers (indien mogelijk) bij u thuis of wordt er een afspraak gemaakt voor videobellen, om u uitleg te geven over het maken van de video-opnames. U krijgt een kleine camera op het hoofd (GoPro). Deze camera staat gericht op het gezicht van de baby, zodat de onderzoekers de geluidjes en de gezichtsuitdrukkingen van uw baby goed kunnen analyseren. Een andere camera staat op een statief en is gericht op uw baby en uzelf, zodat de communicatie tussen u en uw baby goed gefilmd kan worden.

Daarnaast maakt u een video-opname van 5 minuten alleen van uw baby liggend in de box of op een kleedje rond 10 weken gerekend vanaf de uitgerekende datum. Dit is om de bewegingen van uw kind goed in kaart te kunnen brengen.

Deelname

Wilt u meedoen aan dit onderzoek? Zo ja, dan kunt u contact opnemen via de mail met de studenten via:

d.n.braam@st.hanze.nl of via t.n.taher@st.hanze.nl

De volgende informatie moet u bij deelname invullen. Deze ingevulde informatie kunt u via de mail opsturen of dit kan (indien mogelijk met COVID-19) bij u thuis opgehaald worden.

Ja, ik wil graag bijdragen aan het onderzoek naar de allereerste communicatie tussen ouder en baby in de eerste 3 maanden na de geboorte.

Uw naam :

Uw e-mailadres :

Uw telefoonnummer :

Vink 1 van de volgende opties aan:

- ☐ Ik ben zwanger
- ☐ Ik ben zwanger van een baby met een lip- en/of kaakschisis
- ☐ Ik ben ouder van een pasgeboren baby die te vroeg geboren is (tussen 32 en 37 weken)